

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Gabriela Mendes Cardim

Mulheres em deslocamento, violência como constante: impactos da violência de gênero e da condição do refúgio na saúde mental de mulheres refugiadas

Rio de Janeiro

2021

Gabriela Mendes Cardim

Mulheres em deslocamento, violência como constante: impactos da violência de gênero e da condição do refúgio na saúde mental de mulheres refugiadas

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

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Patricia Constantino.

Coorientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria Helena Zamora.

Rio de Janeiro

2021

Título do trabalho em inglês: Women on the move, violence as a constant: the impacts of gender-based violence and the refugee condition on the mental health of refugee women.

O presente trabalho foi realizado com apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - Brasil (CNPq).

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

C267m Cardim, Gabriela Mendes.
Mulheres em deslocamento, violência como constante: impactos da violência de gênero e da condição do refúgio na saúde mental de mulheres refugiadas / Gabriela Mendes Cardim. -- 2021.
130 f. : il. color. ; tab.

Orientadora: Patricia Constantino.
Coorientadora: Maria Helena Zamora.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2021.

1. Refugiados. 2. Identidade de Gênero. 3. Mulheres. 4. Violência. 5. Saúde Mental. 6. Interseccionalidade. I. Título.

CDD – 23.ed. – 362.2

Gabriela Mendes Cardim

Mulheres em deslocamento, violência como constante: impactos da violência de gênero e da condição do refúgio na saúde mental de mulheres refugiadas

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

Aprovada em 24 de junho de 2021.

Banca Examinadora

Prof^a. Dr. Celso de Moraes Vergne
Universidade de Vassouras – Polo Maricá

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

Prof^a. Dr^a. Maria Helena Zamora (Coorientadora)
Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

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

Rio de Janeiro

2021

À minha vó: este texto é para você, assim
como todos os outros.

AGRADECIMENTOS

Há uma longa lista de pessoas a quem devo agradecer por a elaboração e produção deste trabalho, espero que consiga contemplar todas nessas breves linhas.

Agradeço à minha orientadora, Patrícia Constantino, quem desde o início se dispôs a ouvir minhas demandas e as acatou com muita disponibilidade e respeito. À minha coorientadora Maria Helena Zamora, quem trouxe o olhar externo necessário ao trabalho e o constante reforço positivo que precisei durante esse caminho.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) por ter financiado meus estudos durante dois anos e por resistir, a duras penas, e acreditar nos jovens cientistas do Brasil.

Aos meus pais, Fátima e Hilton, que me possibilitaram tudo que eu alcancei até hoje. Vocês são minha fortaleza, meu porto seguro, minha certeza.

Aos pais dos meus pais, Palmira, Josenita e Amynthas, obrigada por traçarem os caminhos que me trouxeram até aqui.

À Letícia, minha namorada, minha companheira de vida. Obrigada por todos os momentos tão carinhosamente divididos, por ser minha leitora, minha incentivadora, meu amor.

Aos meus amigos, que são muitos e a quem me faltam palavras para expressar minha gratidão: À Mariana, Bia, Paula, não consigo agradecer por tamanha cumplicidade. Vocês são minhas irmãs de outras vidas e nossos caminhos começaram longe daqui.

Ao Pedro e Guilherem, por terem me dado um novo significado de família numa terra tão hostil como o Rio de Janeiro.

Ao Thiago, por ser um homem admirável e nos ter dado a Nina, que deixou tudo mais bonita.

À Ana Laura, por ter segurado na minha mão, enfrentado uma pandemia e um mestrado junto de mim e nunca me deixar desistir.

A todos os outros que aqui não foram citados, mas que me consolaram em momentos de dificuldade, tornaram minha vida mais alegre e permaneceram comigo.

RESUMO

Esta dissertação investigará as violências que afetam a vida de mulheres refugiadas e os consequentes impactos desses fenômenos para a saúde mental dos sujeitos estudados. Além disso, propõe-se a identificar níveis de prevalência de transtornos mentais em mulheres refugiadas, assim como delinear quais violências trazem maior sofrimento psíquico e ocorrem com maior frequência. A partir deste ponto, tem-se a pretensão de analisar as estratégias de enfrentamento individuais e coletivas passíveis de mitigar os efeitos adversos do refúgio, da violência de gênero e de eventos traumáticos. Empregou-se, como metodologia, uma revisão integrativa da literatura, na qual foram recuperados 454 artigos. Após a leitura e seleção dos materiais a partir de critérios de inclusão que abarcassem o foco em gênero, violência e saúde mental, classificaram-se os achados por meio de categorias e foram feitas discussões, embasadas no referencial teórico, quanto à metodologia e conteúdo dos artigos recuperados. A partir das reflexões desenvolvidas, nota-se uma conjunção de fatores de risco que se entrelaçam na vida de mulheres refugiadas e afetam negativamente a saúde mental desses sujeitos: a alta prevalência da violência de gênero por parceiro íntimo, somada a fatores contextuais e estruturais ao refúgio como isolamento social, dificuldades de adaptação, vulnerabilidade econômica, despreparo da assistência social e sistema de saúde nos países de destino. Assim, trata-se de sujeitos cujas experiências resguardam certa proximidade com mulheres não-refugiadas, no que tange à violência por parceiro íntimo e a opressão pelo patriarcado, mas particularidades determinadas pelo refúgio, o que requer um olhar atento e práticas flexíveis na promoção de assistência e enfrentamento junto a esses indivíduos.

Palavras-chave: refúgio, gênero, violência, saúde mental, interseccionalidades.

ABSTRACT

This dissertation investigates the violence that affects the lives of refugee women and the consequent impacts on the mental health of the studied subjects. In addition, it proposes to identify levels of prevalence of mental disorders in refugee women, as well as to outline which types of violence represent bring greater psychological suffering and occur more frequently. From this point onwards, the present discussion analyzes the individual and collective strategies of confrontation, which are capable of mitigating the adverse effects of refuge, gender-based violence and traumatic events. An integrative literature review was used as a methodology, in which 454 articles were retrieved. After reading and selecting the articles based on inclusion criteria that encompassed the focus on gender, violence and mental health, the findings were classified according to categories and discussions were held, based on the theoretical framework, regarding the methodology and content of the retrieved articles. Based on the reflections developed, there is a combination of risk factors that intertwine in the lives of refugee women and negatively affect the mental health of these subjects: the high prevalence of gender-based violence by an intimate partner, added to contextual and structural factors to refuge such as social isolation, adaptation difficulties, economic vulnerability, unprepared social assistance and health system in destination countries. Thus, these are who whose experiences preserve a certain universality with non-refugee women, with regard to intimate partner violence and oppression by patriarchy, but particularities determined by refuge, which requires a careful look and flexible practices in the promotion of assistance and treatment to these individuals.

Keywords: refuge, violence, gender, mental health, interseccionalities.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Processo de seleção dos artigos para revisão integrativa.....	49
------------	---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Tabela de estudos incluídos a partir da revisão integrativa.....	50
Tabela 1 - Tabela de estudos incluídos a partir da revisão integrativa (continuação).....	62

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACNUR	Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados
APA	American Psychiatric Association
CID	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde; Classificação Internacional de Doenças – CID 10)
COMÈDE	Comité pour la santé des exilés
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
OIM	Organização Internacional das Migrações
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	JUSTIFICATIVA	15
2.1	JUSTIFICATIVA SOCIAL E ACADÊMICA	15
2.2	JUSTIFICATIVA PESSOAL	17
3	OBJETIVOS	19
3.1	OBJETIVO GERAL	20
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
4	REVISÃO TEÓRICA	20
5	METODOLOGIA	47
6	RESULTADOS	81
6.1	VIOLÊNCIA.....	82
6.1.1	Violência Por Parceiro Íntimo x Violência Por Outros	82
6.1.2	Violência Sexual	87
6.2	VIOLAÇÕES DE DIREITOS	91
6.3	ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO	94
6.3.1	Apoio social	95
6.3.2	Resiliência	98
7	DISCUSSÃO	101
7.1	QUANTO À FORMA	101
7.1.1	Concentração geográfica	101
7.1.2	Universalização do método: por uma abordagem culturalmente flexível	104
7.1.3	Áreas do conhecimento	105
7.2	QUANTO AO CONTEÚDO.....	107
7.2.1	Psicologização de situações políticas	107
7.2.2	Patriarcado, agressividade e violência nas relações íntimas em contextos “instáveis”	110
7.2.3	Violência por Parceiro Íntimo contra mulheres imigrantes racializadas	112
7.2.4	A tensão entre o trauma da violência e outros fatores de risco	114
7.2.5	O trauma e vivências comuns: violência de gênero e experiências “fora do alcance da experiência humana”	115

7.2.6	Integrar sem se desintegrar: apoio social, resiliência e construção de novas identidades além da “refugiada-vítima”	116
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	118
	REFERÊNCIAS	122

1 INTRODUÇÃO

O Relatório "Tendências Globais" do Alto Comissariado das Nações Unidas (ACNUR), referente ao ano de 2018, reportou a cifra de 79.5 milhões de pessoas forçosamente deslocadas de suas casas, sendo 30 milhões delas consideradas refugiadas ou solicitantes de refúgio, por razões de perseguição individual por raça, religião, nacionalidade, opiniões políticas ou por residir em países com grave e generalizada violação de direitos humanos (ACNUR, 1984).

Embora o tema esteja em evidência atualmente nas mais diversas esferas da vida política e em campanhas eleitorais, em debates acadêmicos e na mídia mundial, a problemática do refúgio não é recente e as discussões em torno da soberania, ética e moralidade que o acompanham datam do início do século XX, na conjuntura das duas Grandes Guerras mundiais.

Após a eclosão da Primeira Guerra Mundial, "milhares de pessoas em situação de completa falta de proteção estatal começaram a se deslocar em busca de um país onde o regime político econômico lhes fosse favorável" (BELLELI; BORGES, 2016). A partir deste momento, surgiu a necessidade de um estatuto jurídico capaz de normatizar a situação e reduzir o sofrimento dessa nova categoria de imigrantes que foram obrigados a se deslocar, os refugiados. A nível internacional, a Liga das Nações, criada em 1923 como organismo internacional de cooperação entre países, passou a proteger juridicamente grupos de refugiados, com ênfase conferida aos refugiados russos (*Ibid.*).

Em 1950, o mundo contabilizava milhões de pessoas em situação de refúgio como consequência da Segunda Guerra Mundial, da criação do Estado de Israel e de movimentos do Leste europeu para a Europa Ocidental. Diante desse cenário, a Organização das Nações Unidas (ONU) comprometeu-se com a questão do refúgio a nível mundial (AGIER, 2006).

Foi criado o Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR), em 1951, e aprovada na Convenção de Genebra, no mesmo ano, que contém a descrição mais difundida sobre o estatuto dos refugiados, enquanto:

(...) qualquer pessoa temendo ser perseguida por motivos de raça, religião, nacionalidade, grupo social ou opiniões políticas, que se encontra fora do país de sua nacionalidade e que não pode ou, em virtude desse temor, não quer valer-se da proteção desse país, ou que, se não tem nacionalidade e se encontra fora do país no qual tinha sua residência habitual em consequência de tais acontecimentos, não pode ou, devido ao referido temor, não quer voltar a ele. (ACNUR, 1951)

Nota-se o referencial eurocêntrico das concepções iniciais que definiram um indivíduo refugiado (FASSIN; RECHTMANN, 2009). As agências das Nações Unidas assim como a ampla categorização e tentativa de legislar sobre o tema nos levam a pensar “nas incontáveis

massas para as quais foram criadas [essas agências]” (SAID, 2003, p. 33), e a magnitude do fenômeno do refúgio, inegável desde o século passado.

Sucessivas discussões e adaptações a novas conjunturas internacionais estenderam o entendimento geral sobre o que é ser um refugiado. Em 1984, a Declaração de Cartagena acrescentou cidadãos de países que enfrentam “situações de violência generalizada, violação maciça de direitos humanos e desordem pública” ao rol de detentores do status de refugiado (ACNUR, 1984). Deixam de ser somente os perseguidos individualmente por raça, cor, credo e religião, mas também os habitantes de locais nas condições descritas. Desta forma, o fenômeno adquire caráter coletivo.

Embora haja confusão entre as categorias “imigrantes” e “refugiados”, deve-se ter em mente que um imigrante conduziu o ato de imigrar que, segundo o glossário da Organização Internacional para as Migrações (OIM), é o “processo por meio do qual estrangeiros se deslocam para um país, a fim de aí se estabelecerem” (OIM, 2009, p. 33). Estes podem se deslocar por razões econômicas, para estudar ou trabalhar, morar com seus familiares, mas são deslocamentos voluntários. Embora todo refugiado tenha imigrado, as razões para tal foram elencadas anteriormente e as diferenciam de imigrantes voluntários.

Desde o fim da Guerra Fria, os conflitos armados assumem novas roupagens - "guerras sujas" (AGIER, 2006) - dizimando populações civis em grande escala, em guerras étnicas internas, golpes militares, disputas por recursos naturais, etc, causando fluxos intensos de deslocados internos e refugiados.

Atualmente, a eclosão de “guerras sujas” (AGIER, 2006) cujas principais vítimas são civis ocasionou novas rotas e influxos migratórios de refugiados e deslocados internos. Esses movimentos vêm acompanhado de questões direcionadas aos países receptores na esfera da soberania, política doméstica, trabalho, saúde pública, educação, economia, cultura e diversos outros pontos.

Assim, diante de um grupo com demandas específicas no provimento de assistência, a saúde emerge como um setor que precisa de atualização e adaptação frente aos desafios trazidos pela entrada e estabelecimento dessas populações com alto grau de vulnerabilidade. Compreender essas especificidades é, portanto, passo inicial no caminho para o fim desejado: o de um Sistema Único de Saúde inclusivo e transcultural.

Por se tratar de indivíduos marcados pela violência e experiências traumáticas, frequentemente expostos à guerra, tortura, migração forçada, exílio e incerteza o risco de sofrerem com perturbações psiquiátricas é aumentado (ANTUNES, 2017, p. 116), com uma ampla gama de estudos epidemiológicos apontando para prevalência maior de transtornos

mentais entre essa população quando comparada com os nativos do país receptor (PORTES *et al.*, 1992; FAZEL *et al.*, 2005).

Consciente das especificidades dos refugiados no âmbito da saúde, este trabalho tem como objeto a intersecção entre gênero, violência, refúgio e saúde mental, a fim de confirmar ou refutar hipóteses que relacionam a sujeição à múltiplas roupagens de violências vividas por mulheres refugiadas enquanto fator de risco para o desenvolvimento de transtornos mentais. Nosso objeto de estudo, a priori, seriam mulheres refugiadas, mas o que a revisão nos mostrou, sem muitas surpresas, é de que as mulheres refugiadas em questão são, em sua maioria, mulheres racializadas. Portanto, torna-se inquestionável a necessidade de discutir como a interseccionalidade atravessa nossos objetos de estudo: não só pelo gênero, como pela raça.

Para tanto, o presente trabalho se dividirá entre marco teórico, metodologia e resultados. Primeiramente, abordaremos as discussões relevantes à teoria, a fim de construir um marco conceitual consistente que possa ser utilizado para debater os resultados da revisão sistemática. A segunda parte, delimitada pela metodologia, trata-se da revisão sistemática integrativa feita para a elaboração dessa dissertação. Nesta seção, serão elencados os critérios de busca, descritores, bases utilizadas, critérios de inclusão e exclusão, panorama geral dos estudos. Por fim, teremos os resultados da revisão, onde a partir da seleção entre mais de 400 artigos, selecionamos os de maior relevância para a discussão pretendida. Nesta seção, classificamos os achados por categorias, debatemos criticamente os métodos e técnicas utilizadas por outros atores, assim como o resultado do que foi encontrado.

Acreditamos que ao final do trabalho será possível identificar as principais violências e violações que atingem mulheres refugiadas, a maneira como essa conjunção de fatores produz resultados significativos na saúde mental, assim como as formas de mitigar e enfrentar essas tendências, propondo caminhos à assistência e saúde.

2 JUSTIFICATIVA

2.1 JUSTIFICATIVA SOCIAL E ACADÊMICA

As razões para elaboração desta pesquisa são inúmeras. A começar pela saliência do tema nas recentes discussões na arena internacional, nos centros de pesquisa, entre entes da sociedade civil e na mídia. Desde o advento da denominada crise dos refugiados, com a chegada de migrantes forçados à Europa, em 2015, o refúgio tornou-se um “problema” a ser discutido. Os deslocamentos forçados tornaram-se massivos à medida que conflitos armados emergem ou são reacendidos em áreas tardiamente descolonizadas, como na África Subsaariana, isoladas pelo imperialismo, como a Venezuela, ou decorrentes dele, como na Palestina ou na Síria.

A amplitude do fenômeno torna impossível negá-lo e é por isso que este debate adquire cada vez mais importância tanto social quanto academicamente. No Brasil, especialmente, há cerca de 260 mil refugiados venezuelanos vivendo no país¹.

É interessante pensar como “gênero” tem sido utilizado como lente de análise específica, quando, na verdade, nada tem de específico quando tratamos de metade da população global e, também refugiada (ACNUR, 2019). Então, a escolha por analisar como o gênero opera durante as migrações forçadas desvia da ideia de que gênero é viés particular e localizado para entender “coisas relacionadas à mulheres”, como criticou Scott (1995). Estudar gênero nesse contexto é imprescindível para entender o refúgio de maneira ampla, como uma categoria relacional que diz respeito a mulheres e também homens.

Gênero e refúgio não formam um setor especializado, não são um recorte. O que este trabalho pretende fazer é aprofundar as discussões sobre estas categorias, mas não as encarar como uma seção a ser retirada do fenômeno amplo. Discutir refúgio e ignorar mulheres é ignorar metade dos afetados pelos êxodos em massa e, portanto, negligenciar fenômenos que afetam, ao menos, metade dos refugiados no planeta. Não só isso, gênero é uma categoria essencialmente relacional, em que estão interligados homens e mulheres. Portanto, esse trabalho foi pensado, desde o início, para adotar esta noção enquanto pilar fundamental, ciente da sua amplitude.

As discussões acerca da saúde mental de pessoas em deslocamento forçado têm proeminência em vários países, no que diz respeito à assistência provida a pessoas nessa situação. Pela variedade de fatores que atravessam a vida de populações em movimento ao redor do mundo, tratar da saúde mental nesses indivíduos é especialmente complexo. A escolha por

¹ Ver R4V: Plataforma de Coordinación para Refugiados y Migrantes de Venezuela, 2021. Disponível em: <<https://r4v.info/es/situations/platform>>. Acesso em: 20 mai. 2021.

esse foco se deu pelas evidências científicas de que refugiados apresentam maiores níveis de prevalência de sofrimento e transtornos mentais em comparação as populações que não se deslocaram.

Isso porque são sujeitos altamente expostos à violência, um tema caro à saúde pública por sua enorme amplitude e incidência. Esse trabalho trata da violência de gênero, mas não só, e estende-se para violências institucionais, violações de direitos, violência armada durante conflitos. Buscamos elucidá-la enquanto fator de risco a mulheres refugiadas, somadas a contextos instáveis e de alta vulnerabilidade, também permeado por violações estruturais.

Assim, temos um ciclo dificilmente quebrado onde mulheres vulnerabilizadas são violentadas e encontram-se em situações também permeadas por falências estruturais e violações de direitos. Estudar, analisar e identificar padrões nesse ciclo é mister para a saúde pública porque a violência vitimiza mulheres refugiadas diretamente, por meio de agressões e consequências para integridade física e mental.

Alguns dados corroboram para relevância em estudar a violência e a saúde mental de mulheres refugiadas. Uma revisão sistemática da literatura feita por Collins, Zimmerman e Howard (2011) aponta para prevalência de 24% a 42% de Depressão Pós-Parto em mulheres refugiadas, enquanto em mulheres que moram em seu país de origem, *native-born women*, a prevalência da enfermidade é de 10% a 15%. Um outro estudo com a aplicação da Escala de Depressão Pós-parto de Edinburgh (EPDS) feito com 341 mulheres nativas canadenses e recém-chegadas, em que pontuar 10+ é preditivo do desenvolvimento do transtorno, aferiu-se que o risco da pontuação de mulheres refugiadas ser > 10 era cinco vezes maior do que de mulheres canadenses nativas (STEWART *et al.*, 2008). Entre os fatores responsáveis pela deterioração de saúde mental em mulheres refugiadas, figuram baixo apoio social e pouca inclusão de grupo, condições previsivelmente comuns na vivência dos sujeitos pesquisados.

Neste estudo de Stewart *et al.* (2008), um questionário com Escala de Suporte Social aplicado em mulheres recém-chegadas e canadenses mostrou que todas as não-nativas tinham um “nível significativo de menor média de suporte social que as mulheres nascidas no Canadá (P<0.001, x2, df 3)” (p. 123, tradução nossa). A explicação pode residir na exposição das refugiadas a eventos estressores/traumáticos, incluindo períodos morando em assentamentos, em condições precárias e/ou perigosas. Somam-se a esses estressores, as barreiras culturais e linguísticas e a influência na adaptação, subemprego, desemprego e separação de filhos ou cônjuges (CRAIG *et al.*, 2009; ZELKOWITZ *et al.*, 2008).

Ao estudar o que está proposto, o trabalho pretende dialogar com outras produções acadêmicas nacionais e internacionais, cada vez mais frequentes, e com lugar de destaque em

jornais e revistas internacionais. Espera-se criar mais uma ponte para trocar conhecimentos sobre refúgio no Brasil.

Estudamos um assunto relevante não só para saúde pública e para academia, mas também para a sociedade em sua totalidade. Delinear as relações entre violência e saúde mental que afetam, ao menos, 13 milhões de pessoas² ao redor do mundo é importante para pensar novos caminhos em saúde pública. Analisar, em profundidade, estudos conduzidos em outros países sobre o tema, como pretende esse trabalho, nos fará refletir sobre enfrentamentos e tratamento para mulheres refugiadas, assim como orientações ao sistema de saúde e assistência de países que recebem grandes fluxos de pessoas.

2.2 JUSTIFICATIVA PESSOAL

Em razão da minha graduação em Relações Internacionais, trabalhei junto a migrantes e refugiados diversas vezes, como tradutora voluntária e professora de português, em 2015 e 2018. Em 2019, participei da construção de aplicativo para migrantes e refugiados, onde também tive contato com refugiadas durante rodas de conversa para o desenvolvimento da ferramenta. Essas experiências me trouxeram proximidade aos sujeitos da pesquisa.

No que diz respeito à minha subjetividade, considero sempre importante que ela esteja latente no que me proponho a fazer. É, sem dúvidas nenhuma, metalinguístico trazer à luz a minha subjetividade para justificar um estudo sobre a subjetividade de outras pessoas.

O tema das migrações me é muito caro, embora as razões tenham demorado a aparecer. Li, durante minhas pesquisas, a seguinte citação:

O homem que acha doce seu torrão natal ainda é um iniciante fraco; aquele para quem todo solo é sua terra natal já é forte; mas perfeito é aquele para quem o mundo inteiro é uma terra estrangeira. A alma frágil fixou seu amor em um ponto do mundo; o homem forte estendeu seu amor para todos os lugares; o homem perfeito extinguiu isso. (SAINT VICTOR, [10--], s/p *apud* SAID, 2003, p. 58)

Acredito que fazer do mundo uma terra estrangeira tenha sido minha missão há alguns anos. Permeada de privilégios, vivi minha primeira migração com 17 anos. As complexas relações entre território, cultura e violência já contam quase oito anos na minha breve

² Estima-se que existam em torno de 29.6 milhões de pessoas refugiadas no mundo. O ACNUR diferencia número de refugiados de números de venezuelanos, segundo a categorização, são 26 milhões de pessoas refugiadas e 3.6 milhões de venezuelanos deslocados vivendo fora de seus país. Ver: ACNUR (2019). Disponível em: <<https://www.unhcr.org/5ee200e37.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2021.

existência. Esses deslocamentos, físicos, mentais, emocionais, trouxeram impactos perceptíveis, bons e/ou ruins, à minha vivência

A intersecção com saúde mental emerge daí. Sem maiores detalhes, eu, que "tenho apenas duas mãos e os sentimentos do mundo", como bem pontuou Carlos Drummond de Andrade, senti algumas consequências de um ano às avessas, em 2017, e uma vulnerabilidade que me trouxe, como dano colateral, a intensa curiosidade sobre saúde mental. Talvez o sofrimento seja pedagógico, ou talvez seja uma tentativa de tirar proveito do caos.

Durante a graduação, ainda nesse relacionamento contraditório com a saúde mental, estudei trauma de guerras em ex-combatentes, no século passado, um tema também intenso em seu estudo, e elaboração. Sem a lente de gênero, mas interessada nas dinâmicas entre países, o trabalho trouxe uma necessidade em tratar de subjetividade nas Relações Internacionais, meu campo de origem. Quase como um *advocacy* de que precisamos olhar pessoas enquanto pessoas, e que o sofrimento psíquico é político, em suas causas e consequências, e merece ser pauta nas Relações Internacionais.

Com respeito ao meu interesse por gênero, considero que sou feminista muito antes de saber o significado da palavra. Ser feminista significa uma imensidão de coisas para mulheres diferentes. Organizo-me pelo meu desejo de mudança. Para transformar realidades, ir a fundo no entendimento das violências múltiplas que atravessam as existências de todas as mulheres, ainda que em graus distintos, possibilitar caminhos justos ao redor do mundo, mitigar vulnerabilidades, é onde reside o meu feminismo. Por isso, estudo gênero.

Quando adentrei o mestrado na Fiocruz, contei com a sensibilidade e o respeito da minha orientadora, que aceitou uma mudança de 180 graus no meu objetivo inicial, e se aventurou, ao meu lado, a construir uma dissertação que atravessasse gênero, racialidade, migrações, violência e saúde mental.

Por essas razões demasiadamente pessoais sobre violência, migração, deslocamento e saúde mental, encontrei-me com o tema desse trabalho.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os impactos da violência na saúde mental de mulheres refugiadas.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar dados de prevalência e incidência de transtornos mentais em mulheres em situação de refúgio;

Analisar os principais tipos de violências sofridas por mulheres em situação de refúgio;

Identificar as estratégias individuais e coletivas de enfrentamento aos impactos das violências na saúde mental.

4 REVISÃO TEÓRICA

A maneira como os Estados-nação são organizados, atualmente, datam desde 1648, com a assinatura dos Tratados de Vestfália³ que findaram a Guerra dos Trinta Anos. A partir dessa concertação entre Estados, fica-se estabelecida a soberania interna e a igualdade entre nações na arena internacional. Em palavras mais simples, cada país tem o direito de legislar sobre suas dinâmicas internas, mas todos são iguais ao se relacionarem, numa perspectiva macro, sem que haja nenhum poder acima desses Estados.

A existência de países com fronteiras delimitadas e pretensa organização interna particular está respaldada em “geografias imaginativas” (SAID, 2007). Essas geografias são organização mental, que nada tem de real, responsáveis por produzir identidades a partir das noções de fronteiras. Trata-se de uma delimitação de terras que não precisa fazer sentido na realidade, apenas mentalmente. É, por isso, que o conceito de nação tem sido discutido como uma comunidade imaginada (ANDERSON, 1983).

Há algum tempo discute-se esse modelo de organização como ultrapassado. Com o advento da globalização e do neoliberalismo, nos anos 1990, a inviolabilidade das fronteiras é colocada à prova, uma vez que os fluxos de pessoas, mercadorias e capitais atingiram níveis sem precedentes, assim como a consequente “produção” massiva de pessoas sem Estado, apátridas ou expulsas de seus próprios Estados, como são os refugiados.

Edward Said (2003) discorre sobre a atualidade do tema e suas origens imperialistas:

a diferença entre os exilados de outrora e os de nosso tempo é de escala: na nossa época, com a guerra moderna, o imperialismo e as ambições quase teológicas dos governantes totalitários, é, com efeito, a era do refugiado, da pessoa deslocada, da imigração em massa (SAID, 2003, p. 33).

Para Wendy Brown (2010), a insistência dos governos centrais em construir muros nas fronteiras, como o muro México – Estados Unidos, Israel – Palestina, Hungária – Sérvia – nada mais é do que a clara representação do fim do modelo dos Estados soberanos nacionais. Uma ação desesperada para “proteger” a nação contra entes externos. A tentativa de conter fluxos migratórios já não encontra tanta eficácia porque dificultar a entrada de pessoas não impossibilita que ela ocorra, apenas a torna perigosa aos imigrantes (VENTURA; YUJIRA, 2019). A criminalização de dessas pessoas e a narrativa xenofóbica de segurança nacional têm

³ “Estes tratados são comumente considerados como marcos constitutivos do moderno sistema de Estados. Esta associação é tão estreita que é frequente a menção à existência de uma ordem vestfaliana pautada pela tríade Estado-soberania-território”. (BASTOS JUNIOR, 2017, p. 328)

contribuído para precariedade e vulnerabilidade de quem imigra, mas não para a redução de fluxos internacionais.

Para Fassin e Rechtman (2009), os refugiados são figuras que desafiam a ordem vigente de soberania nacional e ocidental de organização entre países. A partir de seus movimentos transnacionais e sua desvinculação nacional, quebram a identidade entre o humano e o cidadão, e entre a natividade (sic) e a nacionalidade, levando a ficção originária da soberania à crise (AGAMBEN 2000 *apud* FASSIN; RECHTMAN, 2009, p. 253). Pessoas que desafiam a norma de identificação nacional representam desafios aos países de destino em que refugiados passam a viver: se não cidadãos, como podem ter acesso a direitos? Se não têm alternativa a estar em nosso território, como podemos negá-los esses direitos?

Essa difícil lógica em que refugiados se inserem, no mundo contemporâneo, tem incentivado países a aumentar políticas restritivas de imigração, a partir de uma suposta preocupação com o equilíbrio interno, economia, ou qualquer outra boa desculpa para restringir o acesso a fronteiras. Não à toa a denominada “crise dos refugiados”, foi acompanhada por uma retórica nacionalista, principalmente europeia, que condena, detém e apreende aqueles que se enquadram como refugiados.

Curiosamente, a narrativa de invasão do Norte Global, por imigrantes do Sul Global não corresponde à realidade: os dados da Organização das Nações Unidas (ONU, 2017 *apud* VENTURA; YUJIRA, 2019, p. 17) de 2017 elencaram que, na verdade, as migrações inter-regionais superam em número as migrações do Sul em direção ao Norte. Em números, 89 milhões dos migrantes nascidos no Sul vivem no Norte, enquanto 97 milhões migraram para países do próprio Sul.

A situação é ainda mais gritante quando tratamos da questão dos refugiados, central a este trabalho. Em 2017, 85% dos refugiados localizavam-se em países em desenvolvimento, com números expressivos na Turquia, Paquistão e Uganda. Como Ventura e Yujira esclarecem, é de se esperar que os países em maior desenvolvimento econômico tomassem a frente da recepção e acolhimento de refugiados:

um fenômeno gerado ou agravado por conflitos armados nos quais grande parte deles *está envolvida*, seja na origem dos conflitos (em sua quase totalidade), seja por sua participação direta e atual no campo de batalha (como é o caso da Síria). (..) ao fim do ano de 2016. A Europa teria passado a acolher de 6 a 17% dos refugiados do mundo (VENTURA; YUJIRA, 2019, p. 21).

Ainda que os números tenham aumentado após 2015, a porcentagem de pessoas é ainda pequena quando se pensa nos causadores dos fluxos forçados de pessoas.

Essas oscilações entre vitimização e marginalização tornam os refugiados, figuras controversas. Fassin (2018) os centralizou como ponto-central para análise do seu último livro: “Eu vou analisar uma forma de vida que assombra a imaginação das sociedades contemporâneas, a dos nômades precários internacionais – refugiados ou migrantes, solicitantes de asilo ou estrangeiros indocumentados (FASSIN, 2018, p. 32, tradução nossa).

Para o autor, refugiados trazem à tona questões sobre "formas de vida". Enquanto buscam sobreviver biologicamente - comer, ter onde dormir, assegurar suas existências - pessoas refugiadas resguardam sua história e sua individualidade, assegurando o caráter biográfico da vida. É nessa condição que parte a reflexão da vida enquanto "um simples fato de estar vivo" (zoé), ou seja, fundamentada na biologia, a vida comum, ou enquanto "rich fulfillment" (bios) que diz respeito à influência e agência pessoal de cada um, a vida política, como diferenciou Giorgio Agamben (1998).

A segunda tensão reside entre o universal e o particular, uma vez que, para o autor, as experiências de pessoas refugiadas resguardam universalidade em suas vidas, uma vez que incerteza e vulnerabilidade são compartilhadas por quem vive nessas condições. Entretanto, como cada grupo e cada pessoa é detentora de um passado, história, cultura e ambiente que os cercam, emergem experiências únicas, entendidas apenas entre membros dos mesmos grupos, aí reside o particular.

Por fim, as formas de vida possíveis experimentadas por refugiados evidenciam a interação entre lei e prática. Isso porque a normatividade garante ou restringe acesso a territórios relegando à ilegalidade aqueles que não têm o direito de permanecer, o que os obriga a se adaptar e a viver na marginalidade, a prática.

No capítulo seguinte, aborda-se a ética de vida pela qual supostamente "Todos os seres humanos têm o mesmo valor e dignidade inegáveis" (FASSIN, 2018, p. 97). Este conceito cristão de que a vida é sagrada, um bem supremo e inalienável, supostamente igual para todos os seres vivos é colocado em questão. O valor que se atribui a vida também é expresso a partir da tensão entre biológico e biográfico, como nos casos em que a concessão de refúgio é facilitada quando há atestados médicos que comprovem doenças graves, reforçando a "biolegitimidade" (FASSIN, 2018). Atos como esse, já institucionalizados na França, por exemplo, exprimem a pujança do argumento biológico: alegar perseguição, trazer o caráter político para a questão do refúgio são ações questionáveis, assim como histórias e testemunhos, já que condições biológicas de saúde são inegáveis e sem implicações políticas, portanto, mais facilmente aceitas. Ou seja, nesta lógica, a vida é um emaranhado biológico supremo, que deve ser defendido até a última instância.

A ética da vida perpassa, obrigatoriamente, por julgamentos morais. Quando há a intenção da "morte por uma causa", como narra o autor em uma passagem do livro que conta a história de uma mãe palestina, disposta entender a possível morte do filho pela luta por Jerusalém, a ética cristã é rompida, indignando e causando repúdio no Ocidente. Isso porque a vida deixa de ter fim em si mesma, mas torna-se meio para conseguir outros objetivos, no caso apresentado, a liberação da Palestina. Na luta por um território ilegalmente ocupado por Israel, os moradores da Palestina enxergam suas vidas como meio para se obter o fim desejado, atribuindo a ela, não o significado cristão de inviolabilidade, mas o instrumento para lograr um objetivo maior e mais importante do que sua própria existência (FASSIN, 2018).

A forma como se avaliam e interpretam as vidas são cruciais para desvendar o longo caminho que conduz à política de vida. A política de vida é a materialização da ética de vida porque evidenciam a "vida real", a tradução dos valores para as vivências e desvalorização de uns em detrimento de outros. Elas se organizam em direção à vida como um todo, superando a demopolítica das "populações" de Foucault, quem discorre amplamente sobre a biopolítica. São exercidas socialmente e não governamentalmente, com foco no conteúdo, na substância.

Ela se debruça sobre os diferentes reconhecimentos e tratamento às vidas, quais merecem comoção, salvamento e tratamento e, a partir daí, a organização hierárquica entre elas. Os valores de indenizações em ambientes pós-conflitos, como a guerra do Iraque, ou mesmo de seguros de vida, conduzem para a conclusão um pouco óbvia de que o valor absoluto da vida, supostamente igual a todos os seres humanos, não se expressa na prática. A comoção da opinião pública sobre diferentes mortes, o julgamento moral de quem ocupou o papel de perpetrador e quem foi a vítima, a precariedade aumentada de uns em frente a outros, ponto também abordado por Butler (2015), tornando vidas passíveis de subvalorização, os índices de mortalidade que variam conforme sexo, raça, cor, todos esses fatores nada mais são do que expressões claras das políticas de vida.

Para o autor, portanto, a mortalidade de certo grupo em uma sociedade é reflexo de como essas vidas são lidas e tratadas, "a importância que se confere a vida de uns e ao desleixo com a vida de outros" (FASSIN, 2018, p. 100). Por isso, as mortes ditas naturais são, na verdade, altamente influenciadas por desigualdades morais e por outros fatores como demografia e epidemiologia.

Desigualdades morais dizem respeito à moralidade de determinada sociedade. Apropriando-se do conceito de moralidade de Durkheim, Fassin a aponta enquanto parte e coextensão da sociedade, parte porque é um "sistema único de regras específicas" (FASSIN,

2018, p. 55) e coextensão porque a própria sociedade é quem exerce a autoridade sobre essas regras.

Entretanto, a moralidade não é somente coercitiva – “deve-se agir moralmente” - mas só encontra efetividade quando há concordância dos indivíduos em aceitá-la. Significa dizer que agimos moralmente tanto porque somos coagidos quanto porque interpretamos os atos moralmente ditados como atos desejáveis, em um somatório de obrigação e desejo (FASSIN, 2018). Assim, a moralidade é permeada por contextos históricos, sociais e políticos e determina desigualdades, porque algumas vidas destoam do que se tem como socialmente aceitável, obrigatório e desejável, relegando-as a condições desiguais de existência, marcadas pela marginalidade e exclusão. Qual é o tratamento concedido a vidas fora da concepção de moralidade?

Esses três pilares suscitados por pessoas em situação de refúgio – formas de vida, éticas de vida e políticas de vida – tomam ainda mais forma quando observamos quem são os refugiados no mundo contemporâneo. No último relatório da ACNUR (2019), as nacionalidades mais expressivas em números: são refugiados sírios (6.6 milhões), venezuelanos (3.7 milhões), afegãos (2.7 milhões), sudaneses (2.2 milhões). As tensões entre vidas valoráveis e vidas desprezíveis, assistencialismo e criminalização caminham menos para tensão e mais para certeza: refugiados árabes, africanos e latino-americanos figuram entre as prioridades dos Estados-nação? As políticas de vida os orientam para a valorização ou para desvalorização?

O francês Michel Agier em "On the Margins of the World: The Refugee Experience Today" (2008), indica que refugiados têm suas identidades reduzidas a "vítimas" de deslocamentos forçados cujo único dever é se manter vivos longe de suas casas. Argumentamos que têm “sorte” aqueles que são reduzidos a vítimas, e no caso dos vindos dos países supracitados (Síria, Venezuela, Afeganistão, Sudão), são vistos enquanto marginais.

Para o autor, o *êxodo* é ponto central que une as experiências dos mais diversos grupos, nacionalidades e etnias que foram obrigados a deixarem suas casas. O êxodo é dividido em três estágios - a destruição, o confinamento e a ação - que moldam a "identidade do refugiado". Agier se propõe a universalizar o fenômeno do refúgio em busca de uma análise antropológica, do que entendemos por ser *humano* (AGIER, 2006). No que chama de busca desesperada por humanidade em lugares onde ela é negada, Agier nos conduz em um fio argumentativo interessante para a pesquisa. O êxodo pode ser vivido por qualquer um de nós, em dado contexto, e uma vez nesta situação, seríamos forçados a nos construir a partir da nossa própria destruição.

Partindo das reflexões do antropólogo francês, podemos entender o refugiado como, antes de tudo, um destituído. Cada vez mais expressivos em números, e representados na mídia - o que não significa, entretanto, representatividade - a solidificação da sociedade de consumo produz esses deslocados dentro do seu mecanismo de funcionamento (CIDADE, 2018, p. 39).

Em um capitalismo fundamentado pela defesa inalienável da propriedade, os refugiados são os primeiros a perderem seus habitats, por interesses econômicos e exploratórios (BAUMAN, 2004), ou a serem destituídos deles por razões de conflitos armados ou crise generalizada.

Entretanto, desprovidos de suas propriedades e bens, muitos vivem na mendicância, uma ilegalidade tolerável, ou seja, parte de rol de desvios que a sociedade consegue aceitar. Assim, dialogando com Agier, os refugiados são classificados como pessoas "ilegais" quando, na verdade, nenhuma existência pode ser de fato ilegal (VENTURA; YUJIRA, 2019) mas tem sua vida marginal "aceita" socialmente.

Entretanto, esse aceite não implica em responsabilização, mas sim em sentimentos de compaixão e culpa. Segundo Agier (2006):

assim que essas populações machucadas *aparecem*, medo, compaixão e culpa misturam-se conjuntamente com seu cargo de estereótipos cegantes: um mundo de vítimas (...), um mundo violento e injusto no qual pessoas se matam por nenhuma razão em algum lugar distante (AGIER, 2006, p. 2, grifo nosso)

O autor define como *dirty wars*, guerras sujas, as desenvolvidas entre exércitos ilícitos e lícitos, grupos armados operando contra populações civis, guerrilhas e grupos paramilitares, que são cada vez mais comuns. Nesta tipologia de conflito, 70 a 90% das vítimas são civis e múltiplas são as formas de ataque, variando entre sequestros, massacres, expulsões (AGIER, 2006).

Essas contradições entre a visão que se tem do refugiado marcam a problemática do refugiado na contemporaneidade. Observamos, portanto, dois fenômenos para análise da relação entre o refugiado e o acolhimento em países de destino. O primeiro, ao olharmos para cada pessoa em situação de refúgio, a nível individual, é traçado por Judith Butler (2006) quem discute a precariedade das vidas e das diferenças de valoração entre quem tem uma vida "enlutável" e quem não (BUTLER, 2006). Para ela, ao mesmo tempo que toda vida humana é inerentemente precária (BUTLER, 2006), porque pode ser facilmente anulada, algumas são mais do que as outras em razão de discriminação, injustiça ou perseguição. É um conceito ao mesmo tempo universal e relacional. Suas contribuições servem na compreensão da valorização

da vida da pessoa refugiada frente à sociedade e do entendimento sobre os sentimentos contraditórios que possuímos contra certos grupos.

Em "Quadros de Guerra: quando a vida é passível de luto" (2015) residem os questionamentos e reflexões mais interessantes para a construção deste marco teórico. Na obra, Butler reflete sobre a apreensão de uma vida enquanto vida precária, ou seja, o reconhecimento da precariedade do Outro. Para a autora, a apreensão é atravessada pela normatividade uma vez que normas conduzem a repetições e repetições produzem o reconhecimento entre os sujeitos. Isso significa que os termos pelos quais reconhecemos uns aos outros enquanto detentores de precariedade ou não são moldados pela normatividade.

Assim, existem enquadramentos construídos para selecionar as vidas daqueles que merecem comoção e passam a "valer mais do que as outras" e as vidas ignoradas, relegadas a estatutos de "marginais", "criminosos", vidas que devem ser temidas. A autora discorre sobre o termo "*to be framed*" cuja multiplicidade de significados varia desde "ser enquadrado", "ser incriminado", "ser julgado", fazendo analogia à captura de uma cena em certa moldura, a partir da qual as imagens serão interpretadas e reinterpretadas. Para Butler, a normatividade produz artificialmente enquadramentos que incriminam e prejudicam certos sujeitos, pelos quais passamos a não considerarmos "vidas". Neste trabalho, é fundamental que se pergunte: quais os refugiados pelos quais nutrimos "compaixão?" Como se constroem as imagens de quem deve ser acolhido e quem deve ser ignorado?

A construção de refugiados "vítimas" e refugiados "marginais" é atravessada por uma estrutura notadamente racista de alta plasticidade apta a envolver nacionalidades, etnias, culturas e religião enquanto alvo de práticas discriminatórias e xenofóbicas. Em outras palavras, segundo Marinucci (2018):

Houve uma metamorfose do racismo clássico (biorracial) em formas mais camufladas - como a racialização e essencialização de identidades étnicas, culturais, religiosas e nacionais - sendo que permaneceu análoga a lógica subjacente de inferiorização de minorias - por vezes, majoritárias - internas ou externas. Em outros termos, os novos racismos (neoracismos) se estruturam em modo polivalente, assumindo configurações diferenciadas em decorrência de variáveis contextuais (MARINUCCI, 2018, p. 7).

Dessa maneira, os questionamentos trazidos por Butler sobre os enquadramentos e a apreensão da precariedade de certas vidas em detrimento de outras são frutos de uma normatividade racista que determina o refugiado a ser acolhido e o refugiado a ser marginalizado.

A partir desse primeiro caminho, nos encaminhamos para outro fenômeno: o do acolhimento ou não acolhimento pelos países de destino. Discutimos, então, sobre as leis de

hospitalidade em Derrida (2003). O reconhecimento da vítima ou do criminoso, do traumatizado ou da ameaça se faz a partir da normatividade expressa por Butler, mas o que Derrida nos traz, diz respeito as leis que determinam o tratamento dado a estrangeiros e que seriam pretensamente regidas pelo Direito. Essas leis, claro, são variáveis contextualmente e societalmente, como viemos tentando argumentar. Para o autor, hospitalidade está atrelada à soberania. Isso porque a decisão de ser hospitaleiro e de *como* o fazer, envolve escolha e filtro, exclusão e violência.

Dessa maneira, os dois elementos não se dissociam, porque a hospitalidade requer uma delimitação “rigorosa das soleiras ou fronteiras: entre o familiar e o não-familiar, entre o estrangeiro e o não-estrangeiro, entre o cidadão e o não-cidadão.” (DERRIDA, 2003, p. 43).

Segundo Derrida, existem dois tipos de hospitalidade conferidas aos estrangeiros: a hospitalidade incondicional, absoluta, e a hospitalidade coerente. Enquanto a primeira é autoexplicativa pela terminologia, em que se dá tudo ao outro, mesmo sem que haja família, estatuto jurídico, ou qualquer contrapartida, a segunda tipologia de hospitalidade se relaciona ao cumprimento da lei, da justiça, do direito. Portanto, para o autor, a relação com estrangeiro é regulada pelo direito, já que a lógica da eficiência (*efficiency*) não permite que algo seja dado sem que não haja contrapartida. Pelo contrário, as leis da hospitalidade se regem por direitos e deveres sempre condicionados e condicionais.

Nesse ponto, é importante transladar Butler para essa reflexão, e nos perguntar quais os enquadramentos de sujeitos para quem o direito vale e opera justamente? Existe neutralidade em uma hospitalidade coerente? Os refugiados são atendidos conforme legisla o arcabouço normativo?

Enquanto Derrida fala sobre casa, expandimos as reflexões aos países. Enquanto ele diz “quero ser senhor em casa para poder ali receber quem eu queira”, nós dizemos: o Estado quer deter poder inegável sobre seu território e decidir quem pode ou não ser recebido em suas fronteiras. É justamente o criticado por Said (2007) e por Brown (2010) esse modelo ultrapassado e imaginativo de organização de comunidade em fronteiras com poder de “sim” ou de “não”.

Continuando com o autor francês, passa-se a enxergar o estrangeiro como um ente indesejável, um inimigo, alguém que invade a soberania de hospedeiro. Esse ente externo só pode existir para me colocar em perigo, sua recepção é arriscar-me a ser seu refém. Mais do que proteger a própria casa, protege-se o direito da hospitalidade. O que essa lógica produz não é novo:

Por todo lado onde o 'em-casa' é violado, por todo lado em que uma violação é sentida como tal, pode-se prever uma *reação privatizante, seja familista, seja, ampliando-se o círculo, etnocêntrica e nacionalista, portanto, virtualmente xenófoba*: não dirigida contra o estrangeiro enquanto tal, mas, paradoxalmente, contra o poderio técnico anônimo (estrangeiro à língua ou à religião, tanto quanto à família ou à nação) que ameaça, junto com o "em-casa", as condições tradicionais de hospitalidade (DERRIDA, 2003, p.17, grifo nosso).

Nas reflexões sobre refúgio e soberania, discorda-se da afirmação de que a xenofobia não é dirigida contra o estrangeiro. Há exemplos suficientes de que se tratando de recepção de imigrantes e refugiados, a reação xenófoba tem como alvo os estrangeiros. A ideia de ameaça constante, a retórica do refugiado terrorista e do imigrante ilegal criminoso, é validada por essa linha de raciocínio que nos mostra Derrida, em que o hospedeiro sente que não tem mais autoridade em sua própria casa e que sua existência está ameaçada em lugar supostamente inviolável. Restringir, construir muros (BROWN, 2010), criar centros de detenção têm sido algumas das estratégias para assegurar ao hospedeiro que ele ainda é soberano em seu território.

Segundo o autor, o pacto de hospitalidade é extenso e rege a permanência do estrangeiro como estrangeiro, mais do que a questão da nacionalidade ou cidadania. Estende-se para além do âmbito individual, "a toda a família, à geração, à genealogia" (DERRIDA, 2003, p. 21). Esta delimitação em enxergar o estrangeiro sempre como estrangeiro é também violenta, e, não surpreendentemente, regida pelo direito e respaldada pela soberania.

Um exemplo da hospitalidade e direito é trazido por Fassin (2008), em que o autor ilustra como o reconhecimento do estatuto de refúgio na França se dá a partir de uma conjunção entre poder médico e política, ou seja, como a lei da hospitalidade condicional apropria-se de uma gama de operadores para proteger o hospedeiro e lidar com estrangeiros. Ao chegar à França, atestações médicas são necessárias aos refugiados como parte processual da concessão deste estatuto. Os solicitantes de refúgio precisam evidenciar o passado que viveram: precisam ter marcas de tortura, de sofrimento visível. Une-se o poder médico à política e sua capacidade de fazer viver e deixar morrer, analisando os corpos de cada um, apreendendo o que o autor chama de "truth from the body", a verdade do corpo (FASSIN, 2011).

A confirmação material de sofrimento, facilita o andamento do processo de refúgio. É só quando há evidências cabais de uma prévia história de sofrimento que os pedidos de asilo são levados em consideração. Segundo o autor:

em seu país de origem, seus corpos [o dos solicitantes] foram o lugar de inscrição do poder, por meio de perseguições que passaram. No país de acolhimento, seus corpos se tornam lugares de busca pela verdade, por meio dos traços que provam essas perseguições. (FASSIN, 2011, p. 287)

A busca por evidências de sofrimento é, em parte, impulsionada pela necessidade de conter a entrada dos solicitantes de refúgio, evitando a "desordem social", e, em parte, resultante de uma política guiada em nome do "humanitarismo". Quando se concede refúgio a alguém em razão de sua violência expressa no corpo, "empatia prevalece sobre legitimidade" (FASSIN, 2011, p. 296). Entretanto, empatia não é sinônimo para hospitalidade absoluta, já que a entrada dos solicitantes de asilo está condicionada ao cumprimento de um requisito, previsto em lei, e não à benevolência.

A instrumentalização da saúde à serviço das leis da hospitalidade, a crescente de medidas restritivas, os enquadramentos das vidas em vidas enlutáveis ou vidas marginais trazem prejuízos à vida de pessoas em refúgio. A precariedade que atravessa suas condições é inúmera e os resultados são palpáveis a nível de saúde física, mas especialmente mental.

Enquanto sujeitos que atravessam fronteiras por motivos involuntários e cuja "decisão" é pouco ligada ao sentido da palavra decisão, e muito mais a ideia de falta de escolha, refugiados e refugiadas experimentam altos níveis de sofrimento mental.

Segundo Edward Said, "[o exílio] é uma fratura incurável entre um ser humano e um lugar natal, entre o eu e seu verdadeiro lar: sua tristeza essencial jamais pode ser superada" (SAID, 2003, p. 33). A sensação de não-pertencer a lugar algum, as fronteiras invisíveis – e visíveis – que separam "nós" de "outros" provocam sensações angustiantes e em termos técnicos, deterioração de saúde mental nos sujeitos exilados, na nossa época, entendidos como refugiados.

Lila Abu-Lughod (1988) também discorre sobre o sofrimento causado pelo exílio, ao utilizar o caso da Palestina para ilustrar os fenômenos subjetivos associados a mover-se forçosamente. A retirada imediata de seus territórios, o movimento orientado pela necessidade, difere refugiados de migrantes, já que o "desligamento é sempre abrupto e forçado" (*Ibid.*, p. 61) no caso dos primeiros. Para autora, quem concorda com Said, movimentos de um lugar nativo trazem alguma ruptura, perda, descontinuidade no estado de uma pessoa, o que cria marginilidade e um processo de ajuste doloroso (*Ibid.*, p. 67).

Reside aí, como já está claro, o ponto-chave desse trabalho: e o impacto das múltiplas violências experienciadas pela migração forçada e da própria migração na saúde mental de sujeitos em refúgio, especialmente, mulheres. Antes de nos aprofundarmos sobre o tema-chave deste trabalho, algumas ponderações precisam ser feitas. Paulo Amarante publica "Saúde mental e atenção psicossocial" (2007) e questiona as práticas cristalizadas da psiquiatria biomedicalizada.

Para o autor, “Saúde mental não é apenas psicopatologia, semiologia... Ou seja, não pode ser reduzida ao estudo e tratamento das doenças mentais” (AMARANTE, 2007, p. 22). Ao instrumentalizar a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS) do que se entende por saúde – mais do que a ausência de doença, um conceito amplo de estado de completo bem-estar físico, mental e social– Amarante continua e afirma a dificuldade em ““estabelecer o que é este estado de completo bem estar... Às vezes questiono se há alguém assim!” (Ibid., p. 26).

Em sujeitos como refugiados, a complexidade de estudar o que é saúde mental, avaliar a prevalência de sofrimento mental em suas histórias, identificar causas e propor resultados é considerável. Como o autor propõe, não só psiquiatria e ciências biomedicalizadas são saberes a se instrumentalizar, o amplo significado de saúde mental abarca outras disciplinas e deve-se atentar para outros fatores como manifestações religiosas, ideológicas, éticas e morais das comunidades (AMARANTE, 2007, p. 22).

O foco excessivo na doença, no transtorno, enquanto algo externo ao sujeito é algo a ser combatido, como o autor critica. Patologizar e classificar pessoas em situação de refúgio com x ou y transtornos além de ser reducionista, é complexo porque as ideias de saúde, sofrimento e doença são também culturalmente variáveis.

Entretanto, como precisamos estabelecer o mínimo de uniformidade a fim de observar os fenômenos apresentados na vida de sujeitos em refúgio, é preciso haver uma categoria principal na qual iremos nos debruçar.

A quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (2014), produzido pela American Psychiatric Association (APA) e modelo mundial para categorização e definição de patologias, define sofrimento psicológico como: “uma variedade de sintomas e experiências da vida interna de uma pessoa que são comumente perturbadores, confusos e fora do comum” (DSM-IV, 2013, p. 830).

O debate se estende para além da descrição medicalizada do que é sofrimento psíquico. O sofrimento é fundamental e inerente à condição humana e, desta forma, constitui-se social e historicamente, sendo parte dos sujeitos. Dessa forma, não é possível pensar em produção humana sem a experiência do sofrimento psíquico (GALINDO *et al.*, 2014). Por apresentar-se como um sofrimento que varia histórica e contextualmente, o elemento social é fundamental para o entendimento do que se considera sofrer psiquicamente.

Relacionado ao entendimento do sofrimento como algo influenciado externamente, existe o “conceito amplo de Saúde Mental (que) vem romper com a perspectiva de tratamento focado na patologia” (Ibid., p.7).

Entretanto, a psiquiatria mostra-se instrumentalizada por um aparato político cuja régua para medir “saúde” de “doença” segue padrões pretensamente universais como a própria história do Transtorno Estresse Pós Traumático (TEPT) elucida. A autora Hannah Gooze em “Decolonizing Trauma with Frantz Fanon” (2021) traz uma extensa crítica ao olhar predominante sobre o trauma e a saúde mental.

A classificação e discussões em torno do TEPT, enquanto termo específico, tiveram início no contexto da guerra do Vietnã, no qual veteranos retornados do conflito foram diagnosticados com esse novo transtorno, a partir de quatro critérios - um evento traumático, re-experiência do evento, fenômeno entorpecentes e sintomas diversos (GOOZE, 2021). O foco essencialmente individual da classificação, especializada no “esquema biológico do cérebro” (BRACKEN, 1998 *apud* GOOZE, 2021, p. 11) enquanto o paciente é um ser humano único, a parte do contexto, levou à assunção de que são fenômenos universais, percebidos e sentidos da mesma forma, cujo diagnóstico pode ser obtido a partir de uma escala numérica.

O que autores como Fassin e Rechtman (2009), Gooze (2021) discutem é o TEPT enquanto transtorno entendido a partir de referenciais estadunidenses e europeus, resultante da psiquiatria eurocêntrica. O esforço em torná-lo um transtorno reconhecido atravessa a neutralização dos fenômenos ao qual ele se refere. Eventos traumáticos, cuja explicação e origem são inerentemente externos aos indivíduos, foram despolitizados e tiveram suas causas ignoradas. Enquanto o trauma – e os consequentes eventos traumáticos que o causam – têm voz política e de denúncia sobre o passado, a exclusiva medicalização do TEPT a encerra, tornando os indivíduos em meras vítimas (WINTER, 2006 *apud* GOOZE, 2020, p. 7).

Síndromes mentais ligadas a conflitos armados ou violência externa foram estudadas desde o início do século XX, com aparecimento de termos como *shell shock* no contexto da pós Primeira Guerra. A categorização de transtornos serviu historicamente e politicamente para duas situações: para recompensar ex-combatentes e veteranos pelos danos sofridos durante os conflitos, a partir de um movimento político capitaneados por esses próprios sujeitos (QUINTAIS, 2000); classificar alguns sofrimentos como legítimos – de soldados europeus/estadunidenses retornados – enquanto reduz e desclassificar outros (FASSIN; RECHTMANN, 2009). A esse fenômeno, Fassin e Rechtman (2009) chamam de moralidade do trauma.

Na África em descolonização, a psiquiatria colonial utilizava-se do termo *malingering*, entendido como alegar falsamente um transtorno para faltar o trabalho ou tarefa designada. Não curiosamente, as experiências de soldados africanos e não-europeus eram reduzidas a esse fenômeno, sem consideração do sofrimento e/ou possível tratamento (*Ibid.*, 2009).

Embora essas observações pareçam distantes da atualidade, já que abordamos práticas localizadas no século anterior, há correspondência com a situação contemporânea em países acometidos por conflitos armados e com extenso potencial de indivíduos “traumatizados”.

Franz Fanon, psiquiatra e filósofo político, é instrumentalizado por Gooze (2021) quando teorizou sobre as relações entre ambiente exterior e saúde mental de indivíduos em países colonizados. As reflexões de Fanon nos são úteis porque ao tratarmos da problemática dos refugiados, discutimos sujeitos em contextos instáveis – por razões políticas e, principalmente, por imperialismo e neocolonialismo – cujas condições mentais se justificam por relações de sujeição e de subordinação de uns povos em detrimento do poderio de outros.

Para o autor: “A estrutura neurótica do indivíduo origina-se, por um lado, do meio ambiente e, por outro lado, da maneira inteiramente pessoal como esse indivíduo reage a essas influências” (FANON, 1967, p. 62 *apud* GOOZE, 2021, p. 5). Assim, ignorar o contexto de violência, de subordinação, racismo e colonização ao qual estavam inseridos os indivíduos em questão é uma análise limitante e com resultados paliativos.

A reflexão principal de Fanon reside na violência colonial e sua extensão para além da saúde física, em que os colonizados também são mentalmente atingidos pelo sistema de dominação colonial. As razões para esse impacto são variadas, porque o colonizador destrói os referenciais do colonizado, destruindo suas formas sociais e deixando-o em um estado de “permanente tensão demonstrando padrões comportamentais de evitação e sentimentalismo exacerbado (FANON, 1963, p. 41 *apud* GOOZE, 2021, p. 6, tradução nossa). Segundo Mbembe (2012), a violência colonial viola domínios psíquicos e afetivos, alcançando as “áreas mais remotas da subjetividade” (MBEMBER, 2012, p. 12 *apud* GOOZE, 2020, p. 4). Com Fanon, aprende-se que a subjetividade é cultural e sócio-situacional determinada (WYNTER, 2001), que há uma ponte entre psiquiatria e política. Nos dias atuais, nota-se a ausência do componente social na análise do trauma, segundo Gooze (2021).

A negligência do social e do político permite a perpetuação de situações de exploração, manutenção de forças políticas perniciosas, reinvenção de formas novas de colonialismo, racismo e subordinação. Para Fanon, uma epistemológica eurocêntrica promove continuidade à lógica colonial que silencia as vozes de populações marginais e mascara os agentes da violência, que no contexto do autor, seria o Estado colonial (GOOZE, 2021).

Apropriando-nos das reflexões até então discutidas sobre colonialismo e saúde mental, em quê medida o mundo em descolonização do Fanon dos anos 1960 se difere do mundo conhecido pela massa de refugiados na contemporaneidade? Não seriam os conflitos na Síria, Afeganistão, Palestina, República Democrática do Congo, entre outros, o resultado da

colonização? Não seriam os impactos na saúde mental de refugiados parte da lógica explicada por Fanon e tantos outros?

Muito se tem estudado sobre a saúde mental desses sujeitos, adotando-se a seguinte premissa como consenso entre pesquisadores: “É consensual que os refugiados apresentam um elevado risco em termos de saúde mental após o seu acolhimento em consequência das experiências porque passaram.” (ANTUNES, 2017, p. 118). Esse grupo é submetido à violência em diversos momentos tanto em seus países de origem quanto durante o percurso migratório e no país de acolhimento, em ciclos viciosos de sofrimento e precariedade, diminuindo sua capacidade de enfrentamento à situações difíceis (VUILLARD *et al.*, 2019; ANDRÉ, 2019).

Alguns estudos conduzidos na França⁴, em uma associação francesa de suporte aos exilados, *Comité pour la santé des exilés*, Comède, apontam que os sintomas de trauma psicológico frequentes entre os refugiados se caracterizam por pesadelos, repetição e reavivamento das cenas de violência vividas, medo de viver situações que evoquem esses eventos e hipervigilância, assim como problemas de memória, concentração e de sono, dores e somatização de sintomas (VUILLARD *et al.*, 2019; ANDRÉ, 2019).

Na mesma pesquisa, notou-se que as perturbações psíquicas representam a maior parte dos diagnósticos de doenças entre os atendidos, somando 44% destes feitos pelo centro de saúde, Comède⁵, com alguns apresentando "intenso estresse psíquico, associados a depressões graves e ideação suicida" (COMÈDE, 2019, p. 36).

Estudos epidemiológicos conduzidos com amostragem numericamente significativa atestam o maior risco de refugiados acometidos por perturbações psiquiátricas do que a população nativa. Uma revisão sistemática de literatura conduzida por Portes, Kal e Eaton (1993), com alcance de 7000 refugiados pesquisados, apontou para prevalência de 10% de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) no grupo, apresentando até dez vezes mais chance de desenvolver o transtorno do que a população da mesma idade estadunidense, por exemplo (PORTES; KYLE; EATON, 1992). Em comparação aos imigrantes, uma categoria similar na qual se enquadram aqueles que migram por razões econômicas e/ou por sua própria vontade, os refugiados são um grupo vulnerabilizado em termos de saúde, como mostra uma

⁴ COMÈDE. Rapport d'observation et d'activité 2017. 2017. Disponível em: <<https://www.comede.org/wp-content/uploads/2017/12/Rapport-Comede-2017-brochure.pdf>>. Acesso em 17 fev. 2020; COMÈDE. Rapport d'observation et d'activité 2018. Disponível em: <<https://www.comede.org/rapport-dactivite/>>. Acesso em 13 fev. 2020;

COMÈDE. Rapport d'observation et d'activité 2019. Disponível em: <<https://www.comede.org/rapport-dactivite/>>. Acesso em 13 fev. 2020.

⁵ COMÈDE. Rapport d'observation et d'activité 2019. 2019. Disponível em: <<https://www.comede.org/rapport-dactivite/>>. Acesso em 13 fev. 2020.

revisão sistemática e meta-análise, publicada em 2017 (LINDERT *et al.*, 2009). O apanhado de 35 estudos englobando o total de 24,501 pessoas, indicou a taxa de prevalência de depressão de 20% em imigrantes trabalhadores, enquanto, em refugiados, a taxa correspondeu a 44%. Para ansiedade, os números foram, respectivamente, 21% em imigrantes trabalhadores e 40% de prevalência em refugiados.

Embora tenhamos explicitado as críticas ao modelo pretensamente universal de diagnóstico e patologização proposto por uma psiquiatria que serve, muitas vezes, a uma lógica colonial, os números e as nomenclaturas são úteis para o mínimo de uniformidade e “reconhecimento do trauma no domínio popular” (GOOZE, 2021). Por isso, faz sentido apresentar dados que comprovem a teoria, assim como a revisão sistemática a qual traz diversos índices, escalas numéricas e CIDs universalizados.

Para refletir sobre a saúde mental nestes sujeitos, são precisos dados quantitativos, entrevistas e resultados que comprovem a urgência do tema. Dessa forma, é necessário nos atermos a pesquisas quantitativas, a diagnósticos como ansiedade, depressão, TEPT, desde que a crítica ao modelo hegemônico não seja deixada de lado.

Até então, os números elencados trataram da população refugiada sem a distinção de gênero, o que é interessante para uma primeira aproximação, mas este trabalho pretende se aprofundar no fenômeno em mulheres refugiadas. Por isso, há especificidades quando lidamos com mulheres em refúgio porque suas dinâmicas de deslocamento, subjetividade, adaptação e integração diferem das dinâmicas de homens, assim como a sujeição e subordinação a opressões estruturais também se diferenciam. Este é o ponto-chave do trabalho, instrumentalizando e entendendo o gênero enquanto fator de risco para saúde mental de mulheres refugiadas.

Antes de nos debruçarmos sobre o gênero enquanto categoria de análise, de maneira ampla, continuemos na linha de raciocínio anterior, que diz respeito à política e ao contexto envolvidos na saúde mental de pessoas refugiadas, adentrando de maneira específica, a saúde mental de mulheres em refúgio.

Laura Brown escreve um artigo intitulado “Not Outside the Range: One Feminist Perspective on Psychic Trauma” (1991), em que apresenta o enfoque de gênero no entendimento do trauma e do TEPT. A autora critica o conceito de trauma estipulado pelo Diagnostic and Statistical Manual (DSM) III, no qual o TEPT é resultado de um evento traumático, “um evento que está fora do alcance da experiência humana” (DSM-III, 1987 *apud* BROWN, 1991).

A dependência de um evento externo para o diagnóstico do transtorno torna impossível dissociá-lo do contexto político e social, como já argumentamos anteriormente. Entretanto, ao

tomarmos consciência do marcador de gênero na vida das mulheres, Brown se pergunta: os eventos traumáticos para mulheres residem fora da experiência humana, como nos ensina o critério do DSM? Mulheres que são sexualmente abusadas, estupradas, violentadas de diversas formas, por companheiros ou desconhecidos, são mulheres que vivem experiências “fora do comum”?

Segundo ela, vemos exatamente o oposto: “essas experiências (traumáticas) não são incomuns, estatisticamente; elas estão bem dentro do “alcance da experiência humana”. (BROWN, 1991, p. 101). Brown argumenta que o conceito aceito como critério de diagnóstico do American Psychiatric Associations (APA) é masculinizado. Isso significa que o que se considera além da experiência humana, na verdade, está situado além da experiência masculina.

A recorrência, a usualidade, a banalização da violência de gênero e a “normalidade” com que se aceitam e difundem ações violentas com mulheres não diminuem seu potencial traumático. Pelo contrário, vê-se o quão falho se apresentou o conceito ao não prover um diagnóstico ligado aos efeitos da repetição da violência e vitimização interpessoais (BROWN, 1991). O excessivo foco em eventos únicos e catastróficos, como grandes guerras, acidentes de carro e desastres naturais serve a uma lógica também masculinizada, que exclui a possibilidade de a vítima ser estigmatizada ao relatar esses eventos (*Ibid.*).

Para mulheres, o trauma é analisado de maneira diferente, carregado de culpa. Ao experimentar o *trauma secreto*, são culpabilizadas quando relatam sofrer violência de desconhecidos ou parceiros íntimos. A análise do trauma carrega consigo uma moralidade, como já pontuaram Fassin e Rechtman (2009), e, neste caso, exacerba os valores patriarcais.

Argumenta-se, portanto, que a definição de saúde mental e sofrimento psíquico são estritos, limitantes e servem aos interesses dos atores dominantes – coloniais e europeus - (FANON, 1967; FANON, 1963; GOOZE, 2021; FASSIN; RECHTMANN, 2009) e também homens (BROWN, 1991). A crença no extraordinário como orientador do que é traumático invisibiliza a experiência de mulheres.

Entretanto, diferente do que foi pensado no sentido de a medicalização ignorar as razões da ocorrência do evento traumático, ao negligenciar o ator principal da violência colonial (FANON, 1967), Brown afirma que, para mulheres, os eventos também são julgados, e as culpadas são as vítimas. Embora, em casos de conflitos armados perpetrados por Estados imperialistas e/ou coloniais, como as guerras de descolonização ou os conflitos contemporâneos, os traumas sejam considerados, estudados e tratados, mulheres traumatizadas por violência por parceiros íntimos, violentadas nas ruas, são estigmatizadas.

Ao olharmos para mulheres em situação de refúgio, observamos sujeitos vitimizados por conflitos armados, deslocamentos forçados, precariedade de condições estruturais e políticas, que são, além de tudo, mulheres. A forma como o gênero opera ao subordinar mulheres a traumas cotidianos, que não estão “fora da experiência humana”, traz efeitos múltiplos que se combinam aos efeitos do refúgio de maneira ampla.

Essa percepção nos leva novamente à importância, já anteriormente tratada por Butler, dos enquadramentos do grupo em uma só categoria. O olhar feminista ao trauma é necessário, neste caso, justamente porque tratamos de situações específicas às vivências de mulheres refugiadas, sustentadas e retroalimentadas pelo patriarcado.

A partir da premissa fundamental de que se vive em uma sociedade demarcada pelo gênero, em que o sistema de dominação é masculino, as experiências de mulheres e homens divergem em razão da assimetria de poder entre eles e as consequentes posições e papéis sociais que lhes são atribuídos.

A fim de construir uma pesquisa com enfoque em gênero, é preciso dar um passo atrás e estabelecer uma clara definição do que o termo significa e por que adotamos esta terminologia. A historiadora Joan Scott (1995) comentou a recente mudança de terminologia nos estudos acadêmicos – antes, falávamos de “mulheres” e hoje falamos em “gênero”. Para a autora, essa transladação vem de uma necessidade de reconhecimento político do campo de pesquisa, de forma a afastá-lo dos movimentos sociais. Para melhor aceitação enquanto metodologia científica das ciências sociais e para a conquista de uma legitimidade acadêmica, há um esforço de desassociar gênero de um movimento “ameaçador”, como, frequentemente, são vistas as organizações feministas. Assim, substitui-se “mulheres” por um termo pretensamente neutro.

Não só Scott, como Roberta Castro e Florinda Riquer (2003) ressaltam a dificuldade de promover a agenda (dedicada ao estudo da violência contra as mulheres) no mundo acadêmico, marcada por um grande receio e obstáculos para legitimar-se (CASTRO; RIQUER, 2003). Lília Schraiber, Ana Flavia Oliveira, Marcia Couto e Wagner Figueiredo (2003) também apontam, no interior do cenário brasileiro, a mudança terminológica de “Violência contra mulheres” em 1970, para “violência de gênero”, em 1990. Não se mostra tarefa fácil, então, justificar a escolha do termo “gênero” para o andamento desta pesquisa.

O gênero, enquanto terminologia, introduz um caráter relacional ao seu entendimento, em que informações sobre mulheres dizem também respeito a informações sobre homens, em que ambos os sexos se determinam e são determinados um pelo outro. Gênero define “as relações sociais entre os sexos, rejeitando explicitamente explicações biológicas, indica construções culturais e origens *exclusivamente* sociais das identidades subjetivas de homens e

mulheres” (SCOTT, 1990, p. 75, grifo nosso.). Trata-se, portanto, de uma categoria social imposta sobre corpos sexuados (*Ibid.*). A autora defende, ainda, que a utilização do termo como uma categoria meramente descritiva, em que gênero é um conceito associado ao “estudo de coisas relativas às mulheres”, reduz as possibilidades de promover mudança à ordem estabelecida.

Assim, neste trabalho, gênero nos serve enquanto uma categoria analítica, como ela mesmo propõe, procurando pensar temas políticos e muito mais do que unicamente explicar fenômenos relacionados a mulheres. Escolhe-se falar em gênero por seu caráter relacional e social, no qual acreditamos que estão repousadas as razões para a opressão de um gênero sob o outro, a partir de atribuições sociais forçosamente impostas. Mais do que as razões para opressão, entende-se gênero como modo de atribuir significação às relações de poder, segundo Heleieth Saffioti e Suely Souza de Almeida (1995), e que muito nos é útil à pesquisa.

Reforçamos, então, que mulheres refugiadas, nosso objeto de estudo, ainda seguem a lógica de desafio às estruturas de organização ocidental dos Estados, com o adendo de estarem sujeitas às formas de dominação comuns ao patriarcado, que se exacerbam e as vulnerabilizam ainda mais. Enquanto sujeitos sem a lente de gênero, desafiam a norma, mas enquanto mulheres, mostram-se sujeitas a ela.

Assim como não se podem analisar os indivíduos sem atravessamento de gênero, porque seria uma análise limitante – pensar em um refugiado enquanto categoria única, algo que já argumentamos que deve ser rebatido – não se pode pensar as mulheres em questão sem o atravessamento de raça e também classe⁶. Entretanto, ao nos depararmos com o início da seção, retomamos a pergunta: de qual país essas mulheres vêm? Quem são os sujeitos em situação de refúgio no número contemporâneo? Os dados trazidos pela ACNUR, há poucas páginas, reforçam uma teoria importante: a interseccionalidade.

Kimberlee Crenshaw (1989) cunhou o termo interseccionalidade, que vem sendo amplamente utilizado para tentar dar conta da complexidade que atravessam os sujeitos no mundo atual. Isso porque não falamos de mulheres sem raça ou sem classe, nem de sujeitos cujo único atravessamento possível seja o gênero. Todos nós, embora pareça óbvio, temos

⁶ A complexidade de abarcar as principais interseccionalidades de que se fala no debate contemporâneo (gênero, raça e classe) não consegue ser alcançada neste trabalho. Como mulheres refugiadas apresentam classes que variam conforme o contexto das quais provém, optou-se por focar nos marcadores de gênero e raça, por estarem um pouco mais próximos da “universalidade”. Entende-se, com a análise dos estudos, que a maior parte das refugiadas provém de determinados países e fazem parte do grupo de mulheres racializadas, e analisar a classe de maneira ampla iria requerer um esforço que o tempo de elaboração não permitiria.

carregamos intersecções que extrapolam o gênero e nos conduzem a marcadores sociais como os de raça e classe.

Desde que Crenshaw se debruçou sobre o conceito de interseccionalidade, muito tem se falado sobre a necessidade de olhar os sujeitos enquanto resultados de diversas categorias que condicionam suas vivências. Embora saibamos que raça e gênero são categorias socialmente construídas, essa noção não as torna menos relevantes, segundo a autora. Pelo contrário, a categorização obedece à uma hierarquia e é um “grande e contínuo projeto para pessoas subordinadas” (CRENSHAW, 1991, p. 1296), em que a real problemática não reside na existência da categorização dos sujeitos, mas, sim, do valor atrelado a certas categorias em detrimento de outras. Em outras palavras, a forma como marcadores de raça, gênero, e, aqui, podemos incluir classe e orientação sexual, privilegiam uns e subordinam outros (*Ibid.*).

Isso porque indivíduos são atravessados por múltiplas intersecções que se sobrepõem, diminuindo ou aumentando acessos a bens, prejudicando ou beneficiando certas vidas em detrimento de outras (*Ibid.*). Dessa forma, sujeitos têm especificidades que os situam em lugar de menor ou maior violência, no caso de mulheres racializadas, usufruindo de uma melhor ou pior posição na organização da sociedade.

Especificamente, lidando com mulheres racializadas, a autora aponta para dois fenômenos que as excluem ao se pensar políticas de assistência contra estas. De acordo com Crenshaw, o grupo que domina os debates sobre raça são homens e os grupos que dominam o debate sobre gênero são mulheres brancas. Em suma, quando se fala em racismo, fala-se de homens negros, e quando se fala em feminismo, o foco é dado a mulheres brancas: “Mulheres negras podem estar entre ou dentro de ambas [categorias]” (CRENSHAW, 1991, p. 1279), referindo-se às categorias gênero e raça.

Para a autora, múltiplas subordinações interseccionais trazem questões específicas para mulheres racializadas no âmbito da violência contra as mulheres no ambiente doméstico, por exemplo. Segundo a autora, mulheres imigrantes, racializadas, participantes de comunidades étnicas, normalmente violentadas em espaço público, hesitam em denunciar seus parceiros porque a casa é entendida como um lugar seguro. Isso porque existe uma ética comunitária entre comunidades racializadas que repudia a intervenção pública, uma vez que são sujeitos repetidamente agredidos fora de suas casas.

No caso de mulheres refugiadas, esse raciocínio nos é muito útil. Enquanto sujeitos que transitam entre a lei e a prática (FASSIN, 2018), refugiados encontram, no âmbito privado, a segurança que lhes é negada no domínio público. A ascensão de medidas restritivas de imigração, criminalizam solicitantes de refúgio e refugiados, tornando-os passíveis de

intervenções violentas nas ruas, por agentes do Estado, força policial e até mesmo, por cidadãos do país de destino. Assim, o espaço público não lhes é seguro, o que dificulta a decisão de também expor o espaço privado a agentes externos, algo que aconteceria no caso de uma denúncia de violência contra mulher.

A autora também se debruça sobre as especificidades de mulheres imigrantes, as quais encontram poucas redes de assistência para denunciar seus próprios agressores, ou dependem deles para obtenção de um estatuto jurídico ou informações sobre suas próprias legalidades (CRENSHAW, 1991). Segundo a autora:

Esse problema é ilustrado pela falta de acessibilidade de serviços de violência doméstica para muitas mulheres que não falam inglês. Em uma carta (...) detalhou-se o caso de uma mulher latina em crise a quem foi negada acomodação em um abrigo porque não conseguia provar que tinha proficiência em inglês. A mulher tinha fugido de casa com seu filho adolescente, acreditando que as ameaças do marido matariam os dois. (..) Depois de muitas chamadas, o abrigo finalmente concordou em aceitar a mulher. (..) Apesar da necessidade urgente, ela não pôde receber a proteção concedida a mulheres falantes de inglês, devido ao rígido comprometimento do abrigo com políticas excludentes. (CRENSHAW, 1991, p. 1263).

Nesse sentido, nota-se a expansão da opressão de gênero e de raça para além das fronteiras, algo com impacto palpável na vida destas mulheres. Adriana Piscitelli (2008), também na mesma linha, aponta que as interseccionalidades emergiram no debate internacional nos anos 1990 em um momento, em que a fixidez do entendimento sobre “gênero”, enquanto conceito ligado ao biológico, imutável e analisado a partir de uma perspectiva ocidentalizada de observar o mundo, já não encontrava mais respaldo na realidade (PISCITELLI, 2008).

Patricia Pessar e Erica Mahler em "Gender Matters" argumentam pela centralização do gênero nos estudos migratórios, uma vez que a categoria tem ampla influência nos Estados-nação, fronteiras e instituições internacionais (PESSAR; MAHLER, 2006). As autoras evidenciam as formas como a socialização e atribuição de papéis de gênero influenciam políticas nacionais de migração, processos de pedido de refúgio e o direito internacional. Segundo as autoras:

noções baseadas em gênero da esfera masculinizada 'pública' e da esfera feminilizada 'privada' também servem para impedir países e organizações internacionais de defender os direitos humanos dessas mulheres contra abusos rotineiramente experimentados nos espaços mais 'íntimos' de famílias e comunidades étnicas. (PESSAR; MAHLER, 2006, p. 40, tradução nossa)

As autoras refletem se há reprodução de ideologias e normas de gênero já cristalizadas ao cruzarem as fronteiras ou se a transnacionalização de espaços permite a manifestação de outras formas de entender o gênero e suas vivências. Em suma, perguntam: "a migração

internacional e outras atividades transfronteiriças que aproximam pessoas em novos contextos de gênero modificam as relações de gênero? (...) Se sim, em que direção?" (PESSAR; MAHLER, 2006, p. 42).

Ethiel Kosminksy (2007) defende uma etnografia feminista das migrações internacionais e traz sua própria definição de gênero como "uma invenção humana que organiza o nosso comportamento e pensamento, não como um conjunto de estruturas estáticas ou papéis, mas como um processo contínuo" (p. 801). Curiosamente, não há nada que possa ser mais contínuo e menos estático do que o deslocamento de pessoas, assim como nos parece que não há nada que possa ser mais fluido e adaptável, como bem designou Kominsky, do que essa invenção humana que é o gênero. Juntos, normas de gênero e deslocamento, têm vitimizado duplamente as mulheres em movimento ao redor do mundo.

Assim, voltando à pergunta de Pessar e Malher, há fortes indícios de que os fluxos de pessoas tendem a transbordar e reforçar normas e padrões consolidados de gênero, uma vez que as mulheres não só continuam como experimentam novas formas de vulnerabilidade e violência. O gênero, portanto, não parece estar ligado a um ou outro país, mas, sim, a uma categorização *geograficamente* adaptável, maleável e que continua a vulnerabilizar a vivência de mulheres, no espaço privado e público, sem respeitar fronteiras e territórios nacionais.

O estabelecimento das atribuições sociais relativas a cada sujeito, a partir do gênero, e o funcionamento desta máquina eficaz de expressão de poder, muito bem instrumentalizada e ordenada pelo patriarcado, traz, conseqüentemente, o fenômeno que se conhece como violência de gênero. Schraiber, Couto e Oliveira, pontuam a violência em sua visão ampla:

Como acontecimento sociocultural, violência é definida por atos que constituem violação de direitos, da perspectiva legal e também ética. Mas violência também é definida como uso instrumental de poder, situação em que o sujeito detentor de maior poder se vale daqueles atos para reiterar ou ampliar seu poder, o que não lhe dá legítima autoridade senão um poder coercitivamente instaurado (SCHRAIBER; COUTO; OLIVEIRA, 2009).

Considerando tanto violência quanto gênero como fundamentalmente socioculturais, e nos apropriando do segundo extrato de definição das autoras, trata-se de uma maneira de expressar um poder que claramente não é legítimo, mas instaurado pela força. Assim, violência de gênero nada mais é do que um ato masculino (e masculino porque são os homens que ocupam o papel de opressão) para aculturação e de "prática educativa" das mulheres "nos referentes do mais antigo e maior poder do masculino, que é o patriarcado"⁷ (SCHRAIBER *et al.*, 2009, p.

⁷ Outra definição de patriarcado interessante é: "um fenômeno de caráter estrutural, constitutivo e constituinte da ordem e da reprodução das sociedades" (CASTRO; RIQUER, 2003, p. 136).

1023) Indo um pouco mais além, é a conversão da dita “agressividade masculina” em agressão contra as mulheres (SAFFIOTTI; ALMEIDA, 1995, p. 15).

Assim, patriarcado e violência de gênero se retroalimentam, o primeiro determinando e tentando justificar, a todo custo, a ocorrência da segunda e a segunda como “expressão mais brutal do fenômeno [o patriarcado]” (CASTRO; RIQUER, 2003, p. 138). São estas razões, ditando os “valores culturais e tradicionais”, que tornam difícil o rompimento dos ciclos de violência e que permitem a perpetuação da lógica desigual entre homens e mulheres.

É evidente que instrumentalizar apenas a categoria gênero é limitante ao entendimento das violências infligidas sobre a vida de mulheres. Para Saffioti e Almeida (1995), “não só a identidade de gênero existe sobre um sujeito, mas a de classe a identidade étnico-racial, convivendo em maior ou menor harmonia” (1995, p. 9). Por isso, nos apropriamos de Crenshaw no entendimento das interseccionalidades. Essas outras identidades contribuem para situações de violência ou apresentam-se como fatores protetivos a certos sujeitos.

Saffiotti e Almeida resumem muito bem a extensão e aderência da violência de gênero:

o fenômeno desconhece qualquer fronteira: de classes sociais, *de tipos de cultura*, de grau de desenvolvimento econômico, podendo ocorrer em qualquer lugar – no espaço público como no privado – e ser praticado em qualquer etapa da vida das mulheres e por parte de estranhos ou parentes/conhecidos, especialmente destes últimos. (1995, p. 8, grifo nosso)

Um conceito padrão e internacional para violência de gênero foi delimitado pelas Nações Unidas e é bastante útil para estudar a perspectiva da violência no cenário internacional, em que transitam as mulheres refugiadas. Segundo o Comitê Interagencial das Nações Unidas para Intervenções em Violência de Gênero, *gender-based violence* é: “um termo guarda-chuva para qualquer ato nocivo feito contra a vontade do indivíduo que é embasado nas diferenças socialmente atribuídas a homens e mulheres” (IASC, 2015, p. 5).

Afunilando ainda mais a lente para caminhar ao objeto de estudo, há estatísticas notáveis que ressaltam a correlação entre o gênero, suas derivadas e múltiplas possibilidades de violência imputada, e mulheres refugiadas, além do adoecimento mental dessas mulheres.

É sabido que estes sujeitos apresentam maior índice de violência durante os três momentos do exílio: em seus países de origem, durante o percurso e na chegada no país de destino⁸. Na França, por exemplo, a violência não cessou na chegada: quase 20% dos casos em

⁸ COMÈDE. Rapport d'observation et d'activité 2017. 2017. Disponível em: <<https://www.comede.org/wp-content/uploads/2017/12/Rapport-Comede-2017-brochure.pdf>>. Acesso em 17 fev. 2020.

que foram reportados estupros em mulheres migrantes aconteceram em território francês⁹. Em um ciclo de violência e precariedade, aquelas com passado marcado por violência de gênero e tortura tendem a permanecer em isolamento social e relacional, assim como condições precárias de alojamento e higiene¹⁰.

É evidente que mulheres e homens experimentam e assimilam o *êxodo* (AGIER, 2006) de maneira diferente, em razão das estruturas sociais em que estão inseridos, nas quais "mulheres e meninas são mais comumente alvos de violência de gênero, especialmente estupro, ou de serem suspeitas de cruzar fronteiras por razões de prostituição que homens" (MAHLER; PESSAR, 2006, p. 39).

Assim, deve-se considerar violência, não só a perpetrada por parceiros íntimos, denominada como *Intimate Partner Violence (IPV)* ou *Intimate Partner Abuse (IPA)*, mas também aquela sofrida em espaços públicos, a violência institucional e/ou cometida pelo Estado. Isso porque mulheres têm vulnerabilidade aumentada em casos de conflito armado uma vez que há prevalência de violência sexual generalizada, sob diferentes roupagens: estupro, abuso sexual, gravidez forçada, estupro coletivo, tortura sexual, psicológica e estupro enquanto arma de guerra (WARD; MARSH, 2006). Casos elucidativos como da Bósnia Herzegovina e os atos de sérvios contra mulheres muçulmanas ilustram, segundo Saffiotti e Almeida (1995) que: "O estupro em série, visando à reprodução forçada de seres humanos etnicamente híbridos, demonstra a todos os povos do planeta que a violação sexual de mulheres foi, e ainda é, utilizada como estratégia de guerra" (SAFFIOTTI; ALMEIDA, 1995, p. 3).

Outros casos de violência sexual, em contextos armados ou de deslocamentos podem ser: oficiais de Exército ou das Nações Unidas, líderes locais e guardas que subjagam e sujeitam às mulheres ao estupro, escravidão e à prostituição forçada em troca de comida, água ou passagem, além de outros refugiados com quem dividem a jornada e seus próprios companheiros (FREEDMANN, 2016).

Mulheres sujeitas a situações como as descritas, em que há alta incidência de violência, lidam com os efeitos de suas experiências por um longo período de tempo. Podem resultar da violência generalizada durante conflito: gravidez e doenças sexualmente transmissíveis, ferimentos físicos - que decorrem diretamente do conflito armado, assim como de tortura e

⁹ COMÈDE. Rapport d'observation et d'activité 2019. 2019. Disponível em: <<https://www.comede.org/rapport-dactivite/>>. Acesso em 13 fev. 2020

¹⁰ Os dados apontam que 76% daquelas nessas condições foram submetidas à violência, 22% a torturas e 23% a violência de gênero. Fonte: COMÈDE. Rapport d'observation et d'activité 2017. 2017. Disponível em: <<https://www.comede.org/wp-content/uploads/2017/12/Rapport-Comede-2017-brochure.pdf>>. Acesso em 17 fev. 2020.

mutilação genital -, estigmatização, abandono, pobreza e, por fim, trauma e sintomas de saúde mental associados à depressão, a ansiedade, a problemas para dormir e à psicose. (WARD; MARSH, 2006).

Como mitigar as consequências adversas das migrações forçadas? Trata-se de mulheres expostas a diversas formas de violência: perdas subjetivas e materiais, enfrentamento de rotas ilegais ou perigosas, chegada a países desconhecidos, estigma e discriminação, sujeitas à violência em casa ou na rua. Para a saúde pública, não há mais espaço para ignorar a violência de gênero. São grandes os desafios para os serviços de saúde e profissionais responder às especificidades destas mulheres, oriundas de diferentes contextos culturais e origens (MURRAY *et al.*, 2010 *apud* ANTUNES, 2017).

Nota-se a extensão do gênero – falando geograficamente, subjetivamente, societalmente, tangivelmente – enquanto determinante de dominação-exploração (SAFFIOTTI; ALMEIDA, 1995) e, conseqüentemente, de violência em mulheres em refúgio no cenário internacional, entendendo os efeitos duradouros que este traz à saúde mental e, assim, ao bem-estar desses sujeitos.

As formas para mitigar esses efeitos nas vidas de mulheres refugiadas também têm sido estudadas, a fim de evitar um raciocínio de que “tudo está perdido”. Os debates sobre “apoio social” são essenciais para a pesquisa em saúde mental. A adaptação e o restabelecimento em outros territórios são marcados por uma variável de fatores constantemente relatados, em estudos com refugiados, como as dificuldades linguísticas, estigma e discriminação contra práticas culturais e religiosas específicas (STEWART, 2014).

O apoio social, entre múltiplas definições, pode ser entendido, segundo Stewart (2014), como as interações entre amigos, colegas, família e profissionais que prestam informação, afirmação, ajuda prática e entendimento; e enquanto um recurso positivo para lidar com situações estressantes, momentos críticos e problemas diários (DODGE, 2012). Em suma, trata-se de uma gama de atividades que beneficiam indivíduos em situação de alta vulnerabilidade e estresse, unindo estratégias informais - religião e crenças, laços familiares, de amizade e intracomunitários, assim como entre indivíduos que vivenciaram experiências semelhantes - e por oficiais - dispositivos de cuidado oferecidos pelo poder público ou outras organizações por meio da assistência social e profissional de diversas áreas (STEWART, 2014; SIMICH; BEISER; MAWANI, 2003).

Pesquisas conduzidas com a participação de refugiados¹¹ têm se empenhado em descobrir a percepção dos pesquisados sobre o apoio social que recebem, assim como suas formas e suas fontes de preferência para serem assistidos. O conceito é estudado por ser “um fator-chave para o bem-estar psicológico de refugiados” (DODGE, 2012, p. 1), uma vez que por serem grupos que experienciaram situações de guerra, tortura, pobreza e variadas formas de opressão (*Ibid.*), o apoio social emerge como maneira de mitigar os efeitos das experiências negativas do refúgio na vida desses deslocados.

Como resultados do apoio social, podemos citar a redução da sensação de isolamento e solidão (BHUGRA *et al.*, 2011a; ELLIS; NIXON; WILLIAMSON, 2009; MCMICHEL; MANDERSON, 2004; NEUNER *et al.*, 2004; STEWART *et al.*, 2010a, 2010b *apud* STEWART 2014, p. 91), além de aumentar o sentimento de pertencimento e satisfação com a vida, mediando o estresse decorrente da discriminação (BROOKER; EAKIN 2001; DIN-DZIETHAM *et al.* 2004).

Dividido na literatura entre três aspectos, a ajuda informacional, prática e emocional (HOUSE, 1981 *apud* SIMICH; BEISER; MAWANI, 2003), as autoras Simich, Beiser e Mawani trazem uma outra faceta para o apoio social, a que diz respeito à troca de experiências e informações entre indivíduos que passaram por situações semelhantes.

O apoio social informacional resulta numa maior compreensão e entendimento dos recém-chegados sobre os trâmites do país, como funcionam os serviços de assistência social, de saúde, moradia, emprego. Há casos de imigrantes haitianos que chegam ao Brasil e não acessam ao Sistema Único de Saúde por não estarem informados de sua gratuidade e universalidade, habituados aos serviços de saúde em seu país de origem em que a "maior parte [deles] é privada, (...). Por esse motivo, a frequência não é uma prática comum entre os haitianos, que procuram as unidades apenas em situações que consideram graves" (SANTOS, 2016, p. 489).

No que tange à ajuda instrumental ou ajuda prática como apoio social, a provisão de "centros de recepção para refugiados que auxiliam (...) na inscrição em planos de saúde, na abertura de contas em bancos, na entrada em cursos de línguas e na busca por moradia" (SIMICH; BEISER; MAWANI, 2003, p. 881). Estas são atividades usualmente atribuídas ao governo e organizações filantrópicas.

¹¹ Stewart *et al.*, 2010; Smyth; Stewart; Da Lomba, 2010; Anderson *et al.*, 2010; Stewart *et al.*, 2008a, 2008b; Markwarimba *et al.*, 2013; Stewart *et al.*, 2012; Stewart *et al.*, 2011.

Por fim, a ajuda emocional e a troca de experiências andam juntas quando falamos da recepção e adaptação de refugiados. São fontes alternativas aos meios oficiais de apoio social, obtidas por meio de relações entre amigos, família, cônjuges e parceiros/parceiras, pessoas da mesma nacionalidade ou etnia que se aconselham, apontam caminhos e dividem vivências. Essa perspectiva interacional trazida por Simich, Beiser e Mawani (2003) centraliza as conexões e semelhantes como expressão de familiaridade e compreensão.

Em estudos que relacionam saúde mental de mulheres refugiadas e apoio social, resultados apontam para a associação entre baixo apoio social e risco de sintomas mais depressivos (STEWART, 2008).

Dialogando com as discussões sobre “apoio social”, residem os estudos e o conceito resiliência. O livro “Resiliencia em mujeres victimas del desplazamiento forzado” de Leider Utria e colegas (2015), a partir do estudo de caso com mulheres colombianas deslocadas forçosamente, conceitua resiliência, segundo a perspectiva psicossocial, como “capacidade de uma pessoa em se recuperar de adversidades e se projetar no futuro, apesar de acontecimentos desestabilizadores da vida” (UTRIA *et al.*, 2015, p. 36). Os autores trazem correntes de pensamento sobre resiliência, entre elas, a francesa, em que o termo se relaciona não só à superação, como ao aprendizado e melhoria depois de uma experiência adversa; enquanto, para os estadunidenses, o termo se liga ao retorno homeostático do sujeito, ao enfrentamento que auxilia que o indivíduo se mantenha intacto, sem que necessariamente haja ganhos a partir da situação (UTRIA *et al.*, 2015).

A resiliência, segundo Vanistadael, tem cinco dimensões: a existência de redes sociais informais, o sentido da vida e transcendência, autoestima positiva, presença de atitudes e destrezas e, por fim, senso de humor (VANISTADAEL, 1997 *apud* UTRIA *et al.*, 2015). Da parte de quem assiste aos sujeitos, trata-se de reconhecer autonomia, promover desenvolvimento e “desvitimizar” a vítima, a partir de esforços contínuos. Sua construção reside no fato de que resiliência nunca é “absoluta nem terminantemente estável” (MUNIST *et al.*, 1998 *apud* UTRIA *et al.*, 2015), não é inata e nem unicamente determinada pelo ambiente, ou seja, a resiliência é algo que se constrói e que se sustenta na interação entre esses dois fatores (indivíduo e entorno).

Em suma, responder a situações marcadas por perdas materiais, perdas de pessoas afetivamente representativas, perda de autoestima e compromisso com a própria identidade, requer mecanismos de adaptação e recuperação (UTRIA *et al.*, 2015, p. 15). Estes mecanismos, como vimos, podem se dar a partir do apoio social e suas diversas facetas, como por meio da construção de resiliência.

Após os debates teóricos acerca de uma ampla gama de tópicos: o ultrapassado modelo de Estado-nação e soberania, a figura do refugiado na contemporaneidade, as formas de vida, políticas de vida, enquadramentos, racismo, hospitalidade, sofrimento psíquico, saúde mental e biomedicalização, trauma e patriarcado, gênero, violência de gênero, gênero e migrações e maneiras de enfrentamento, seguimos para a metodologia e resultados encontrados no campo da pesquisa – a revisão integrativa de literatura.

5 METODOLOGIA

Após as discussões apresentadas no capítulo anterior, espera-se que as relações entre violências, fatores estressores comuns ao refúgio, mulheres imigrantes e saúde mental estejam claras ao leitor, e que se tenha discorrido criticamente sobre as produções no tema. Nesse segundo momento, apresentamos a seção do trabalho sobre a revisão integrativa conduzida, os principais resultados e discussões críticas acerca dos achados. Espera-se que o marco teórico consiga elucidar os dados obtidos nos resultados das pesquisas, fundamentando e analisando os fenômenos encontrados, de forma a responder aos objetivos desta dissertação.

A metodologia inicial foi pensada durante o ano de 2019, em um contexto diferente do atual. O trabalho seria feito em campo, em proximidade com o sujeito das pesquisas, a priori, mulheres refugiadas colombianas. A escolha por esse recorte se deu diante da magnitude do conflito armado na Colômbia, a longa permanência destes sujeitos em território brasileiro – uma permanência maior do que em relação a mulheres venezuelanas que chegaram há poucos anos – e a possibilidade de formular proposições à saúde pública do país no que diz respeito a novos fluxos de mulheres.

Entretanto, a pandemia do coronavírus interrompeu planos que estavam muito próximos de se concretizar. Junto ao grupo de estudos da Fiocruz, havíamos concordado em uma parceria com a principal instituição de acolhimento e assistência a pessoas refugiadas no Rio de Janeiro, Cáritas Arquidiocesana¹².

O trabalho seria conduzido a partir de entrevistas qualitativas semiestruturadas e participação nas rodas de conversas com mulheres refugiadas, as quais já existiam na instituição. Com a chegada do coronavírus, essa porta nos foi fechada. As atividades presenciais foram interrompidas, então, foi preciso reformular o trabalho que estava planejado. Descartamos a tentativa de entrevistar os sujeitos da maneira *online*, por questões de inclusão digital e vulnerabilidade das informações compartilhadas.

Para cumprir os objetivos designados e entender como violência, refúgio, gênero e saúde mental se interseccionam, optamos pela análise crítica da literatura, a partir de uma revisão integrativa.

Em um primeiro momento, realizamos uma busca bibliográfica em abril de 2020 para realizar um artigo científico. O que tinha sido pensado para a sua elaboração expandiu-se para a execução da dissertação. Concluímos que o caminho viável seria a realização de outra busca,

¹² Ver: <<http://www.caritas-rj.org.br/>>. Acesso em: 07 nov. 2019.

com critérios similares, a fim de aprofundar e expandir nosso rol de resultados e, assim, obtermos material suficiente para a escrita de uma dissertação.

Optou-se por realizar uma revisão sistemática integrativa. Este tipo de revisão é de extrema importância para a área da saúde, uma vez que inclui estudos experimentais e não-experimentais (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010) e permite uma visão ampliada do tema. A fim de decidir nossos descritores e aplicá-los à busca, a pergunta norteadora foi: quais as implicações das violências experimentadas durante o refúgio para saúde mental de mulheres refugiadas?

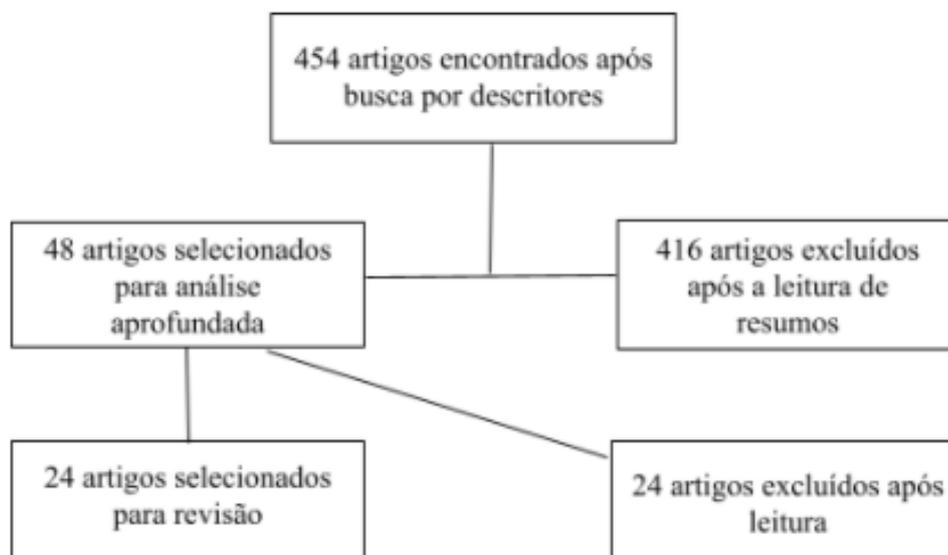
A partir daí, nos debruçamos sobre a parte operacional da busca por artigos científicos. Os termos "Violência de gênero", "Violência baseada em gênero", "Feminicídio", "Violência doméstica", "Violência contra a mulher", "Crimes contra a Mulher", "Violência Doméstica e Sexual contra a Mulher", "Violência sexual", "Saúde mental", "Refugiados", "Refugiada", "Mulheres refugiadas", "Direito a buscar asilo", "Direito ao asilo", "Direito de asilo" foram buscados, em inglês e português, nas bases de dados da Scielo, Portal BVS, Pubmed, Scopus, Web of, Sociological Abstracts, Psycinfo, em abril de 2020 em janeiro de 2021, sem recorte temporal de publicação. Em suma, apropriamo-nos de terminologias em inglês e português, que interseccionam refúgio, gênero, saúde mental e violência.

Diante do grande número de achados recuperados a partir de duas buscas, aplicamos os critérios de inclusão e exclusão. Os critérios de inclusão adotados foram: estudos qualitativos e/ou quantitativos sobre saúde mental de mulheres refugiadas vitimizadas por VPI; estudos qualitativos e/ou quantitativos sobre saúde mental de mulheres refugiadas vitimizadas por violência decorrente de conflito armado/ violência externa; estudos qualitativos e/ou quantitativos sobre saúde mental de mulheres refugiadas em situação de violações estruturais, como vulnerabilidade econômica e social.

Os critérios de exclusão adotados para a seleção dos textos interessantes à análise foram: artigos sem a perspectiva de gênero ao tratar do tema da saúde mental em pessoas refugiadas; artigos que versam sobre a saúde mental de crianças e adolescentes refugiados e deslocados; artigos sobre saúde mental na população local afetada por conflitos sem o deslocamento entre fronteiras; outros artigos com temas não correlatos ao refúgio, saúde mental e gênero.

Após a filtragem dos materiais em duas fases, foram realizadas as leituras dos resumos e dos artigos completos. Em suma, foi adotada a análise de conteúdo dos artigos completos enquanto metodologia. Reunindo as duas buscas em um só organograma, obtivemos o seguinte caminho:

Figura 1: Processo de seleção dos artigos para revisão integrativa.



Entre os artigos encontrados nas duas buscas, vinte e quatro estão de acordo com a proposta da revisão. Quanto à metodologia dos estudos, dezenove foram conduzidos diretamente com os sujeitos, isto é, apropriaram-se de técnicas de pesquisa quantitativas (aplicação de questionários) e/ou qualitativas (entrevistas), quatro tinham caráter de revisão de literatura e um era um relatório.

Quanto às localidades escolhidas para a pesquisa de campo, entre os artigos que se utilizaram desta metodologia, o continente africano foi lugar para oito pesquisas, americano para seis, cinco pesquisas tiveram lugar no continente asiático e uma foi conduzida em território europeu.

Na classificação por país, dois foram feitos em Uganda (MOROF *et al.*, 2014; AINAMANI *et al.*, 2020), outros quatro nos Estados Unidos (LEVER *et al.*, 2019; KIRA *et al.*, 2010; SMIGELSKYA *et al.*, 2017; NILSSON *et al.*, 2008), um na Malásia (WELTON-MITCHELL *et al.*, 2019), um no México (WARNER, 2007), um na Austrália (HALDANE; NICKERSON, 2016) dois em Ruanda (SIPSMA *et al.*, 2015; WAKO *et al.*, 2015), duas pesquisas foram realizadas no Quênia (HOSSAIN *et al.*, 2020; HUSSAIN *et al.*, 2021), um no Líbano (STEVENSON *et al.*, 2019), um no Canadá (YOHANIA; OKEKE-IHEJIRIKAB; 2018), um foi desenvolvido na Coreia do Sul (KIM *et al.*, 2017), dois na Tailândia (FALB *et al.*, 2013a; FALB *et al.*, 2013b) e um no Reino Unido (SHERWOOD; KALIFANI, 2012).

Quanto às especificações dos campos e métodos, ambos serão tratados quando abordamos os estudos de maneira individual.

Tabela de estudos incluídos a partir da revisão integrativa

Título do Artigo	Autores	Filiação dos autores	Objetivo	Tipo de Estudo	Metodologia	Público Participante do Estudo
A cross-sectional survey on gender-based violence and mental health among female urban refugees and asylum seekers in Kampala, Uganda	Diane F. Morof a, *, Samira Sami b , Maria Mangeni c , Curtis Blanton b , Barbara Lopes Cardozo b , Barbara Tomczyk	Centers for Disease Control and Prevention - EUA; Centers for Disease Control and Prevention - EUA; United Nations High Commissioner for Refugees - Uganda; Centers for Disease Control and Prevention - EUA; Centers for Disease Control and Prevention - EUA; Centers for Disease Control and Prevention - EUA	Investigar as consequências de Violência de Gênero para saúde mental de mulheres, a fim de determinar o impacto completo do fenômeno e estabelecer planos de intervenção.	Quantitativo.	Aplicação da escala Hopkins Symptom Checklist-25 for depression symptoms + características demográficas.	500 mulheres refugiadas e solicitantes de asilo com idade de 15-59 anos. Menores puderam participar, desde que fossem emancipadas ou falassem Somali. Das 500 entrevistadas, apenas 117 foram entrevistadas qualificadas como completas. (Baixa taxa de resposta).
Depression, Anxiety, Post-traumatic Stress Disorder and a History of Pervasive Gender-Based Violence Among Women Asylum	Hazel Lever 1, Deborah Ottenheimer 1, Jimmitti Teysir 1, Elizabeth Singer 1, Holly G Atkinson 2 3	Icahn School of Medicine at Mount Sinai - EUA; Icahn School of Medicine at Mount Sinai - EUA; Icahn School of Medicine at Mount Sinai - EUA; Icahn School of Medicine at	Elucidar os efeitos adversos da Mutilação Genital Feminina para além de consequências físicas, avaliando a frequência de ansiedade, depressão, TEPT e todas	Quantitativo.	Aplicação de instrumentos : (i) Exame médico e ginecológico ; (3) Hopkins Symptoms Checklist-25 (HSCL-25); (iii) Harvard Trauma Questionnaire	Mulheres maiores de 18 anos, aplicando para asilos nos EUA sob a justificativa de mutilação genital.

Seekers Who Have Undergone Female Genital Mutilation/Cutting: A Retrospective Case Review		Mount Sinai - EUA; City University of New York School of Medicine - EUA/ Icahn School of Medicine	as experiências de violência em mulheres que experimentaram mutilação genital feminina, circuncisão feminina (MGF).		e Revised-Part IV (HTQR-IV), nos casos em que fora administrado .	
Gender differences in response to war related trauma and posttraumatic stress disorder – a study among the Congolese refugees in Uganda	Herbert E. Ainamani ¹ , Thomas Elbert, David Kani Olema and Tobias Hecker.	Kabale University School of Medicine - Uganda/ Bishop Stuart University-Uganda/Mbarara University of Science and Technology - Uganda; University of Konstanz - Alemanha; Busitema - Uganda; Bielefeld University - Alemanha	Investigar como a categoria gênero e suas experiências a ela atreladas, atravessam e afetam diferentemente mulheres e homens no contexto do refúgio.	Quantitativo.	Técnica de bola de neve para recrutamento; Aplicação de instrumentos : (i) checklist of 25 war-related traumatic-event types; (ii) PTSD Symptom Scale– Interview (PSS-I); (iii) amostra dividida em subgrupos quanto à potencialidade de eventos traumáticos relacionados à guerra: muito baixo (0-4), baixo (5-8), moderado (9-12), alto (13-16), muito alto (17-20), extremamente alto (21-24).	325 (n = 143 homens, n = 182 mulheres). Apenas refugiadas congoleesas que chegaram depois de 2012, e estiveram pelo menos um mês antes do dia da entrevista.
The Effects of Gender Discrimination on Refugee Torture Survivors:	Ibrahim A. Kira, Iris Smith, Linda Lewandowski, and Thomas Templin	Center for Torture and Trauma Survivors - EUA; Emory University - EUA; Wayne	Investigar as consequências da discriminação de gênero no aparecimento de Transtorno	Quantitativo.	Aplicação de instrumentos : (i) Clinician-Administered PTSD	160 mulheres, 12-72 anos em 32 países —53 sobrevive

A Cross-Cultural Traumatology Perspective	State University - EUA; Wayne State University - EUA	Cumulativo de Trauma ou TEPT em mulheres refugiadas.	Scale (CAPS-2): desenvolvida por Blake et al. (17 sintomas/severidade e frequência)	ntes de primeiro grau de tortura, 107 sobreviventes de tortura secundária, frequentando um centro para sobreviventes de tortura e trauma.		
Intimate partner abuse among Rohingya in Malaysia: assessing stressors, mental health, social norms and helpseeking to inform interventions	Courtney Welton-Mitchell, Noor Arifah Bujang, Hasnah Hussin, Sharifah Husein, Fajar Santoadi5 & Leah Emily James	University of Colorado-Boulder - EUA; Tenaganita - Malásia; Tenaganita - Malásia; Tenaganita - Malásia/Rohingya Women's Development Network - Malásia; Tenaganita - Malásia; University of Colorado-Boulder - EUA	Explorar padrões de VPI, suas correlações e impactos na procura por assistência entre refugiadas Rohingya na Malásia, um grupo particularmente marginalizado e vulnerável, por uma diversidade de fatores (comuns a refugiados, de maneira geral): não possuem um Estado, não ter permissão para trabalhar legalmente e ter entraves no acesso a serviços.	Quantitativo.	This study used the short form (CTS-2S), a twenty-item scale measuring both perpetration and victimisation of the respondent; Mental health symptoms were assessed using the WASSS-6 (WHO-UNHCR, 2012); A fourteen-item scale measuring perceived triggers of IPA was taken from the WHO MultiCountry Study on Women's Health and Domestic Violence Against Women, Women's	75 membros da comunidade residindo na Malásia (30 entrevistas dos + 45 participantes de grupos focais)

					Questionnaire, section 9	
Social Support and Distress among Q'eqchi' Refugee Women in Maya Tecun, Mexico	Faith R. Warner	Bloomsburg University, EUA	Investigar o papel fundamental dos laços sociais como fator de aumento de vulnerabilidade, e resultados negativos de saúde mental.	Quantitativo.	Aplicação de instrumentos : (i) Questionário de Apoio Social a partir de questões fechadas e abertas; (ii) Questionário de Estresse Traumático a partir da tradução dos sintomas de DSM (1998).	Amostra total para mulheres Q'eqchi' foi de 131.
The Impact of Interpersonal and Noninterpersonal Trauma on Psychological Symptoms in Refugees: The Moderating Role of Gender and Trauma Type	Joanne Haldane and Angela Nickerson	The University of New South Wales - Austrália; The University of New South Wales - Austrália	Investigar as implicações do trauma pessoal e não-interpessoal para saúde mental de refugiados, com distinção homem/mulheres, a fim de elucidar o papel determinante do gênero no aparecimento dos sintomas.	Quantitativo.	Formulário Cumulative Trauma Scale-Short: escala de 33 itens que relacionam ocorrência com frequência ao longo da vida.	91 entrevistas dos, 60 homens e 31 mulheres. Diversas origens: Irã, Sri Lanka, Afeganistão, Iraque e outros. (Mais de ¾ têm estatuto de residência insegura).
Exploring the State of Gender-Centered Health Research in the Context of Refugee Resettlement in Canada: A Scoping Review	Chloe Zivot 1,*, Cate Dewey 1, Cole Heasley 1, Sharada Srinivasan 2 and Matthew Little 3	University of Guelph - Canadá; University of Guelph - Canadá; University of Guelph - Canadá; University of Victoria - Canadá	Compreender o gênero enquanto determinante de saúde durante o processo de restabelecimento de mulheres refugiadas.	Revisão Sistemática.	Todos os artigos foram selecionados de forma independente e pelo primeiro e segundo autores (C.Z., C.H.). Os formulários de triagem foram	-

usados para triagem de título e resumo (Nível 1) e triagem de texto completo (Nível 2) para impor os critérios de inclusão e exclusão. Os artigos foram considerados como tendo uma "perspectiva de gênero" se discutissem explicitamente as implicações para a saúde de papéis, normas, estereótipos, identidades, ideais e / ou relações de gênero, incluindo relações físicas, como SGBV -> 34 artigos para revisão. Organizados conforme: 1 Desenho do estudo; 2. População do Estudo; 3. Foco dos artigos; 4. Análise temática e separação.

Disability, violence, and mental health among Somali refugee women in a	Mazeda Hossain ^{1,2,*} , Rachel Pearson ^{3,*} , Alys McAlpine ¹ Loraine Bacchus ¹ , Sheru W.	The London School of Economics and Political Science - Reino Unido; University College London -	Investigar as relações entre deficiência, violência de gênero e saúde mental em mulheres refugiadas e adolescentes	Quantitativo.	Aplicação de questionários: (i) Health Organization's multi-country study on women's	204 mulheres, em dois campos de refugiados assistidas por centros de resposta à
--	--	---	--	---------------	--	---

humanitarian setting	Muuo ⁴ , Stella K Muthuri ⁴ , Hannah Kuper ¹ , Giorgia Franchi ⁶ , Ricardo Pla Cordero ⁶ , Sarah Cornish-Spencer ⁶ , Tim Hess ⁶ , Martin Bangha ⁴ and Chimaraoke Izugbara ⁴	Reino Unido; London School of Hygiene and Tropical Medicine - Reino Unido; London School of Hygiene and Tropical Medicine - Reino Unido	em um contexto humanitário.		health and domestic violence against women, acompanhado de uma <i>definição de como o estudo tipifica cada violência</i> ; (ii) Perguntas do Washington Group Short Set (WG-SS) of disability; (iii) Harvard Trauma Questionnaire (HTQ-PTSD); (iv) generalised anxiety disorder assessment (GAD-7); (v) patient health questionnaire (PHQ-9).	violência de gênero em Dadaab, Quênia. Idade: incluiu a possível participação de maiores de 15 anos, desde que houvesse uma única chefe de família na casa (nenhuma menor participou).
Migrant Women-experiences from the Mediterranean Region	Caterina La Cascia ^{1,*} , Giulia Cossu ² , Jutta Lindert ³ , Anita Holzinger ⁴ , Thurayya Zreik ⁵ , Antonio Ventriglio ⁶ and Dinesh Bhugra ⁷	University of Palermo - Itália; University of Cagliari - Itália; University of Emden - Alemanha; Medical University of Wien - Áustria; Ministry Of Public Health - Líbano; University of Foggia - Itália; King's College London - Reino Unido	Aferir a experiência de mulheres migrantes (discutir pertinência, pois migrantes, na verdade, tratam-se de refugiadas/solicitantes de refúgio) no Mediterrâneo, no que diz respeito à violência.	Revisão narrativa.	Revisão de literatura com seguintes descritores: "women", "migration", "mental health", "psychological, distress", "mediterranean", "SGBV", "mutilation", "IPVAW", "FGM".	-
Gender-based violence and its	Mazeda Hossain ^{1,2} , Rachel Jane Pearson ³ , Alys McAlpine ¹	London School of Hygiene & Tropical Medicine -	Investigar os tipos de violência experienciadas	Quantitativo.	Aplicação de questionários: (i) Health	204 mulheres em dois campos de

association with mental health among Somali women in a Kenyan refugee camp: a latent class analysis	Loraine J Bacchus ,1 Jo Spangaro ,4 Stella Muthuri,5 Sheru Muuo ,5 Giorgia Franchi,6 Tim Hess,6 Martin Bangh, Chimaraoke Izugbara5	Reino Unido; University College London - Reino Unido; London School of Hygiene & Tropical Medicine - Reino Unido; London School of Hygiene & Tropical Medicine - Reino Unido; University of Wollongong - Austrália; African Population and Health Research Center - Quênia; African Population and Health Research Center - Quênia; International Rescue Committee UK - Reino Unido; International Rescue Committee UK - Reino Unido; African Population and Health Research Center - Quênia; African Population and Health Research Center - Quênia.	por mulheres refugiadas em dois campos de refugiados em Dadaab, a fim de relacioná-las com a sintomatologia atual de saúde mental.	Organization 's multi-country study on women's health and domestic violence against women, acompanhado de uma <i>definição de como o estudo tipifica cada violência</i> ; (ii) Perguntas do Washington Group Short Set (WG-SS) of disability; (iii) Harvard Trauma Questionnaire (HTQ-PTSD); (iv) generalised anxiety disorder assessment (GAD-7); (v) patient health questionnaire (PHQ-9) + socio-demographic characteristics. - Latent class analysis to group women with similar experiences of non-partner violence (NPV) and IPV in the 12 months + secondary class analysis.	refugiados assistidas por centros de resposta à violência de gênero em Dadaab, Quênia. Idade: incluiu a possível participação de maiores de 15 anos, desde que houvesse uma única chefe de família na casa (nenhuma menor participou).	
High rates of maternal	Kerrie Stevenson1,	Imperial College	Estimar a prevalência de	Quantitativo.	Aplicação do	60 mulheres

depression amongst Syrian refugees in Lebanon - a pilot study	Reina Alameddine ² , Ghaith Rukbi ² , Mario chahrouri, Bassem Saab ² , phillip Bennett ¹ , Vivette Glover ¹ & Rebecca M. Reynolds ³ , 2, Jinan Usta ²	London - Reino Unido; American University of Beirut Medical Center - Líbano; Imperial College London - Reino Unido; Imperial College London - Reino Unido; University of Edinburgh	sintomas depressivos em mulheres sírias refugiadas, que acessam o centro de tratamento primário em Beirute e identificar os fatores de riscos para depressão maternal, examinando fatores sociodemográficos + histórico de transtornos mentais.	Edinburgh Postnatal Depression Scale EPDS; índices sociodemográficos (estado civil, histórico de transtornos mentais, idade, etc).	que utilizavam o serviço de atendimento primário em Beirute, Líbano, com mais de 18 anos, grávidas ou que tivessem engravidado nos últimos dois anos. 35 mulheres sírias e 25 libanesas formam a amostra, a fim de comparar índices entre elas.	
Gender-based violence among Rohingya refugees in Bangladesh: A public health challenge	Md Mahub Hossain; Abida Sultana; Arindam Das	Nature Study Society of Bangladesh - Bangladesh; Nature Study Society of Bangladesh - Bangladesh; Institute of Health Management Research - Índia	Disseminar a situação da Violência de Gênero em Bangladesh enquanto uma questão desafiante para saúde pública. Apresentar índices gerais de VDG, alertar para a gravidade da situação e convocar trabalhadores	Relatório .	-	Sem amostra

			da saúde e elaboradores de políticas para temas relacionados à problemática principal.			
Pathways to Help-Seeking and Mental Health Service Provision for African Female Survivors of Conflict-Related Sexualized Gender-Based Violence	Sophie Yohania and Philomena Okeke-Ihejirikab	University of Alberta, Canadá	Investigar como mulheres refugiadas africanas que experimentaram violência de gênero com cunho sexual e trauma no momento pré-migração lidam com estes impactos nos países de adaptação, e se procuram ajuda.	Qualitativo.	Entrevistas semi-estruturadas sobre percepções e observações das necessidades, desafios, e atividades de intervenção com/de mulheres refugiadas providas da África, oriundas de regiões em conflito, sobreviventes de violência sexual de conflito.	Profissionais de saúde que atendiam refugiadas sobreviventes de violência sexual, com ao menos cinco anos de experiência. Seis entrevistadas, 4 mulheres africanas e 2 caucasianas.
Health and Socio-Cultural Experiences of Refugee Women: An Integrative Review	Sara Shisheghar 1, Leila Gholizadeh 2, Michelle DiGiacomo 2, Anna Green 2, Patricia M Davidson 2 3	1Faculty of Health, University of Technology Sydney, Level 7, 235 Jones Street, Ultimo, NSW, 2007, Australia. 2Faculty of Health, University of Technology Sydney, Level 7, 235 Jones Street, Ultimo, NSW, 2007, Australia. 3Johns Hopkins University,	Identificar os impactos do refúgio na saúde de mulheres refugiadas, partindo do pressuposto de que se trata de um tema sub-representado, e identificar fatores de resiliência entre os sujeitos.	Revisão Integrativa.	Método da revisão: busca com marco temporal, 2005-2014, utilizando os descritores: 'refugee*', 'asylum seeker*', 'humanitarian', 'women', 'female', 'culture', 'social', and 'health', estudos de caráter qualitativo e/ou quantitativo.	-

		Baltimore, MD, USA.				
Mental Health Conditions Among North Korean Female Refugee Victims of Sexual Violence	Jae Yop Kim; Hee Jin Kim; Kwonho Choi; Boyoung Nam	Yonsei University; Myongji University, Woosong University, University of Maryland, USA	Examinar os efeitos negativos da violência sexual em mulheres refugiadas norte-coreanas vivendo na Coreia do Sul, a partir da premissa de que poucos estudos o fizeram.	Quantitativo.	Três questões sobre abuso sexual; escala de doze itens para medição de TEPT, CESD-scale; SSI; SIS; teste de identificação de usuário de álcool; medição de co-variáveis.	140 mulheres Norte-Coreanas vivendo na Coreia do Sul, maiores de 20 anos.
My heart is in his hands”: The lived spiritual experiences of Congolese refugee women survivors of sexual violence	Melissa A. Smigelskya, Alison R. Gillb, Deb Foshagerc, Jamie D. Atend, and Hannah Imd	University of Memphis - EUA; Social Venture Strategies - India; Judson University - EUA; Wheaton College - EUA	Investigar as experiências religiosas e espirituais vividas por mulheres refugiadas congoleesas, sobreviventes de violência sexual.	Qualitativo.	Aplicação de entrevista semi-estruturadas com 14 itens, com amostras de prompt para assegurar consistência nas entrevistas, combinados com questões demográficas. A metodologia foi auxiliada por um pastor.	9 mulheres refugiadas congoleesas morando nos Estados Unidos. Entre as 9, oito eram de religião protestante, e uma católica.
Conflict, Displacement, and IPV: Findings From Two Congolese Refugee Camps in Rwanda	Etobssie Wako ¹ , Leah Elliott ² , Stacy De Jesus ¹ , Marianne E. Zotti ¹ , Monica H. Swahn ³ , and John Beltrami	Center for Disease Control and Prevention; John Hopkins University; Centers for Disease Control and Prevention; Centers for Disease Control and Prevention	Apropriar-se de dados de base populacional para estimar a prevalência de violência por parceiro íntimo (VPI) no ano anterior, seja sexual, emocional ou física. Além disso, procura identificar as características sociodemográficas	Revisão de literatura + Quantitativo.	Revisão de literatura combinada com utilização de dados previamente coletados a partir de um estudo feito pelo Comitê Americano de Refugiado (ARC), em 2008. Nesta coleta, a	548 mulheres que já estiveram casadas ou em relacionamento (15-49 anos).

			icas ligadas à vitimização da violência, e entender se a exposição à violência familiar ou por não-parceiro íntimo tem alguma relação com a VPI (se aumenta ou diminui as chances de ocorrência).		escolha pelas casas foi aleatória em dois campos de refugiados, onde a escolha das mulheres morando em cada casa também foi aleatória. Aplicação de questões ligadas à VPI, e questões socio-demográficas.	
Violence against refugee women along the Thai–Burma border	Kathryn L. Falba*, Marie C. McCormick b, David Hemenway c, Katherine Anfinson d, Jay G. Silverman	Yale University; Harvard University; Harvard University; American Refugee Committee; University of San Diego	Descrever a prevalência da vitimização por VPI e por conflito entre mulheres refugiadas morando em campos de refugiados na fronteira Thai-Burma, avaliando quantitativamente a relação entre os fatores.	Quantitativo.	A pesquisa foi feita a partir de um questionário do Comitê Americano de Refugiados em 2008 em três campos de refugiados na fronteira Thai-Burma. Foram aplicados: (i) questionário relativo à VPI no ano anterior; (ii) questionário relativo à violência de conflito, usando 8 itens; (iii) co-variáveis demográficas (idade, etnia, religião, nível de alfabetização, estado civil, número de filhos vivos	861 mulheres casadas no momento do estudo e que cumpriram as variáveis de interesse. A amostra apresentou maior probabilidade das mulheres pertenciam à etnia Karen, serem cristãs, por volta dos 30 anos, mães, com certa dificuldade de leitura.

					e escolaridade do marido).	
Violence against Congolese refugee women in Rwanda and mental health: a cross-sectional study using latent class analysis	Heather L Sipsma,1 Kathryn L Falb,2 Tiara Willie,2,3 Elizabeth H Bradley,4 Lauren Bienkowski,5 Ned Meerdink,5 Jhumka Gupta2	University of Illinois - EUA; Yale University - EUA; Yale University - EUA; Yale University - EUA; American Refugee Committee - EUA; Yale University - EUA	Elencar a diferenciação entre VPI e violência generalizada na ocorrência de transtornos mentais, examinando padrões de violência relacionada a conflito, assim como suas associações com angústia emocional.	Quantitativo.	Aplicação de instrumentos : (i) Self-Report Questionnaire-20 (SRQ-20) para as últimas quatro semanas; (ii) características sociodemográficas (idade, estado civil), (iii) habilidade para ler e campo de refugiado em que se situa.	Total de 810 mulheres participaram do questionário nos campos de refugiados. A amostra para análise foi restrita a mulheres que já foram casadas para perguntas sobre VPI (n=548).
A grounded theory investigation into the experiences of african women refugees: Effects on resilience and identity and implications for service provision	Katie Sherwood, and Helen Liebling-Kalifani	Coventry University, Reino Unido	Identificar o impacto da violência na saúde mental de mulheres refugiadas, assim como desenvolver um maior entendimento dos papéis da resiliência, enfrentamento e identidade.	Revisão sistemática + Qualitativo.	Realização de entrevistas semi-estruturadas com mulheres que eram atendidas em um centro de assistência de refugiados em West Midlands, UK, combinada com revisão sistemática de literatura em diversas áreas (estudos internacionais de mulheres, sociologia, estudos de refugiados e	Seis mulheres foram entrevistadas, cinco do Zimbábue e uma da Somália.

					psicologia crítica.	
Gender, asylum seekers and mental distress: Challenges for mental health social work	Khatidja Chantler	University of Manchester, Reino Unido	Identificar o impacto do estatuto de refugiado, do gênero e das políticas restritivas na saúde mental de mulheres, com foco no país de adaptação.	Apanhado de estudos qualitativos anteriores feitos pela autora.	-	-

Tabela de estudos incluídos a partir da revisão integrativa (continuação)

Título do artigo	Principais Resultados	Revista onde foi publicado	Área do conhecimento	Idioma	Ano de publicação	Local de publicação
A cross-sectional survey on gender-based violence and mental health among female urban refugees and asylum seekers in Kampala, Uganda	Mulheres com história de violência física ao longo da vida tiveram chance 7,2 vezes maior de sintomas de TEPT e mulheres com história de violência sexual ao longo da vida tiveram chance 3,8 vezes maior de sintomas de TEPT. Mulheres afetadas por conflitos expostas à violência sexual têm uma prevalência maior de TEPT do que aquelas que não foram expostas à violência sexual. Não houve associações significativas entre TEPT e status de refugiado, faixa etária, estado civil ou já ter tido um parceiro. Associações significativas existiam entre TEPT e idade média, número de mulheres na casa, histórico de qualquer tipo de violência (P < 0,001), violência física, e violência sexual. Das 117 entrevistadas, 102	International Journal of Gynecology & Obstetrics	Biomédico.	Inglês	2014	Reino Unido

reportaram algum tipo de violência física ou sexual durante sua vida. Um total de 99 reportaram violência física (76.2%- índice alarmante), 84% algum tipo de violência sexual. Entre as mulheres que reportaram violência, 28 delas afirmaram ter vivido em Uganda, 41 fora do país e 33 dentro e fora de Uganda. Violência por Não-Parceiro íntimo foi mais frequente do que IPV para todos os tipos. Quanto à busca por assistência, 53 buscaram assistência relacionada à saúde mental em Uganda. Entre as 63 que não o fizeram, 37 não sabiam onde procurar, 14 foram afetadas por língua/etnia, 15 não podiam pagar pelos serviços e 6 sentiam que não precisavam de assistência. Quanto aos índices de saúde mental, ter sofrido violência sexual apresenta maior prevalência de TETP do que entre as mulheres não expostas à essa violência.

Depression, Anxiety, Post-traumatic Stress Disorder and a History of Pervasive Gender-Based Violence Among Women Asylum Seekers Who Have Undergone Female Genital	A principal razão da busca por asilo se deu por ser membro de um grupo social particular - gênero, experiências passadas em conjunção com medo de viver de novo. Encontrou prevalência de ansiedade em 12 das 13 mulheres, depressão em todas e TEPT em todas. Porque além da mutilação genital, todas reportaram sofrer outro tipo de	Journal of Immigrant and Minority Health	Biomédico.	Inglês	2019	Estados Unidos
--	--	--	------------	--------	------	----------------

Mutilation/Cutting: A Retrospective Case Review	violência de gênero. A situação de vulnerabilidade é acentuada por uma série de fatores: experiência de violência gênero, processo de obtenção de estatuto de asilo e aculturação nos EUA.					
Gender differences in response to war related trauma and posttraumatic stress disorder – a study among the Congolese refugees in Uganda	Estupro como chave-central para desenvolvimento de TEPT. Ter sofrido estupro é o maior risco para desenvolver TEPT na amostra, quando comparadas a mulheres que não tiveram essa experiência e homens refugiados. Mulheres têm maior probabilidade de relatar estupro. Mulheres experimentam sintomas mais graves e tem maior prevalência de PTSD do que homens. Apresentam o conceito "building block" que traduz o TEPT enquanto um transtorno acumulativo com tempo, aumentando sua gravidade. No geral e 89% da amostra tem sintomas de PTSD, 93% das mulheres, 83% dos homens.	BMC Psychiatry	Biomédico.	Inglês	2020	Reino Unido
The Effects of Gender Discrimination on Refugee Torture Survivors: A Cross-Cultural Traumatology Perspective	Mulheres refugiadas que experienciaram discriminação de gênero em níveis significativos estão em maior risco de desenvolver Transtorno de Trauma Cumulativo e efeitos indiretos de TEPT. Quando se experimentou outro tipo de trauma (evento catastrófico, por	Journal of the American Psychiatric Nurses Association	Biomédico	Inglês	2010	Estados Unidos

exemplo), a discriminação de gênero perde certa importância. Quando já se tem Transtorno de Trauma Cumulativo, a discriminação de gênero afete o risco para o desenvolvimento de TEPT.

<p>Intimate partner abuse among Rohingya in Malaysia: assessing stressors, mental health, social norms and helpseeking to inform interventions</p>	<p>Mulheres relataram altos níveis de vitimização, entre elas, quase todas indicaram que o parceiro as empurrou, socou, chutou ou agrediu no ano passado (nível de vitimização: 20% contra 0%). Além disso, 40% dos homens admitiram ter empurrado, batido em suas parceiras, 33% indicaram que empurraram, chutaram ou agrediram a parceira no ano passado. Apresentam-se como fatores estressores associados ao estatuto de refugiado à insegurança, a traumas passados e vulnerabilidades em saúde mental, à onipresença de violência em diversas esferas, normas de gênero e normas sociais "justificam" e acentuam IPA. A baixa procura por serviços de assistência se dá por diferentes razões, como barreiras linguísticas e culturais, vitimização, a ideia de que essas questões "se resolvem em casa", medo de ser ridicularizada, procura por líderes religiosos e família.</p>	<p>Intervention Journal of Mental Health and Psychosocial Support in conflict affected areas</p>	<p>Biomédico</p>	<p>Inglês</p>	<p>2019</p>	<p>Países Baixos</p>
---	--	--	------------------	---------------	-------------	----------------------

Social Support and Distress among Q'eqchi' Refugee Women in Maya Tecún, Mexico	Sintomas de saúde mental mais acentuados em mulheres se apresentam nas que não têm a mãe morando perto, apontando para a ausência de laços sociais significativos, combinados com papéis de gênero tradicionais, em que há restrição de oportunidades de trabalho, assistência à saúde, treinamento para trabalho/habilidades, oportunidades de educação, que ocasionam maior sofrimento ligados ao estresse da aculturação, depressão, e sentimento de impotência.	Medical Anthropology Quarterly	Ciências Humanas/Antr opologia	Inglês	2007	Estados Unidos
The Impact of Interpersonal and Noninterpersonal Trauma on Psychological Symptoms in Refugees: The Moderating Role of Gender and Trauma Type	Associação significativa entre a exposição de trauma não interpessoal, ou seja, traumas estruturais e sintomas de TEPT, depressão, e ansiedade para homens refugiados, e uma associação significativa entre trauma inter-pessoal (aprisionamento, ferimentos graves, experiências de combate, estupro, abuso sexual, tortura, manipulação, e sintomas de TEPT, depressão e ansiedade para mulheres refugiadas. Conclui-se que mulheres são mais prováveis a desenvolver TEPT depois de experimentar violência agressiva (assaultive violence), e que o gênero feminino está	Journal of Traumatic Stress	Psicologia	Inglês	2016	Estados Unidos

	fortemente associado ao TEPT em sobreviventes de guerra civil.					
Exploring the State of Gender-Centered Health Research in the Context of Refugee Resettlement in Canada: A Scoping Review	Dois grandes temas identificados na revisão: (i) experiências e percepções da falta de agência ou controle na vida cotidiana em buscar assistência (family, community and cultural based) e (ii) apoio social limitado durante o processo de restabelecimento/adaptação (structurally based). Três níveis impactam o acesso à saúde no contexto de adaptação em um novo país por mulheres refugiadas. O primeiro deles (micro) diz respeito à influência de fatores privados/íntimos, as dinâmicas próprias de cada casa, a relação com o marido, papéis de gênero e maternidade, na procura por assistência; o segundo (meso) diz sobre a relação da mulher com a comunidade em sua volta, incluindo estigma, vergonha e entraves para narrar violência sexual e a influência da comunidade nas decisões relacionadas à sua saúde e de seus filhos; e o terceiro (macro) trata do preparo do próprio sistema de saúde para a recepção das mulheres - barreiras de discriminação, língua, diferenças culturais, confidencialidade.	International Journal of Environmental Research and Public Health	Saúde Pública	Inglês	2020	Suíça

Disability, violence, and mental health among Somali refugee women in a humanitarian setting	Mais de um terço das mulheres indicou sintomas de depressão de moderados a severos (36%); 41% de ansiedade moderada à severa, 3% de provável TEPT. Mulheres que experienciaram violência por não-parceiro íntimo, antes de chegar ao campo de refugiados, tinham níveis mais deteriorados de saúde mental (ansiedade e TEPT). Mulheres refugiadas que apresentam alguma deficiência têm mais probabilidade de relatar condições ruins de saúde mental (depressão, ansiedade e TEPT) - 50% of women with a disability reported symptoms of depression, 52% reported symptoms of anxiety, and 7% reported symptoms of probable PTSD (Table 4) - Além de que as mulheres da amostra PCD tinham um histórico maior de violência antes de chegar ao território.	Global Mental Health	Biomédico	Inglês	2020	Reino Unido
Migrant Women-experiences from the Mediterranean Region	O artigo trouxe um apanhado de violências, algumas mais ligadas especificamente ao gênero feminino (insegurança, violência, relações de poder). Três espaços de tempo (pré, durante, pós – dividido em subespecificações (sobrecompensação, descompensação, aculturação/assimilação). Na pré-migração, casamento infantil, casamento forçado e	Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health	Biomédico	Inglês	2020	Emirados Árabes Unidos

estupro justificados por "valores culturais". Durante a rota, estupro por diversos atores possíveis, prostituição forçada, meios de troca, condições insalubres de jornada. No pós-migração, isolamento social, aculturação, barreiras culturais e linguísticas. Índices: prevalência de problemas de saúde mental em mulheres vítimas de IPV foi de 47.6% em 18 estudos, 17.9% em estudos de suicídio, 63.8% em estudos de TEPT, 18.5% em 10 estudos de abuso de álcool e 8.9% em quatro estudos de uso de drogas. Após a exposição a um evento traumático, mulheres têm duas vezes mais chances de desenvolver TEPT do que homens.

<p>Gender-based violence and its association with mental health among Somali women in a Kenyan refugee camp: a latent class analysis</p>	<p>Quase metade das participantes reportaram Violência por Parceiro Íntimo no ano anterior (47%), 63% delas reportaram duas ou mais formas de VPI. No que diz respeito à Violência por Não-Parceiro Íntimo, 39% das mulheres reportaram terem sofrido esse tipo de violência (menos comum do que parceiro íntimo). Mulheres que reportam VPI talvez estejam em maior risco de depressão do que as que reportam VPNPI. "<i>An experience of any form of IPV in the past year was associated with higher scores for depression, even after</i></p>	<p>Epidemiol Community Health</p>	<p>Biomédico</p>	<p>Inglês</p>	<p>2020</p>	<p>Reino Unido</p>
---	--	---	------------------	---------------	-------------	--------------------

	<i>adjustment for past-year NPV.</i> Existe uma alta prevalência de transtornos mentais entre mulheres que experimentaram VBG em cenários afetados por conflitos, comparados à população refugiada no geral.					
High rates of maternal depression amongst Syrian refugees in Lebanon - a pilot study	Resultados de provável depressão foram maiores em mulheres sírias do que libanesas, associados à residência ilegal, exposição à violência doméstica, ao casamento em idade jovem, e ao histórico de transtornos mentais. Das 35, três quartos do total, estavam, provavelmente, em depressão.	Nature	Interdisciplinar	Inglês	2019	Reino Unido
Gender-based violence among Rohingya refugees in Bangladesh: A public health challenge	Resultados: estudos do MSF estimam a morte de, pelo menos, 2.6% de mulheres e meninas como resultado de violência sexual. Apresenta diversas razões para a necessidade de pensar o tema e as consequências da violência de gênero na vida das mulheres e no acesso à saúde. Elencam a reprodução adversa, os resultados reprodutivos, sexuais e mentais, a inadequação de dados que levam a programas mal construídos, o estatuto de refugiado, as diferenças linguísticas, dificultando a percepção de acesso à saúde, e a vulnerabilidade de mulheres refugiadas	Indian Journal of Medical Ethics	Ética; Bioética	Inglês	2018	Índia

	ao abuso sexual e à exploração.					
Pathways to Help-Seeking and Mental Health Service Provision for African Female Survivors of Conflict-Related Sexualized Gender-Based Violence	Abuso sexual/estupro durante conflito ocasionam três consequências no processo de adaptação/cura das pacientes: estigma, vergonha, silêncio. A dificuldade associada em reportar/relatar suas experiências decorre de vergonha e estigma perante suas comunidades etnoculturais e religiosas. No que diz respeito ao estigma, as mulheres apontam que, após um estupro/violência sexual, perdem seu valor enquanto mulheres, são socialmente isoladas, não conseguem encontrar um parceiro ou permanecer com o atual. A vergonha é associada a sentimentos internos de estar "quebrada"- feeling damage- que prejudicam o processo de recuperação. Além disso, o silêncio surge enquanto resposta/meio de sobrevivência, porque contar sobre uma experiência pessoal de abuso pode significar abrir a privacidade de toda uma comunidade. É estratégia de sobrevivência, minimização, supressão (não permitir que criem uma identidade embasada nas experiências passadas). No que tange à resposta a necessidades básicas e adaptação, alguns fatores aparecem. Primeiramente, as	Women & Therapy	Estudos da Mulher; Psicologia	Inglês	2018	Estados Unidos

mulheres refugiadas priorizam satisfações mais urgentes: encontrar moradia e escola para crianças do que manejar seus traumas. Apoio social da comunidade emerge enquanto essencial no processo de adaptação, assim como a espiritualidade e a maternidade. A maternidade pode parecer um pouco contraditória porque ao passo que traz esperança de um futuro, as habilidades de ser mãe são influenciadas diretamente pelo trauma psicológico e sintomas associados (dissociação, dificuldades para dormir, dificuldades cognitivas, desafios emocionais e comportamentais) que dificultam o processo. Ter objetivos educacionais impulsiona as mulheres a proverem sentido para suas vidas, objetivos tangíveis e a esperança de um futuro econômico satisfatório.

Health and Socio-Cultural Experiences of Refugee Women: An Integrative Review	A busca resultou em 899, que, após a aplicação de critérios de inclusão, exclusão e remoção de artigos duplicados, 20 foram considerados para a revisão. Houve a separação dos resultados em quatro categorias que influenciam a saúde mental dos sujeitos em questão: (i) fatores culturais; (ii) fatores culturais e materiais; (iii) fatores pessoais e (iv) fatores de	Journal of Immigrant and Minority Health	Saúde Coletiva	Inglês	2016	Estados Unidos
--	--	--	----------------	--------	------	----------------

resiliência. Fator (i): barreiras linguísticas e choque cultural: mulheres refugiadas talvez não estejam dispostas a relatar suas experiências por algumas razões, dentre elas, o medo de serem mal-interpretadas, exposição, longos períodos de espera, percepção de impaciência por parte dos intérpretes. Ainda, sobre o choque cultural, mulheres relatam o medo dos filhos aprenderem novos hábitos no país de adaptação e de sofrerem *bullying* nas escolas. Fator (ii): realidade material, estudos reportam assuntos como arrumar um emprego, moradia e acomodação seguras, possível abandono de seus maridos em busca de mulheres "mais ricas". Fator (iii) pessoal: separação familiar que inclui deixar membros da família no outro país é grande influenciador para o desenvolvimento de depressão e outros transtornos, preocupação com exploração sexual das filhas em troca de "serem aceitas" em novos ambientes, perda de esperança no futuro. Fator (iv) resiliência: satisfação espiritual - religiosa ou não - crença em algo maior, apoio social da família e comunidade étnica.

Mental Health Conditions Among North Korean Female Refugee Victims of Sexual Violence	17.1% das mulheres sofreram violência sexual, 24% estavam no grupo das vitimizadas. Idealização suicida e uso prejudicial de álcool foram mais prevalentes entre quem havia sido vitimizada por violência sexual. Mulheres norte-coreanas tiveram a fuga como maior momento de vulnerabilidade ao abuso sexual, desprotegidas por sistemas sociais e jurídicos. Não houve, entretanto, diferença significativa nos índices de depressão entre grupos vitimizados e não-vitimizados, apontando que altos níveis de depressão são presentes em mulheres refugiadas norte coreanas, de maneira geral.	International Migration	Demografia - Ciências Humanas	Inglês	2016	Reino Unido
My heart is in his hands”: The lived spiritual experiences of Congolese refugee women survivors of sexual violence	Os resultados foram divididos nas seguintes categorias: (i) crença de que Deus está no controle; (ii) rezar; (iii) gratidão e (iv) compromisso espiritual. A primeira crença geral reside na soberania de Deus, e de que ele pode ser confiado para todas as coisas; a segunda diz respeito à crença de que Deus as protege. Seguindo os achados, as mulheres trouxeram a importância de rezar - para seus maridos, filhos, por todas as coisas - exacerbada em contextos de lutas emocionais. Sobre a gratidão, embora muitas mulheres tenham se	Journal of Prevention & Intervention in the Community	Psicologia Comunitária	Inglês	2017	Estados Unidos

emocionado durante a narração dos fatos, elas afirmaram estar gratas por estarem vivas. Por fim, a fé não diminuiu, mesmo após a violência sexual, em alguns casos, até se fortaleceu. Três participantes descreveram que tinham menos tempo para rezar nos EUA, devido a novas atividades, ocupação, questões e relataram ter medo dos hábitos estadunidenses influenciarem seus filhos.

Conflict, Displacement, and IPV: Findings From Two Congolese Refugee Camps in Rwanda	1/5 das mulheres entrevistadas relataram VPI, enquanto 52.7% reportaram violência externa e 6% reportaram violência familiar no ano anterior, tornando este segundo tipo de violência mais comum. Mulheres que experienciaram violência externa, especialmente vulneráveis, tiveram 11x mais chances de viver VPI (79.1% de relatos de IPV, tiveram experiências de violência externa), do que mulheres que não tinham histórico de violência externa. Conclui-se que, em ambientes onde não há proteção social, ambientes de conflito acentuado, aumentam a violência vivida em casa. Esse achado se relaciona com o ambiente estressante de mudança nas relações de poder, socioeconômicas, políticas, pessoais - afetando as dinâmicas	Violence Against Women	Estudos da Mulher	Inglês	2015	Estados Unidos
---	---	------------------------	-------------------	--------	------	----------------

	interpessoais de gênero, o que contribui para a frustração nas casas/interações marido-mulher					
Violence against refugee women along the Thai–Burma border	83 das 873 reportaram algum tipo de violência perpetrada por Não-Parceiro Íntimo, a mais comum sendo a ameaça com algum tipo de arma. A vitimização por conflito ocorreu, em maior parte, na casa ou vila onde a vítima residia, por militares. Entre as mulheres que reportaram essa violência, 62.7% viveram apenas uma forma de vitimização, 20.5% as duas formas, e 16.9% três as formas de vitimização. Entre as mulheres com histórico de violência no contexto de conflito, 25.9% vivenciaram VPI. Mulheres que reportaram violência em contexto de conflito têm 5.7 vezes mais chance de reportar VPI -> hipótese: ambiente hostil, agressivo, estressante. A variável religião se relaciona à maior propensão de violência (Mulheres muçulmanas reportaram mais casos de violência).	International Journal of Gynecology and Obstetrics	Biomédico	Inglês	2013	Reino Unido
Suicide Ideation and Victimization Among Refugee Women Along	23 mulheres reportaram VPI, destas, 26.7% reportaram ideação suicida; 50% das mulheres que reportaram os dois	Journal of Traumatic Stress	Psicologia	Inglês	2013	Estados Unidos

the Thai–Burma Border	tipos de violência (VPI e não VPI) apresentaram ideação suicida. Ter sofrido VPI no ano anterior aumentava 10x a chance de ideação suicida no último mês, comparado com mulheres sem esta experiência. Achados mostram que não ser casada é fator protetivo para ideação suicida.					
Violence against Congolese refugee women in Rwanda and mental health: a cross-sectional study using latent class analysis	Resultados sugerem que, embora mulheres que apresentem altos níveis de violência generalizada sofram de níveis deteriorados de saúde mental, comparados a mulheres que não sofreram, a chave central encontra-se na Violência por Parceiro íntimo. Mulheres que experienciaram maiores níveis de VPI, têm maior probabilidade de ter a saúde mental deteriorada. Além disso, 50% das mulheres da amostra relataram ter sofrido algum tipo de violência durante suas vivências, 15% delas no período pós-conflito.	BMJ Journals	Biomédico	Inglês	2015	Reino Unido
A grounded theory investigation into the experiences of african women refugees: Effects on resilience and identity and implications for service provision	Mulheres relataram a grande influência social e cultural em suas experiências e capacidade de resiliência. Entre essas influências, surgiram categorias como posição interior ao homem, um caso de violência doméstica - ignorado pela família - e a dificuldade em relatar experiências de violência sexual, por vergonha ou estigma. Todas as mulheres	Journal of International Women's Studies	Estudos de Gênero e Sexualidade	Inglês	2012	Estados Unidos

reportaram ter testemunhado situações de violência, e entre aquelas que não tiveram acesso a apoio social, relataram raiva e culpa. Quanto à influência do estatuto de refugiada, o medo de ser mandada de volta aos seus países, incertezas quanto ao futuro, impossibilidade de trabalhar enquanto o processo se desenrola, apareceram em todas as narrativas. Dificuldades em obter o estatuto, afetam negativamente a resiliência e o enfrentamento (como esperado). As estratégias apropriadas pelas mulheres para aumentar resiliência iam desde pensamento positivo, *self-talk*, um grande valor atribuído à religião, forjar sua própria identidade para além do entendimento de vítima, a buscar alternativas palpáveis como emprego e educação, além do acesso a redes sociais, contato com família e amigos, a procura por ajuda prática e por ações legais para suas experiências de abuso.

Gender, asylum seekers and mental distress: Challenges for mental health social work	Nos estudos analisados, mostra-se a saliente conexão entre violência de gênero, transtornos mentais e asilo/refúgio. Em um dos estudos (2001), ressalta-se como o estatuto inseguro da migração foi um fator determinante para tentativa de suicídio e automutilação. No outro, violência	British Journal of Social Work	Assistência Social / Ciências Humanas	Inglês	2011	Reino Unido
---	---	--------------------------------	---------------------------------------	--------	------	-------------

doméstica apareceu relacionada ao estatuto inseguro de migração e asilo. Emergem, então, muitas variáveis que requerem um olhar específico de gênero ao lidar com assistência social e refugiados, entre elas, a incerteza do estatuto, a violência doméstica (atrelada à dificuldade de recorrer à polícia), a dificuldade em relatar violências e ter como provar as experiências, muitas vezes perpetradas por agentes do Estado a quem elas denunciam.

Acculturation, partner violence, and psychological distress in refugee women from Somalia	Os resultados condizem com o esperado: há uma combinação linear entre melhor proficiência em inglês, tempo nos Estados Unidos, e menos amigos estadunidenses, fatores que previram experiências de agressão psicológica por parceiro. Quanto ao abuso físico, melhor proficiência em inglês, mais tempo nos EUA, mais amigos estadunidenses, antecipam abuso por parceiro. É possível inferir que uma mulher bem adaptada e aculturada, na sociedade que a recebe, aumenta a chance de violência do parceiro (sugestões para explicação: homens se sentem ameaçados, encaram como um lembrete de suas incapacidades, perda de controle, e o ganho de	Journal of Interpersonal Violence	Estudos de Violência/ Criminologia	Inglês	2008	Estados Unidos
--	--	-----------------------------------	------------------------------------	--------	------	----------------

independência das esposas). Quanto maior a agressão psicológica, maior o estresse psicológico. Entre as mulheres que sofreram abusos físicos, quanto menor a proficiência em inglês, o tempo nos EUA e maior número de amigos, o resultado era maior estresse psicológico.

6 RESULTADOS

A categorização dos estudos, a partir dos achados da revisão sistemática, exigiu esforços consideráveis. Os artigos em saúde mental, violência e gênero possuem a interseccionalidade como característica marcante, e, algumas vezes, um mesmo estudo é elegível para mais de uma classificação.

A divisão das categorias foi feita em três blocos: violências; violações de direitos e enfrentamento. O primeiro corresponde à Violência e duas subcategorias: Violência praticada por Parceiro Íntimo (VPI) x Violência praticada Por Outros; e Violência Sexual. Já no segundo bloco, os estressores em mulheres refugiadas estão relacionados a violações de direitos contextuais ao refúgio, assim como estruturais – como dificuldades na adaptação, pobreza, desemprego, más condições de moradia -, para além da relação com violência perpetrada por alguém, ou seja, violações de direitos. Por fim, o terceiro bloco diz respeito ao enfrentamento durante o período da pós-migração, com apoio social e resiliência enquanto subcategorias.

Faz parte do objetivo deste trabalho: 1) analisar criticamente as conclusões gerais e relacioná-las à teoria, 2) à concentração da produção geográfica sobre o tema, assim como a concentração epistemológica das áreas de conhecimento que dominam as discussões, 3) analisar o conteúdo dos achados, assim como as lacunas identificadas e os possíveis apontamentos para novas discussões e novas formas de pensar a saúde pública, o gênero e o refúgio e a raça.

Os apanhados das duas primeiras categorias – Violência e Violações de Direitos – são entendidos como fatores de risco à saúde mental de mulheres refugiadas. Um primeiro estudo nos serve de guarda-chuva porque funde nossas primeiras duas categorias.

O estudo elencou os tipos de violência direta e violações estruturais e contextuais sofridas por mulheres nas três temporalidades da migração forçada: pré-migração, durante a rota e pós-migração (LA CASCIA *et al.*, 2020). O estudo é útil enquanto guarda-chuva, uma vez que introduz o tema e elenca a suscetibilidade às violências e violações, respaldadas pelo gênero, e seus impactos observados na vida de mulheres em movimento.

Conduzido por La Cascia e colegas (2020), a revisão narrativa apontou para fenômenos específicos do gênero: a insegurança, as relações de poder respaldadas pela ordem vigente a violência em si. Antes da saída dos países de origem, mulheres se mostram vulnerabilizadas ao casamento forçado, ao casamento infantil e ao estupro, sob a justificativa de valores culturais. Durante o período de deslocamento, o estupro tem um leque de perpetradores possíveis – não só conhecidos, não só o parceiro íntimo, como também militares, agentes do Estado e companheiros de rota -. Combinadas a esta experiência, situações de insegurança e precariedade

abriram espaços para eventos como prostituição forçada, mulheres instrumentalizadas enquanto meios de troca e condições insalubres durante o movimento entre e intra-fronteiras. Por fim, no período de adaptação em novos territórios, o pós-migração, mulheres encontraram questões relacionadas ao isolamento social, aculturação, barreiras culturais e linguísticas.

Quanto ao impacto destas possíveis violências, a revisão narrativa trouxe uma conclusão fundamental para se ter em mente, antes de adentrar as especificações das próximas questões: quando mulheres e homens são expostos a um evento traumático, as primeiras têm duas vezes mais chance de desenvolver Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). Os artigos encontrados pelos autores também apontaram para a prevalência de transtornos de saúde mental em 47.6% das vítimas de VPI em 18 estudos, 17.9% em estudos realizados com enfoque em suicídios, 63.8% em estudos enfocados no TEPT, 18.5% em dez estudos sobre abuso de álcool e 8.9% em quatro estudos sobre uso de drogas.

6.1 VIOLÊNCIA

Como determina o título do trabalho, começamos a categorização por Violência e depois partimos aos seus desdobramentos e especificidades: Violência por Parceiro Íntimo, Violência por Outros e Violência Sexual.

Um relatório do Médicos Sem Fronteiras (MSF), publicado por Hossain e colegas (2020), trouxe índices gerais de violência de gênero, a fim de alertar para a gravidade da situação de refugiadas Rohingya em Bangladesh. Este relatório nos serve, em conjunção ao estudo anterior, para introduzir o tema da violência de gênero.

O estudo elenca as consequências do fenômeno para a vida das mulheres e para o acesso à saúde no contexto do refúgio, incluindo a reprodução adversa, os resultados reprodutivos, sexuais e mentais, a inadequação de dados que levam a programas mal construídos, o estatuto de refugiado, as diferenças linguísticas, dificultando a percepção de acesso à saúde, e a vulnerabilidade de mulheres refugiadas ao abuso sexual e à exploração.

Assim como os autores do relatório tinham o intuito de chamar atenção para a gravidade da situação e convocar trabalhadores da saúde e elaboradores de políticas para temas relacionados à problemática principal, esta dissertação também se construiu para trazer luz a esse fenômeno, que não é único a mulheres refugiadas, mas que afeta mulheres já em situação de vulnerabilidade por outros fatores, a serem elencados na segunda seção.

6.1.1 Violência por Parceiro Íntimo (VPI) x Violência por Outros

A Violência por Parceiro Íntimo, assim como a Violência de Gênero, é reportada em todos os ambientes e grupos socioeconômicos (WHO, 2002 *apud* GARCIA; SILVA, 2018) e acompanha a vida das mulheres das mais diferentes categorias interseccionais. Adota-se, para fins de clarificação, o seguinte conceito de VPI: “violência física, sexual, o abuso emocional e comportamentos controladores por um parceiro íntimo, durante ou após o término da relação” (GARCIA; SILVA, 2018, p. 2).

Embora o contexto de sujeição a deslocamentos forçados, aculturação e adaptação em novos territórios carreguem um acentuado grau de violência no espaço público, mulheres em situação de refúgio não têm, em suas casas, o espaço privado, um lugar seguro e imune a experiências violentas. Um estudo multi-países conduzido pela Organização Mundial da Saúde (GARCIA-MORENO, 2005), desafiou a percepção de que “estar em casa é um paraíso seguro para mulheres, onde estão em maior risco de experimentar violência por parceiro íntimo do que em qualquer outro lugar” (GARCIA-MORENO, 2005, p. 7).

Em contraposição à VPI, entende-se como Violência Externa, ou a terminologia adotada para esta revisão, Violência por Outros, a “violência cometida por membros não-familiares ou por não-parceiros íntimos” (WAKO *et al.*, 2015, p. 1090). É importante notar que essa tipologia ainda diz respeito à perpetração do ato violento por *alguém*, na qual a diferença reside em quem seria o autor.

Nesta revisão, veremos se existe uma vulnerabilidade à Violência por Parceiro Íntimo entre mulheres refugiadas, assim como os impactos diferenciados quando o perpetrador mantém relações íntimas com as vítimas, ou seja, contrapomos VPI e Violência por Outros. Dessa maneira, sete artigos foram classificados na categoria inerentemente relacional, que aborda a “Violência por Parceiro Íntimo” e “Violência por Outros”.

Em primeiro lugar, um estudo de caráter quali-quantitativo, realizado com refugiados Rohingya na Malásia (WELTON-MITCHELL *et al.*, 2019), explorou os padrões da VPI e os impactos na procura por serviços de assistência entre pessoas vitimizadas. Quanto ao método da pesquisa, foram aplicados questionários (CTS-2S, WASSS-6, escala de mensuração de gatilhos para VPI, escala de aceitação de VPI, questionários sobre a busca por assistência, crenças nas relações de gênero) em uma amostra de 75 homens e mulheres em situação de refúgio na região do King Valley, na Malásia. Os resultados confirmaram a vulnerabilidade de mulheres à violência por parceiros.

Entre os achados, quase todas as mulheres vivenciaram empurrões e tapas no ano anterior por seus parceiros, e mais da metade reportaram socos, chutes ou espancamentos.

Entretanto, apenas 20% e nenhum dos entrevistados homens reportaram essas experiências, confirmando as desiguais relações de poder respaldadas pelo gênero, em que a violência representa a expressão brutal do patriarcado (SAFFIOTTI; ALMEIDA, 1995). Múltiplos foram os fatores observados que acentuam a ocorrência de violência por parceiro íntimo, incluindo fatores relacionados ao ambiente em que estão inseridas.- questões financeiras, questões ligadas ao estatuto de refugiado, questões de segurança pessoal; fatores culturais e sociais – normalização da violência, sentimento de posse, ciúme, divisão de tarefas –; e fatores relacionados à saúde mental, presença de traumas ou transtornos mentais.

Em suma, os resultados corroboram para a conclusão de que mulheres estão sujeitas à maior violência quando o casal vivencia altos níveis de estresse e vulnerabilidade, presentes no contexto do refúgio, uma vez que “muitos na comunidade acreditam ser normal para um homem descarregar sua tensão abusando de sua esposa, e não sabem que isso [esse comportamento] é errado” (WELTON-MITCHELL *et al.*, 2019, p, tradução nossa).

Uma outra pesquisa realizada em centros de assistência para vítimas de violência de gênero em dois campos de refugiados no Quênia (HOSSAIN *et al.*, 2020) investigou os tipos de violência experimentadas por mulheres refugiadas e a prevalência de sintomatologia de saúde mental nesses sujeitos. O estudo de caráter qualitativo, a partir da aplicação de questionários feitos com 204 mulheres (questionário da OMS para Violência Contra Mulher, Washington Group Short Set WG-SS, HTQ-PTSD, GAD-7, PHQ-9) elencou resultados interessantes para reflexão.

Com relação às mulheres investigadas, quase metade das participantes (47%) reportaram ter sofrido VPI no ano anterior, entre elas, 63% relataram a ocorrência de duas formas de violência concomitantemente, sendo a violência emocional a mais prevalente: quase a totalidade das mulheres reportou essa experiência no ano anterior (91%). Em relação às implicações para saúde mental, 51% das mulheres pontuaram nos questionários suficientemente para identificação de sintomas de saúde mental, 41% delas com pontuação para ansiedade severa, 36% para depressão e 3% para provável TEPT. Quando comparado a mulheres vítimas de violência de gênero perpetrada por outros – cometida por agentes do Estado, desconhecidos, durante o conflito, etc. – a Violência por Parceiro Íntimo trouxe maior risco para a presença de depressão do que a Violência Por Outros.

As descobertas trazidas por Hossain e colegas (2020) permitem algumas inferências quanto à interação entre violência e sintomatologia. A primeira é de que a ocorrência de Violência por Parceiro Íntimo (VPI) é altamente prevalente entre mulheres refugiadas, em contextos de vulnerabilidade e fatores ambientais, em que maior parte da amostra aponta para

ocorrência de duas violências. Em segundo lugar, as consequências para a saúde mental foram evidentes, especialmente em mulheres vítimas de violência doméstica, com perpetrador conhecido. Essa reflexão sugere que a violência em um espaço assumidamente “seguro” - a casa, o abrigo, o acampamento - a violência recorrente, possivelmente respaldada por valores “culturais” e normas sociais, permanece enquanto situação íntima do casal, sem assistência de outros e culpabilização dos responsáveis. Portanto, o sistema de opressão respaldado no gênero, como aponta a fundamentação teórica do presente trabalho, é altamente nocivo ao bem-estar de mulheres, estejam elas em movimento ou não, porque ocasiona uma tipologia de violência dificilmente rompida, a violência doméstica, íntima, do espaço privado.

O grupo de pesquisadores também publicou um artigo em 2020 (HOSSAIN, 2020) a partir da mesma amostra de 204 mulheres refugiadas, localidade e método (questionário da OMS para Violência Contra Mulher, Washington Group Short Set WG-SS, HTQ-PTSD, GAD-7, PHQ-9). Nesta produção, o enfoque foi dado às relações entre deficiência, violência de gênero e saúde mental em mulheres refugiadas e em um contexto humanitário.

Entre os resultados, mais de um terço das mulheres indicou sintomas de depressão de moderados a severos (36%); 41% de ansiedade moderada à severa, 3% de provável TEPT. Mulheres que experienciaram Violência por Outros, antes de chegar ao campo de refugiados, tinham níveis piores de saúde mental para ansiedade e TEPT, o que converge com a tendência geral dos artigos, de que VPI é altamente prejudicial e patologizante para mulheres. Com relação a portadoras de deficiência, essas têm mais probabilidade de relatar condições deterioradas de saúde mental (50% reportaram sintomas para depressão, 52% para ansiedade e 7% para provável TEPT), assim como maior histórico de violência prévia à chegada nos países de destino, apontando para a comorbidade nestes casos.

O quarto estudo selecionado, conduzido por Wako e colegas (2015), foi dividido em duas partes – uma revisão sistemática de literatura, a fim de fundamentar a pesquisa, e a análise de dados populacionais levantados pelo Comitê Americano de Refugiados (ARC) - para observar os índices de Violência Parceiro Íntimo (VPI), os fatores demográficos a ela associados, e se existiria relação entre a exposição à violência perpetrada por outros agentes – na mesma família ou por agentes externos – e a ocorrência de VPI.

A pesquisa realizada pelo Comitê Americano de Refugiados (ARC), em 2008, em dois campos de refugiados em Ruanda, aplicou questionários (específicos para a apreensão de VPI, questões sociodemográficas) em 548 mulheres, entre 15 a 49 anos, que já tinham sido casadas ou que estiveram em relacionamentos. Da amostra total de respondentes, um quinto das mulheres relataram VPI, mais da metade reportou Violência Externa (52.7%), e 6%

apresentaram histórico de violência familiar – quando o agressor faz parte da família, mas não é o parceiro íntimo. Além disso, aquelas que vivenciaram Violência Externa apresentaram onze vezes maior probabilidade de experimentar VPI do que entre mulheres não vitimizadas pelo primeiro tipo de violência.

O estudo infere que, em ambientes com baixa proteção social, onde há conflito acentuado, a violência vivida em casa é amplificada. Assim, mulheres refugiadas já vulnerabilizadas, vítimas de violências no espaço público, apresentam maior probabilidade de serem violentadas também no espaço privado. Essa conclusão converge com o que fora apresentado anteriormente (WELTON-MITCHELL *et al.*, 2019), em que ambientes estressores, onde se observam mudanças nas dinâmicas de poder socioeconômicas, políticas e pessoais – o que pode ser entendido como alteração nos papéis de gênero - a agressividade masculina solidifica-se contra sua parceira.

Outro estudo (SIPSMA *et al.*, 2015) também se apropriou de dados de 548 mulheres refugiadas em Ruanda, e foram aplicados os questionários (SRQ-20 para as últimas quatro semanas; questões sobre características sociodemográficas (idade, estado civil; mensuração da habilidade de leitura; campo de refugiados em que vive) na amostra selecionada.

Os resultados sugeriram que, embora mulheres que apresentem altos níveis de violência generalizada sofram de níveis deteriorados de saúde mental, comparados a mulheres que não sofreram, a chave central encontra-se na Violência por Parceiro íntimo. Mulheres que experienciaram maiores níveis de VPI têm maior probabilidade de ter saúde mental deteriorada. Além disso, 50% das mulheres da amostra relataram ter sofrido algum tipo de violência durante suas vivências, 15% delas no período pós-conflito.

Outra pesquisa utilizou os resultados de um estudo populacional do Comitê Americano de Refugiados, mas em outra localidade. Na fronteira Tailândia-Mianmar (FALB *et al.*, 2013a), analisou os achados da pesquisa, a fim de investigar a prevalência da vitimização por VPI e a relação com a violência ocasionada por conflito, violência generalizada, nos índices de prevalência.

Na investigação, 861 mulheres casadas, vivendo em três campos de refugiados, no momento do estudo, cumpriram as variáveis de interesse e foram investigadas, a partir da aplicação de três questionários (questionário relativo à vivência de VPI no ano anterior; questionário sobre violência de conflito a partir de 8 itens; co-variáveis demográficas), a maior parte delas pertenciam à etnia Karen, eram cristãs, tinham em torno de 30 anos e apresentavam certa dificuldade de leitura.

Os resultados da investigação quantitativa trouxeram semelhanças já trabalhadas aqui: vítimas de violência generalizada, violência de conflito, apresentaram 5.7 vezes mais chance de reportar VPI. Além disso, na Violência Por Outros, quase 10% das entrevistadas relataram ser vítimas desta violência, em que na maioria das vezes, teve lugar na casa ou vila onde a vítima mora, perpetrada por militares. Entre as vitimizadas, 67% viveu apenas uma forma de violência, 20.5% duas e 16.9% três formas. Esses achados, principalmente o primeiro, corroboram com a hipótese de que um ambiente hostil, marcado por um contexto externo violento, onde há baixa proteção social, contribui para a exacerbação da VPI. As explicações residem, como já foi tratado, na convicção de que homens “têm direito” a reproduzir a violência em suas esposas e companheiras, descarregando a tensão, como mostrou o estudo de Winston-Mitchell e colegas (2019).

Falb e colegas aproveitaram-se da mesma amostra, local e temporalidade da pesquisa para alcançar outros objetivos (FALB *et al.*, 2013b). Desta vez, investigaram, especificamente, o fenômeno da ideação suicida entre mulheres refugiadas e a relação com outros fatores demográficos, de experiência de violência, etc. Aplicaram outros questionários (um sobre a intenção de acabar com a própria vida nas semanas anteriores ao estudo – com respostas sim/não; escala de 4 itens para avaliar VPI física, sexual ou emocional entre mulheres que já foram casadas; questionário sobre violência de conflito usando 8 itens e co-variáveis demográficas) nas mesmas 861 mulheres morando nos três campos de refugiados na fronteira Tailândia-Mianmar.

Entre os achados, 45 mulheres da amostra reportaram a experiência de VPI unicamente. Destas, 26.7% apresentaram ideação suicida, enquanto 50% das mulheres que relataram ter sofrido tanto VPI quanto Violência por Outros relataram o mesmo fenômeno. O estudo concluiu que a experiência de VPI aumentava em 10 vezes a chance de apresentar o fenômeno no último mês, quando comparado a mulheres sem histórico de VPI. Isso conduz à conclusão, comprovada pelo estudo, que ser solteira é um fator protetivo para ideação suicida, apontando para a problemática dos casamentos e o grau de violência envolvido nas relações íntimas entre casais.

A próxima subcategoria se debruça sobre a Violência Sexual, um fenômeno que intersecciona VPI e Violência Por Outros até então apresentados. Praticada por outros ou por seus parceiros, elencamos estudos relevantes para este trabalho.

6.1.2 Violência Sexual

Em contextos de conflitos armados e deslocamentos, a Violência Sexual Baseada no Gênero (SGBV) assume diferentes roupagens, incluindo exploração sexual, casamento forçado e precoce, violência sexual e doméstica (LA CASCIAL *et al.*, 2020) e persiste em todas as fases da migração forçada, mesmo após o período de aculturação e adaptação (ZIVOT *et al.*, 2020). Na pré-migração, casamento forçado e estupro são, por vezes, justificados a partir de “valores culturais”, enquanto durante a rota, a suscetibilidade à violência expande-se para diversos perpetradores, não só parceiros íntimos ou conhecidos, e emergem experiências como a prostituição forçada e a violência sexual enquanto meio de troca (LA CASCIA *et al.*, 2020).

Entre os vinte e quatro artigos recuperados e considerados para análise a partir da revisão sistemática, cinco têm como tema a Violência Sexual em mulheres refugiadas e/ou solicitantes de asilo (MOROF *et al.*, 2014; AINAMANI *et al.*, 2020; KIM *et al.*, 2017; LEVER *et al.*; YOHANIA; OKEKE-IHEJIRIKAB, 2018). Entretanto, alguns resultados são conflitantes.

O primeiro estudo selecionado tem caráter quantitativo, realizado com 500 respondentes, com respostas consideradas de apenas 117 mulheres refugiadas e solicitantes oriundas da República Democrática do Congo e da Somália (MOROF *et al.*, 2014), em Kampala, Uganda. Apresentou como objetivo principal investigar as consequências de Violência de Gênero para saúde mental, a fim de determinar o impacto completo do fenômeno para saúde pública, e estabelecer planos de intervenção. Para os fins mencionados, a pesquisa dividiu a amostra entre quem possuía ou não histórico de violência sexual, concluindo que participantes do primeiro grupo tiveram 3.8 vezes mais chance de apresentar sintomas de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) em comparação a mulheres sem histórico de violência sexual.

Os resultados obtidos a partir da aplicação de questionários (HSC-25, HTQ-PTSD, dados demográficos, informações gerais sobre violência física, sexual e de saúde mental) demonstraram índices alarmantes de vitimização: 87% das mulheres tinham histórico de violência física ou sexual durante a vida, e 76.2% relataram algum episódio de violência física, enquanto 84% algum tipo de violência sexual. Além disso, a Violência por Outros/ Violência Externa teve maior ocorrência do que a VPI, para todos os tipos.

Na amostra analisada, 84% das mulheres reportaram ter vivido alguma experiência que se enquadre como violência sexual durante a vida, fator que se mostrou determinante para maior prevalência de TETP entre as mulheres vitimizadas, em comparação a mulheres não-vitimizadas.

Em consonância com esses resultados, em segundo lugar, uma investigação conduzida por Ainamani em colegas (2020), em Uganda, sobre a relação entre estupro e o desenvolvimento de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) investigou a maneira como o gênero atravessa e afeta diferentemente mulheres e homens no contexto do refúgio, moldando a resposta ao trauma e a vivências de guerra.

Quanto ao método, 143 homens e 182 mulheres, em situação de refúgio, foram considerados para amostra, a partir do recrutamento em bola de neve, e cumpriram os requisitos da pesquisa: a data de chegada no país foi mais antiga do que o mês anterior à realização do estudo, e posterior ao ano de 2012. Foram aplicados questionários (checklist of 25 war-related traumatic-event types; (PSS-I);) e a amostra dividida em subgrupos quanto à potencialidade de eventos traumáticos relacionados à guerra: muito baixo (0-4), baixo (5-8), moderado (9-12), alto (13-16), muito alto (17-20), extremamente alto (21-24).

Os resultados comprovaram que vivenciar um estupro é chave central para risco aumentado de desenvolver TEPT. Entre os achados, mulheres apresentaram uma maior probabilidade de ter vivido a experiência – 56% das mulheres a relataram, contra apenas 15% entre homens -, assim como uma prevalência maior de TEPT do que homens (93% contra 83%), acompanhado de sintomas mais graves.

O que se entende, a partir do estudo, é que não houve diferença entre exposição a diferentes tipos de trauma nos dois grupos da amostra quantitativamente. No entanto, as mulheres carregam maior risco condicional de desenvolver TEPT, porque são as principais vítimas de estupro (AINAMANI, 2020).

Entretanto, uma pesquisa quantitativa realizada com 140 refugiadas norte-coreanas morando na Coreia do Sul (KIM *et al.*, 2017) contradiz os achados anteriores. Após a aplicação dos questionários (questionário sobre a experiência de assédio sexual, tentativa de estupro e estupro; 19 itens para mensuração de TEPT a partir do DSM-IV; EPDS; questionário de identificação de transtornos relacionados ao uso de álcool; SSI), os autores trouxeram algumas conclusões.

A ideação suicida e uso prejudicial de álcool prevaleceram significativamente no grupo que havia vivenciado violência sexual, em consonância com os outros estudos sobre as consequências nocivas dessa violência sexual para saúde mental. Entre as mulheres norte-coreanas, quase a totalidade da amostra (97%) experimentou um ou mais eventos traumáticos na Coreia do Norte ou durante a fuga do país.

Entretanto, embora altamente vitimizadas por trauma, um segundo achado elencou que não houve diferença significativa nos índices de depressão entre mulheres refugiadas norte-

coreanas vitimizadas e não-vitimizadas por violência sexual, apontando que altos níveis de depressão aparecem nos sujeitos investigados de maneira indiscriminada.

A partir desse resultado, concluiu-se que a conjunção de fatores - o estatuto de refugiado, as experiências traumáticas experimentadas quase unanimemente, e o gênero - foi suficiente para aparição de danos à saúde mental das mulheres estudadas, sejam elas vítimas ou não de violência sexual (KIM *et al.*, 2017).

Um outro estudo, de Lever e colegas (2019) elucidou os efeitos adversos da Mutilação Genital Feminina (MGF) que transbordam as consequências para saúde física, avaliando a frequência de ansiedade, depressão, TEPT e todas as experiências de violência em mulheres que experimentaram mutilação genital feminina, circuncisão feminina (MGF).

A pesquisa de caráter quali-quantitativo foi desenvolvida a partir da aplicação de instrumentos (exame médico e ginecológico, HSCL-25; HTQR-IV) na amostra de 13 mulheres atendidas por um programa de assistência em Nova Iorque, Estados Unidos. As participantes eram maiores de 18 anos, aplicando para obtenção de asilo no país, a partir da justificativa de vitimização por mutilação genital.

Os resultados elucidaram que, além da mutilação genital, todas as mulheres reportaram sofrer outro tipo de violência de gênero, apontando para a co-prevalência e vulnerabilidade acentuada provocadas pelo fenômeno. Da totalidade das entrevistadas, 77% experienciaram violência física, 85% violência psicológica, e 46% violência sexual. Quanto aos índices de saúde mental, 12 das 13 mulheres investigadas obtiveram pontuação suficiente no questionário para ansiedade e a totalidade das entrevistadas pontuou para depressão e TEPT.

Por fim, um estudo qualitativo realizado com seis profissionais de saúde que assistiam refugiadas sobreviventes de violência sexual no Canadá (YOHANIA; OKEKE-IHEJIRIKAB, 2018) investigou as consequências dessa violência no processo de aculturação e integração das mulheres atendidas no país de chegada.

Os resultados apresentados no artigo elucidaram a extensão e a profundidade dos impactos da violência sexual na saúde mental e no bem-estar de mulheres refugiadas que a experimentaram. A vergonha, o estigma e o silêncio foram três fatores determinantes para a reticência quanto a denunciar experiências de violência sexual, e, especialmente, os primeiros interferem no processo de reportar suas experiências a terceiros, o que é prejudicial ao processo de recuperação.

Em primeiro lugar, o estigma de ter sofrido violência sexual está relacionado à sensação de perda de valor enquanto mulher, isolamento social, dificuldade em encontrar um parceiro íntimo ou até mesmo de permanecer com o atual. Já o silêncio, segundo as entrevistadas, foi

percebido enquanto uma estratégia de sobrevivência, em que relatar uma experiência pessoal de violência pode significar abrir mão da privacidade de toda a comunidade em que a mulher se insere. Além disso, a relutância em serem vistas como resultado de suas experiências passadas, com uma identidade limitante de vítima, também reduz a inclinação a relatar violências, levando a fenômenos como minimização e supressão do histórico de violência sexual. Combinado a isso, também foi reportado o estresse oriundo do estereótipo e estigma relacionados a ser uma mulher refugiada e/ou africana.

6.2 VIOLAÇÕES DE DIREITOS

A categoria “violações de direitos” a ser examinada inclui quatro artigos em que os índices de saúde mental em mulheres refugiadas foram apresentados sem vinculação direta e exclusiva com experiências de violência perpetradas por um agente, íntimo ou não. Nesta seção, temos uma amplificação de fatores possíveis que produzem consequências para saúde mental dos indivíduos, como a incerteza jurídica quanto ao estatuto de refugiado, a aculturação, as barreiras linguísticas e culturais, a precariedade econômica e social, a insegurança, e a busca por necessidades urgentes como emprego e moradia, entre outros.

Como já explorado na fundamentação teórica desta dissertação, nos apropriamos de um conceito amplo em saúde mental, para além da patologização e abordagem biomédica do tema. Assim como Zivot et colegas, autores de um dos estudos selecionados para esta revisão:

É nossa esperança que esta revisão de escopo contribua para uma mudança na conceituação de saúde de refugiados, e as prioridades de pesquisa relacionadas, para enfatizar a importância das experiências vividas e determinantes sociais da saúde, além dos resultados biomédicos de saúde (ZIVOT *et al.*, 2020, p. 17, tradução nossa).

Embora as próximas páginas, assim como as anteriores, tragam diversos índices e porcentagens, esses nos servem unicamente como dados mensuráveis e quantitativos dos impactos das violências, sob diversas roupagens, para além das clássicas apresentadas na categoria anterior no contexto do refúgio. Argumentamos, por exemplo, que a insegurança jurídica quanto ao estatuto de refugiado, a ausência de laços sociais, a precariedade de moradia e renda são, também, facetas da violência.

Desta forma, evitar a biomedicalização dos corpos e das vivências das mulheres investigadas é entender que a complexidade para saúde mental transborda os diagnósticos de depressão, ansiedade severa ou TEPT, por exemplo. Trata-se de apropriar de uma abordagem

holística da saúde mental em que a prevalência, a incidência e a probabilidade são pontos de partida para análises mais amplas, e não pontos de chegada.

Primeiramente, Kira e colegas (2010) examinaram as consequências da discriminação embasada em gênero no aparecimento do Transtorno traumático cumulativo e TEPT em mulheres refugiadas, a partir de um estudo quantitativo. A amostra totalizou 160 mulheres, de 12 a 72 anos, de 37 países que frequentavam um centro de assistência para sobrevivente de tortura e trauma. Da totalidade das respondentes, 53 mulheres sobreviveram à tortura, em primeiro grau, e 107 sobreviveram à tortura de maneira secundária (quando o indivíduo é exposto a pessoas que foram traumatizadas).

Entre os resultados, mulheres refugiadas que vivenciam discriminação com base em gênero, em níveis significativos, estavam em maior risco de desenvolver transtorno traumático cumulativo e efeitos indiretos de TEPT. Quando já se tem o primeiro transtorno, a discriminação de gênero afeta o risco de desenvolvimento de TEPT. Esta, entretanto, perde certa importância quando se experimenta outro tipo de trauma, como um evento catastrófico. A partir dos achados, é possível inferir que esta discriminação funciona enquanto um catalisador para outros transtornos, em vítimas primárias ou secundárias de trauma.

Em 2016, Haldane e Nickerson publicaram um artigo sobre a variação dos impactos do trauma pessoal e não interpessoal em mulheres e homens refugiados. A pesquisa investigou o papel do gênero no aparecimento de sintomas e se há diferenças nas experiências entre os dois grupos de sujeitos examinados. Para isso, o estudo de caráter quantitativo contou com a aplicação de questionário (HTQ, PSSI com quatro perguntas adicionadas sobre histórico de sintomas nas semanas anteriores relacionados à exposição ao trauma, HSC-25,) em uma amostra total de 91 pessoas, 60 homens e 31 mulheres, em que mais de três quartos tinham estatuto de residência insegura, das mais diversas origens morando em Sidney, Austrália.

Os resultados elencaram que homens estiveram mais expostos a traumas interpessoais e não-interpessoais do que as mulheres estudadas, contradizendo o estudo apontado na seção de Violência Sexual (AINAMANI *et al.*, 2020), mas que a tipificação do trauma impacta distintamente os dois grupos. Na pesquisa, dados mostraram que o desenvolvimento de transtornos mentais, em homens, se relaciona à vivência de traumas não interpessoais exemplificados por “insegurança alimentar, proximidade da morte e baixo acesso à assistência médica” (HALDANE; NICKERSON, 2020, p. 6, tradução nossa), já em mulheres refugiadas, a associação é contrária. Para esses sujeitos, experimentar situações como “prisão, lesão grave, situação de combate, lavagem cerebral, estupro ou abuso sexual e tortura” (*Ibid.*, p. 3, tradução

nossa) são mais patologizantes, possuindo um grande efeito negativo para sintomatologia do TEPT.

Infere-se que as implicações para saúde mental de refugiadas, neste estudo, residiram na violação dos corpos e vivências das mulheres, em situações em que há um perpetrador personalizado, o qual age direta e individualmente contra a vida das mulheres. Homens, por outro lado, sentem mais as consequências de condições estruturais, também violentas.

Um artigo conduzido por Stevenson et al (2019) estimou a prevalência de sintomas depressivos em mulheres sírias refugiadas – com estatuto oficial ou não oficial de asilo –, em comparação a mulheres libanesas, os dois grupos acessando ao centro de tratamento primário em Beirute, Líbano. Além disso, procurou relacionar a sintomatologia com fatores sociodemográficos e histórico de transtornos mentais, a partir da aplicação de questionários (EPDS e índices sócio demográficos, (estado civil, idade, histórico mental, etc) em 60 mulheres, 35 sírias e 25 libanesas. O país contabiliza, em 2017, quase um milhão de refugiados (ACNUR, 2019).

As mulheres investigadas - maiores de 18 anos, grávidas ou que tenham engravidado nos dois anos anteriores ao estudo– trouxeram os seguintes achados: resultados para provável depressão foram maiores em mulheres sírias do que libanesas, nos quais três quartos das primeiras pontuaram significativamente para depressão. Alguns foram os fatores que influenciaram nestes resultados, nominalmente a residência ilegal, aumento da exposição à violência doméstica e ao casamento em idade jovem, e histórico de transtorno mental (STEVENSON *et al.*, 2019).

Este trabalho corrobora com a fundamentação teórica e as hipóteses principais desta pesquisa. Entendemos, após a leitura do artigo, que ser uma mulher refugiada significa estar exposta a múltiplas facetas, tipologias e perpetradores de violência. Não só a violação direta pode ser considerada como fator de risco, como também fatores estruturais, e contextuais, incluindo a incerteza quanto ao estatuto jurídico e a residência ilegal, no caso do desenvolvido por Stevenson e colegas (2019). Além disso, a multiplicidade de violências carrega resultados quantificáveis, nesse estudo comparado, apontando para um aumento de vulnerabilidade e a prevalência de transtornos mentais nestes grupos de mulheres.

Nesta mesma linha, temos, enfim, um estudo que sintetiza as reflexões que esta seção se dedica a incitar. Chantler (2012), a partir de uma revisão de três artigos que ela mesma conduziu, identificou o impacto do estatuto de refugiado, do gênero, e das políticas restritivas a imigrantes e refugiados na saúde mental de mulheres, com foco no país de adaptação.

Para a autora, há condicionantes estruturais que determinam as implicações para sofrimento mental de refugiados, listados a seguir: à pobreza forçada enquanto pilar central de políticas rígidas de migração, combinada a condições precárias de habitação e baixo grau de acesso a programas de renda. Alinhados a esses três fatores, emergem outras consequências como o isolamento social, a incerteza quanto ao futuro, a detenção por razões injustas – e, aqui, criticamos a criminalização das pessoas migrantes – a qual se assemelha a experiências anteriores de tortura ou prisão (CHANTLER, 2012).

Somado a essas experiências, gênero é fator de risco adicional para aumento do sofrimento. A autora explica que, em países restritivos, onde apresentar um pedido de refúgio requer uma história e um fio convincente de argumentação, espera-se ouvir dos solicitantes, histórias de vitimização, que reforcem os estereótipos criados em torno da identidade dessas pessoas, especialmente mulheres. Os refugiados são, portanto, as vítimas do mundo, pessoas frágeis e vulneráveis, por essência, com pouca agência sobre suas vidas. Chantler se pergunta, então: como construir resiliência quando a identidade legítima é a de vítima?

Na fundamentação teórica, este ponto foi bastante explorado por Butler (2015) e Fassin (2018), a respeito do enquadramento do refugiado “vítima” que aceitamos, e da validade de um pedido de refúgio com marcas corporais de tortura e sofrimento, de acordo com filósofo francês. A partir da construção histórica do lugar da mulher vulnerabilizada, fragilizada, o refúgio exacerba essa percepção e categorização da mulher vítima.

Na próxima seção, aprofundamos a reflexão sobre construir resiliência a partir da criação de redes de apoio, arcabouço institucional do Estado receptor, assistência médica e social, além do fortalecimento da identidade dos indivíduos em situação de refúgio. Em suma, trataremos do conceito de apoio social e as implicações para a adaptação, aculturação e saúde mental de mulheres refugiadas.

6.3 ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO

O processo de adaptação em um novo país inclui contradições, barreiras, mas também oportunidades de construção de resiliência e criação de novas identidades para mulheres refugiadas. É neste período que se desenvolvem as estratégias de enfrentamento para lidar com as experiências passadas, mitigar os efeitos adversos à saúde mental e reiniciar suas vidas.

É um momento de confronto por parte dos países receptores, entre as leis de hospitalidade, explorada por Derrida, e assistência dada aos sujeitos. A escolha por um regime de hospitalidade em detrimento do outro, - quando um país tem maior disposição e arcabouço

para prover assistência a populações refugiadas ou quando é restritivo em suas medidas de imigração e bem-estar social - determina o apoio social institucional oferecido a mulheres refugiadas e influi em suas resiliências.

O apoio social, entretanto, não se limita ao sistema de assistência e saúde, assim como a saúde mental não se limita à presença de patologias. É um conceito que deriva de diversas fontes e tipos, inversamente relacionado à ocorrência de transtornos mentais. De maneira resumida, menor apoio social conduz a piores níveis de saúde mental.

Nesta seção, veremos a influência do suporte da comunidade, da religião, da família, de amigos – e até mesmo, especificamente, da figura materna (WARNER, 2007) – e de redes de assistência no processo de adaptação de mulheres refugiadas, no país de destino. E mais importante do que isso, veremos como o apoio social é uma estratégia de enfrentamento para mulheres em situação de vulnerabilidade.

6.3.1 Apoio social

O apoio social é fundamental para a construção de resiliência nos indivíduos, outra discussão trazida anteriormente. Neste trabalho, tratamos da resiliência enquanto processo misto: coletivo, influenciado por apoio social, e individual, desenvolvido pelas próprias mulheres e suas relações com religiosidade, fé, autoconfiança, etc. Resiliência é a segunda categoria desta seção, um desdobramento do suporte exterior, mas não limitada a ele. Os estudos trazidos aportaram estratégias como satisfação espiritual (SHISHEHGAR *et al.*, 2017), crença em si e autonomia para forjar sua própria identidade (SHERWOOD; LIEBLING-KALIFANI, 2012) para construção de resiliência em mulheres refugiadas, transbordando os fatores externos.

Em um estudo já citado na seção “Violência”, os desdobramentos da violência sexual na busca por assistência e apoio social também se mostram pertinentes a esta categoria por Yohania e Okeke-Ihejirika (2018). No que tange à resposta a necessidades básicas e adaptação, alguns padrões apareceram. Primeiramente, mulheres refugiadas priorizam a satisfação das necessidades mais urgentes: encontrar moradia e escola para crianças têm caráter prioritário quando comparado a tratar traumas experimentados.

Apoio social da comunidade emerge enquanto essencial no processo de adaptação, assim como espiritualidade, e maternidade. Esta última pode parecer um pouco contraditória, porque, ao passo que traz esperança de um futuro, as habilidades de ser mãe são influenciadas diretamente pelo trauma psicológico e sintomas associados (dissociação, dificuldades para

dormir, dificuldades cognitivas, desafios emocionais e comportamentais). Ter objetivos educacionais impulsiona as mulheres a proverem senso para suas vidas, objetivos tangíveis e a esperança de um futuro econômico satisfatório.

Em um estudo realizado por Warner (2007) com mulheres refugiadas Q'eqchi' no México, buscou-se examinar a influência dos laços sociais na sintomatologia de TEPT e o sentimento de angústia entre mulheres refugiadas, focando nas redes de apoio social da família natal. A particularidade deste estudo reside na valorização da língua falada pelas entrevistadas, especialmente, da expressão *muchkej* que a autora considerou como “uma expressão de angústia” (*Ibid.*, p. 205).

A investigação de caráter quali-quantitativo contou com questionário desenvolvido pela própria autora com perguntas fechadas e abertas sobre histórico de migração, repatriação, passado biográfico e apoio social; outro questionário especializado para condições de saúde específicas da cultura e entrevistas narrativas. A totalidade da amostra foi de 131 mulheres refugiadas do povo, de origem Maia, Q'eqchi' em Maya Tecu'n no México.

Entre os achados, a pesquisa dividiu as mulheres da amostra em dois grupos: as que relataram suporte de parentes natais, *Natal Kin Support Group*, e as que não relataram, *No Natal Kin Support Group*. Curiosamente, não houve disparidade significativa nos resultados sintomáticos para saúde mental entre os grupos, com ou sem apoio de familiares, com exceção de sintomas de “muchkej”. O fator mais determinante para a sintomatologia e a angústia entre os sujeitos da pesquisa foi a ausência da mãe convivendo com a entrevistada, o que aponta para a necessidade de laços sociais significativos. Tradicionalmente, mulheres Q'eqchi' confiam à sua família, e, principalmente, a suas mães, o apoio social. No deslocamento forçado entre países, muitos desses laços se perdem, ocasionando sofrimento mental e aparecimento de sintomas.

Com relação ao apoio social de outras fontes, papéis tradicionais de gênero e suas consequências trouxeram maior probabilidade de apresentar estresse de aculturação, depressão e sensação de impotência. São situações como a restrição a oportunidades de trabalho, assistência à saúde, treinamento para trabalho/habilidades e oportunidades de educação que dificultam uma adaptação positiva ao novo país.

Nos Estados Unidos, Nilsson e colegas (2008) conduziram uma pesquisa que mensurou as relações entre aculturação, apoio social, VPI e estresse psicológico em mulheres refugiadas oriundas da Somália. O estudo visou comprovar ou refutar a hipótese de que quanto maior o nível de aculturação, mais se prevê as experiências de VPI, e quanto maior a ocorrência de agressões psicológicas e abusos físicos, maior o estresse psicológico.

A investigação foi feita com 97 mulheres, mas apenas 62 cumpriram o requisito de estar casada no momento da aplicação dos questionários (HSCL-21; CTS-2; questionário sobre agressão psicológica e abuso físico; medição do nível de aculturação a partir nível de inglês, tempo nos EUA e o número de amigos no território estadunidense). Aqui, é importante delimitar o papel do apoio social na aculturação, uma vez que as redes sociais das entrevistadas – ou seja, o número de amigos – são consideradas fatores que interferem no estresse psicológico e na ocorrência de violência.

Os achados apontaram para uma primeira conclusão esperada: maior ocorrência de agressão física resultou em maior estresse psicológico. Em segundo lugar, a tentativa de aculturação por parte das mulheres refugiadas previu maior risco de abuso por parceiro, o que não nos parece surpreendente. Segundo os autores, “os resultados mostraram uma combinação linear entre melhor proficiência na língua inglesa, maior tempo nos Estados Unidos, menos amigos estadunidenses e experiências de agressão psicológica pelo parceiro” (NILSSON, 2008, p.1658, tradução nossa). Esse resultado condiz com algumas outras conclusões elencadas na seção sobre Violência, em que a alteração nos papéis de gênero, na realidade íntima de um casal, conduz à maior ocorrência de VPI. Para os autores, teorizou-se que parceiros podem encarar uma boa adaptação de suas esposas, expressa pelo domínio do inglês, como uma caminhada de suas companheiras rumo à independência e à autossuficiência.

No que diz respeito à busca por apoio social de fonte formal, uma revisão sistemática de literatura conduzida por Zivot e colegas (2020) abarcou as dificuldades e entraves de mulheres refugiadas em acessarem serviços de saúde e assistência. O objetivo do estudo foi compreender como o gênero opera enquanto determinante de saúde no restabelecimento de mulheres refugiadas nos países de destino.

O estudo identificou três níveis de análise que impactam o acesso à saúde no contexto de adaptação em um novo país por mulheres refugiadas. O primeiro deles, o nível micro, trata da influência de fatores privados na procura por assistência, notadamente influenciados pelo gênero e o sistema de opressão que recai sobre as mulheres, como as dinâmicas próprias de cada casa, a relação com o marido e a maternidade.

O nível meso, segundo nível, abordou o impacto da relação das mulheres refugiadas com a comunidade em sua volta, incluindo a confiança em redes de apoio próximas, como comunidades de refugiados e a religião que frequentam. Nesse ponto, notou-se o impacto do entorno na busca pela assistência, e do estigma, da vergonha e de outros entraves sociais, também determinados pelo gênero, para narrar experiências de violência sexual, como já apontado por Yohania e Okeke-Ihejirika (2018).

O terceiro nível, o macro, é mais abrangente e discutiu o preparo do sistema de saúde, dos países de destino, na recuperação e na assistência a mulheres em questão. Como fontes de apoio social formal e institucional, barreiras como discriminação, diferenças culturais e linguísticas e desconfiança quanto à confidencialidade dos profissionais impactaram o acesso aos serviços de saúde.

6.3.2 Resiliência

Entre os resultados do apoio social na comunidade de inserção, a resiliência é moldada como uma conjunção de múltiplos fatores. Os estudos apresentados, a seguir, trouxeram elucidações sobre o impacto da religião, espiritualidade, fatores materiais e processos pessoais na construção de resiliência.

Um estudo de caráter qualitativo conduzido por Sherwood e Liebling-Kalifani (2012) investigou os papéis da resiliência, enfrentamento e identidade na saúde mental de refugiadas, a partir de entrevistas semiestruturadas com cinco mulheres oriundas da Somália e uma do Zimbábue, em um centro de assistência de refugiados no Reino Unido. Aliada à pesquisa de campo, as autoras realizaram uma revisão sistemática de literatura em diversas áreas, incluindo estudos internacionais de mulheres, sociologia, estudos de refugiados e psicologia crítica.

Primeiramente, as entrevistadas relataram influência social e cultural significativas em suas experiências, que influenciaram a capacidade de resiliência. Experiências como a (socialmente construída) posição inferior ao homem, um relato de violência doméstica ignorada pela família, e a dificuldade em relatar casos de violência sexual, por vergonha ou estigma, foram relatadas como resultados da cultura e sociedade.

Um segundo resultado apontou para a extensão da violência durante o refúgio, já que todas as mulheres reportaram ter testemunhado situações de violência, e, entre aquelas que não tiveram acesso a apoio social, relataram raiva e culpa. Essa constatação ressalta a necessidade de se pensar e fortalecer o conceito de apoio social, essencial enquanto facilitador na superação de experiências violentas.

As incertezas geradas pelo estatuto jurídico do refúgio, acompanhadas do medo de voltar aos países de origem e a impossibilidade de trabalhar estiveram presentes em todas as narrativas, afetando negativamente a resiliência e a capacidade de enfrentamento das entrevistadas. A fim de construir e consolidar resiliência, as estratégias citadas foram, desde individuais, como pensamento positivo, conversar consigo mesma, forjar a própria identidade que transborde a caracterização como “vítima”, até passando por estratégias sociais, a exemplo

de cultivar relações com famílias e amigos, e, por fim, estratégias institucionais, a busca por ajuda prática e suporte legal para experiências de abuso.

Em 2017, Shishehgar e colegas publicaram uma revisão integrativa a fim de identificar os impactos do refúgio na saúde de mulheres refugiadas, partindo do pressuposto que se trata de um tema sub representado, e identificar fatores de resiliência entre os sujeitos durante o reassentamento. Para este fim, realizaram uma busca com o marco temporal de 2005-2014, e adotaram, como descritores, os termos em inglês: *refugee**, *‘asylum seeker*’*, *‘humanitarian’*, *‘women’*, *‘female’*, *‘cultur*’*, *‘social’*, and *‘health’* e selecionaram estudos de caráter qualitativo e quantitativo.

Após a aplicação de critérios de inclusão e exclusão e remoção de duplicados, vinte artigos foram considerados para a revisão. Em método semelhante ao desta revisão, os resultados foram separados em quatro categorias.

A primeira categoria agrupou fatores culturais que influenciam a saúde mental dos sujeitos, especialmente no período de adaptação a novos territórios e elencam, indiretamente, a fragilidade e o despreparo dos sistemas de assistência. Barreiras linguísticas e choque cultural podem influenciar mulheres refugiadas a não relatar suas experiências por medo de serem mal-interpretadas, do alto grau de exposição, dos longos períodos de espera, e da percepção de impaciência por parte dos intérpretes.

A segunda categoria elencou fatores culturais e materiais com potencial de afetar a saúde mental das mulheres no país de destino, incluindo discussões sobre a realidade factível, como a busca por emprego, a busca por moradia e acomodação seguras e o abandono de seus maridos por mulheres com mais recursos materiais.

Em terceiro lugar, a categoria que abarcou fatores pessoais incluiu a separação familiar – quando membros da família permanecem no país de origem – como grande influenciador para desenvolvimento de depressão e outros transtornos, assim como a preocupação com exploração sexual das filhas em troca de "aceitação" em novos ambientes e a perda de esperança no futuro.

Entretanto, a quarta categoria, trouxe um grupo de fatores positivos para adaptação de mulheres, contrabalanceando as outras três categorias. Foi denominada “fatores de resiliência” e incluiu a satisfação espiritual, religiosa ou não, a crença em “algo maior”, o apoio social da família e da comunidade étnica. Essa categoria trouxe o “lado positivo da migração”. Segundo os autores, enquanto grande parte da literatura sobre refugiados focou nos efeitos adversos como vulnerabilidade e desafios, a imigração também pode trazer algumas mudanças positivas para mulheres refugiadas como liberdade, igualdade, e maiores oportunidades de educação e trabalho” (SHISHEHGAR, 2016, p. 13, tradução nossa).

Um artigo publicado por Smigelskya e colegas (2017) investigou as experiências religiosas e espirituais vividas por mulheres refugiadas congoleesas que experienciaram violência sexual. A religião e a espiritualidade impactam positivamente na resiliência dos sujeitos, porque: “pode ter um papel relevante em auxiliar alguns sobreviventes de experiências traumáticas a entender, atribuir significado e se recuperar” desses atravessamentos (SMIGELSKYA, 2017, p. 271, tradução nossa).

O estudo de caráter qualitativo foi desenvolvido a partir de entrevistas semi estruturadas com 14 itens a serem respondidos e questões sociodemográficas. A amostra totalizou nove mulheres refugiadas oriundas do Congo morando nos Estados Unidos, auxiliadas por um representante religioso, um pastor, durante as entrevistas. Das nove mulheres, oito seguiam a religião protestante, e uma a Igreja católica.

Os resultados foram divididos nas seguintes categorias: (i) crença de que Deus está no controle; (ii) a reza; (iii) gratidão; (iv) compromisso espiritual. Na primeira categoria, duas crenças emergiram relacionadas ao controle de Deus.

A primeira reside na soberania da Sua figura, e que se pode depender dEle para todas as coisas, enquanto a segunda relaciona-se à crença geral de que as entrevistadas são protegidas por Deus. Na segunda categoria, ficou evidente a importância atribuída às orações, direcionadas aos seus companheiros, filhos, a tudo. As orações mostraram-se especialmente importantes quando relacionadas a dificuldades emocionais. Sobre a gratidão, embora muitas das mulheres tenham se emocionado enquanto narravam experiências violentas, as entrevistadas afirmaram estar gratas por estarem vivas. Por fim, o compromisso espiritual diz respeito aos esforços dedicados à espiritualidade, e relataram menor tempo para rezar nos Estados Unidos em comparação com seu país de origem, em razão de novas atividades e ocupações.

A partir da análise de resultados, a conclusão principal residiu no fato de que a fé não diminuiu, mesmo após a violência sexual e, em alguns casos, até se fortaleceu. Neste ponto, a fé emerge enquanto um instrumento primordial para construção de resiliência e para lidar não só com experiências de violência sexual, como também com uma variedade de estressores.

7 DISCUSSÃO

Após o passeio pelas três categorias principais identificadas na revisão - Violências; Violações de direitos e Enfrentamento – seguimos para as considerações a respeito dos achados. Esta seção é de suma importância para agrupar o que foi encontrado e aplicar um olhar crítico às produções, analisando onde foram conduzidas as pesquisas, quem são os sujeitos estudados, quais as áreas de conhecimento que têm se debruçado sobre os temas e, principalmente, o conteúdo que foi recuperado. A partir desta leitura atenta, é possível inferir as principais tendências e conclusões no que diz respeito à violência, refúgio e saúde mental de mulheres refugiadas.

A fim de facilitar a compreensão do leitor, esta seção de discussão será dividida em: a) discussões epistêmicas (localização geográfica e áreas do conhecimento); b) consideração acerca do conteúdo e relações com a teoria.

7.1 QUANTO À FORMA

7.1.1 Concentração geográfica

Ao nos depararmos com os resultados das buscas, algumas perguntas nos vêm à mente. A primeira delas, é latente durante a análise: quem ganha destaque ao pensar nas migrações internacionais?

Na obra de Deisy Ventura e Veronica Yujira (2019), um grande mito das migrações internacionais cai por terra. Nas primeiras páginas, as autoras desconstruem a ideia de que os migrantes do Sul (Global) estão invadindo o Norte (Global) em um ritmo de migração descontrolado e irregular. Como já negamos na revisão teórica, os números contradizem essa narrativa. Mas então, quem tem pensado as migrações e o refúgio de acordo com o que foi encontrado na revisão?

Entre as vinte e quatro pesquisas encontradas, dezenove foram produzidas por autores filiados a universidades e/ou instituições localizadas nos Estados Unidos, Europa Ocidental, e Coreia do Sul, correspondendo a 76% do total da produção. Quatro pesquisas foram conduzidas em parceria entre instituições do Sul Global e do Norte Global: Alemanha e Uganda (AINAMANI *et al.*, 2020), Malásia e Estados Unidos (WELTON-MITCHELL *et al.*, 2019), Líbano e Reino Unido (STEVENSTON *et al.*, 2019) e Austrália e Estados Unidos (SHISHEGAR *et al.*, 2017). Apenas dois da totalidade de achados foram inteiramente

conduzidas por autores filiados a instituições do Sul, um de filiação a instituições na Índia e Bangladesh (HOSSAIN *et al.*, 2018) e outro na Austrália (HALDANE; NICKERSON, 2016).

Estes dados trazem a conclusão de que, na produção acadêmica sobre gênero, refúgio em saúde, e áreas correlatas, encontradas nas principais bases e repositórios de pesquisa, países que concentram menos de 15% da população refugiada no mundo (VENTURA; YUJIRA, 2019) detêm a maior parte das produções. A centralização da produção sobre o tema é evidentemente pensada por pesquisadores e financiadores do Norte sobre questões que são primordiais aos países em desenvolvimento.

As razões para a monopolização das epistemologias são variadas, obedecendo a uma colonialidade na produção do conhecimento acadêmico-científico que detém grande notoriedade. Segundo Rohan Deb Roy (2018), esse fenômeno tem sido apelidado de dominação intelectual do Ocidente, uma forma de neocolonialismo.

A intelectual Rawyen Connell critica a concentração de produção de conhecimento nas teorias sociais e a concentração no Norte Global e suas reflexões também são úteis para a pesquisa em saúde e de caráter transdisciplinar, como as encontradas na revisão. Segundo a autora (2012):

A metrópole, o centro imperial, tem sido o lugar preeminente para a teoria. Metodologia, formação conceitual, processamento de dados e debate intelectual aconteceram principalmente nas universidades, nos museus, nos jardins botânicos e nos institutos de pesquisa dessa região do mundo. (...) As formas de trabalho que constituem e direcionam o processo de produção de conhecimento *estão concentradas principalmente nas instituições de elite do Norte global*. (CONNELL, 2012, p. 10, grifo nosso).

No caso desta revisão, nos deparamos diante de uma produção massivamente estadunidense e europeia sobre um fenômeno que atinge, amplamente, países em desenvolvimento. Qual é o olhar desenvolvido por esses pesquisadores sobre o gênero, refúgio, violência e saúde mental? Por que a produção intelectual se limita a esses olhares? Eles são suficientes?

Dezenove das vinte e quatro pesquisas utilizaram-se de técnicas qualitativas ou quantitativas, isto é, técnicas que demandam pesquisa de campo e, conseqüentemente, recursos. A produção de conhecimento científico e “aceito para publicação” em grandes jornais, depende, portanto, da acumulação de capital. Foram as universidades e instituições com melhores financiamentos que realizaram pesquisas impensadas por organizações com escassez de recursos materiais.

Roy (2018) comenta a concentração de produção e publicação: “O flagrante racismo científico do século 19 deu lugar à noção de que a excelência em ciência e tecnologia é um eufemismo para financiamento, infraestrutura e desenvolvimento econômico significativos” (ROY, 2018, s/p). Nos nossos achados, a dita excelência dos artigos publicados relacionou-se à capacidade financeira dos desenvolvedores da pesquisa.

Vimos exemplos de trabalhos escritos por autores vinculados a grandes institutos. Alguns dos exemplos incluem o Centers for Disease Control and Prevention, nos Estados Unidos, cuja pesquisa de campo se deu em Uganda (MOROF *et al.*, 2014), The London School of Economics and Political Science, no Reino Unido, com campo no Quênia (HUSSAIN *et al.*, 2021; HUSSAIN *et al.*, 2018), Universidades de Harvard e Yale, em que as pesquisas de campo foram realizadas na Tailândia (FALB *et al.*, 2013a, 2013b).

Na primeira seção deste capítulo, quando foram apresentados os desenhos das pesquisas, observou-se a distribuição geográfica dos terrenos onde foram aplicadas as técnicas quali-quantitativas. Embora os intelectuais por trás dos estudos sejam de países do Norte Global, o panorama é diferente quando se trata da escolha do campo. Não surpreende que 70% dos locais escolhidos estiveram concentrados na África (oito), Ásia (cinco) e América Central (um). Ainda segundo Connell (2012): “Tanto nas ciências naturais como nas sociais, o mundo colonizado e a periferia global pós-colonial têm sido a zona na qual se coletam os dados em grande escala, e, posteriormente, aplica-se o conhecimento organizado” (p. 10).

É preciso considerar o impacto que a geografia e os consequentes entendimentos do mundo, recursos materiais e os limites da alteridade e empatia que ela determina, têm nos resultados das pesquisas.

É importante ressaltar que não estamos tratando de qualquer sujeito e qualquer localidade nessas pesquisas: estamos tratando de mulheres racializadas em situações de alta vulnerabilidade, por violência e/ou por outros estressores, em alguns contextos instáveis e de emergência humanitárias. Aqui pontuo *alguns* porque parte das pesquisas foram realizadas com refugiadas oriundas do Sul Global, morando em países como Estados Unidos e Reino Unido.

Há esse atravessamento que não pode ser ignorado ao analisarmos os achados. Vemos como pesquisadores patrocinados, em sua maioria, por Europa Ocidental e Estados Unidos, observam mulheres em situação de refúgio vindas de países em desenvolvimento, como mulheres somalesas, congolenses, rohingias, Q’eqchi’, sírias, mianmarenses/ birmanesas, zimbabuanas. São mulheres árabes, negras, asiáticas e indígenas, analisadas por uma lupa majoritariamente branca e anglo-saxã, o que não quer dizer que os resultados devem ser desprezados, mas, sim, analisados com cautela.

Como observou Fanon, no contexto da descolonização na Argélia, médicos oriundos de países europeus “sempre apareciam como uma ligação dentro da rede colonial” (FANON, 1965, p. 131 *apud* GOOZE, 2021, p. 9). A figura do pesquisador estrangeiro, europeu ou estadunidense, como na maioria dos estudos analisados, pode representar uma barreira para reportar os eventos, a partir de fenômenos como “a falta de confiança, a inconsistência, e a fricção entre a profissão médica e a população geral” (GOOZE, 2021, p. 9).

As particularidades apresentadas por mulheres (refugiadas) racializadas residem nas múltiplas subordinações a que estão sujeitas, combinadas a um arcabouço institucional, cujas expectativas estão construídas em contextos não interseccionais, o que limitam as oportunidades de intervenção para esses sujeitos (CRENSHAW, 1991). Em outras palavras, as mulheres estudadas são subordinadas diversas vezes, mas estão em estruturas não preparadas para lidar com essas interseccionalidades. No caso de mulheres refugiadas, é ainda mais complexo pesquisar e delimitar intervenções para sujeitos interseccionais nas categorias raça, gênero e nacionalidade.

7.1.2 Universalização do método: por uma abordagem culturalmente flexível

Neste tópico, elaboramos mais um apontamento. Apenas duas das vinte pesquisas conduzidas em campo, ou que usaram dados de pesquisas feitas em campo, atentaram-se para a importância das particularidades culturais na expressão do sofrimento mental e na aproximação com os sujeitos.

A pesquisadora Warner (2007) preocupou-se em entender uma expressão idiomática comum ao grupo de mulheres Q’eqchi’, o “muchkej”, para identificar os sintomas e as experiências associadas a ele. Quando narra o processo de entrevistas, a autora afirma: “Com isso em mente, iniciei a entrevista com uma lista de verificação estruturada e quase sempre fechada, mas deixei a lista aberta para quaisquer outras expressões específicas da cultura de estresse traumático” (WARNER, 2007, p. 200, tradução nossa).

Essa sensibilidade cultural permitiu, a partir do que foi narrado pelas mulheres, a identificação no muchkej, que costuma definir uma dor física em várias mulheres como um “Um idioma de angústia com uma multiplicidade de expressões físicas e significado social” (*Ibid.*, p. 208, tradução nossa). Segundo a autora, muchkej andaria ao lado de expressões como “*nervios*”, que expressa raiva e sensação de impotência e marginalização. Juntos, ajudam a compreender a sintomatização ligada a uma cultura.

O estudo conduzido por Smigelskya e colegas (2017) sobre a religiosidade em mulheres refugiadas congoleesas e sobreviventes de violência sexual foi auxiliado por um pastor. Segundo os autores, na República Democrática do Congo, os pastores são vistos enquanto figuras confiáveis e a presença deles foi pensada para aumentar a disposição das participantes em compartilhar as experiências. Uma organização não-governamental aproximou pesquisadores do intermediador, um pastor congolês em uma igreja local. O ator foi responsável por conseguir as entrevistas, antes dos intelectuais chegarem ao campo.

A disposição dos pesquisadores dos dois artigos em aproximar-se das entrevistadas é algo que auxilia no processo de investigação em campo. Além disso, a sensibilidade quanto às especificidades culturais dos sujeitos entrevistados orienta as intervenções com maior precisão e acurácia, além de, no caso da pesquisa de Warner (2007), “descobrir” – porque já está descoberto – publicizar e construir cientificamente novos entendimentos sobre sintomas e somatizações culturais.

É claro que é importante a existência de instrumentos como Harvard Questionnaire Trauma (HTQ-PTSD) e Hopkins Symptoms Checklist-25 (HSCL-25) utilizados nas pesquisas, porque são parâmetros internacionais para medir sintomas e classificar patologias. Entretanto, ao tratar de temas como subjetividades, estresse, angústia e sofrimento mental, a complexidade em narrar experiências ou, até mesmo, diferentes entendimentos sobre um transtorno, não consegue ser abarcada pela exclusiva tradução dos instrumentos.

É dessa forma que o trabalho conduzido por Warner se destaca ao congregar instrumentos “universais” – e aqui, as aspas cabem porque nesta seção, discutimos o que é universal na ciência e quem publica na ciência – e técnicas construídas pela própria autora para localizar e culturalizar a pesquisa. A rigidez dos métodos e a patologização da saúde mental têm muito a ver, nestes casos, com as áreas de concentração em que a maior parte dos estudos se localizam.

7.1.3. Áreas do conhecimento

Entre os vinte e quatro artigos recuperados, a fim de analisarmos quais as áreas de estudo se debruçaram sobre o tema na revisão, classificamos os achados a partir da revista em que foram publicados.

Onze artigos foram publicados em revistas que pertencem à área do conhecimento biomédico, seis às ciências humanas e antropologia, três aos estudos de gênero/estudos da mulher, dois estudos à área saúde pública e saúde coletiva, um foi publicado em uma revista de

bioética e ética, um em uma revista de violência e criminologia e, por fim, um artigo foi publicado em uma revista de caráter interdisciplinar.

Embora as ciências biomédicas representem quase 50% do total de áreas recuperadas, notamos que o restante dos artigos está distribuído em outras quatro categorias, ressaltando a interdisciplinaridade e extensão do fenômeno do refúgio. Inferimos que há uma variedade de olhares e perspectivas possíveis na análise da violência, gênero e refúgio.

Entretanto, ignorar a predominância de artigos da área da saúde biomedicalizada é ignorar boa parte das críticas tecidas nesta seção de considerações. A rigidez dos questionários e das técnicas pode conduzir a uma limitação do entendimento dos fenômenos, assim como a redução das experiências à pontuação em escalas de depressão, ansiedade ou TEPT.

Lília Schraiber argumenta que consideremos violência sexual aquilo que a vítima assim denomina¹³. Essa consideração retira da vítima a necessidade de “provar” que a violência realmente aconteceu, aumentando a relação de confiança entre pesquisador e pesquisado. Em um estudo conduzido por Lever e colegas (2019), as mulheres que cumpriam os requisitos da amostra passaram por um exame médico e ginecológico, a fim de provar que foram vítimas de mutilação genital. Esse tipo de método retira a confiança que se tem na palavra das refugiadas do estudo, expondo-as a uma possível recusa de participação na pesquisa, além da clara exposição de questões íntimas para os sujeitos.

Outro ponto relevante quando pensamos em pesquisas essencialmente biomédicas diz respeito à classificação dos sujeitos a partir de suas patologias, patologias essas só “descobertas” a partir da resposta positiva à lista de sintomas. O que significa não pontuar em uma escala para TEPT? A entrevistada não estaria “traumatizada” o suficiente por suas experiências traumáticas?

Amarante (2013) critica a categorização de doenças, pelos tratados de psiquiatria, como se fossem objetos de natureza, esquecendo-se dos sujeitos, tidos “apenas como pano de fundo” (AMARANTE, 2007, p. 105). Nessa linha de raciocínio, também tecemos crítica ao enfoque demasiado na doença e nas “métricas universais”, como vimos nas páginas anteriores, em que 63% (12 de 19) das pesquisas realizadas em campo foram unicamente quantitativas. Essas abordagens têm suas vantagens para auferir níveis populacionais de prevalência quando utilizadas amostras expressivas (FALB *et al.*, 2013a; FALB *et al.*, 2013b; SIPSMA *et al.*, 2015),

¹³ Tal afirmação foi feita em sala de aula durante a disciplina “Violência, Gênero e Direitos Humanos em Saúde: Questões para a Pesquisa e a Intervenção”, ministrada no âmbito do programa de pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP).

mas são reducionistas quando dividem os sujeitos entre traumatizados e não traumatizados, depressivos e não depressivos, ansiosos e não ansiosos.

7.2 QUANTO AO CONTEÚDO

7.2.1. **Psicologização de situações políticas**

A alta prevalência de transtornos mentais entre mulheres refugiadas, em Ruanda ou na Coreia do Sul, nos Estados Unidos ou no Canadá, está mais do que comprovada a partir da análise de resultados. Foram extensas páginas citando termos como depressão, ansiedade, e Transtorno de Estresse Pós Traumático (TEPT).

As discussões sobre a biomedicalização da área da saúde mental, presentes na fundamentação teórica do trabalho e na crítica anterior à concentração dos estudos em áreas biomédicas, devem ser aplicadas no conteúdo dos achados. Uma grande porcentagem de mulheres refugiadas que pontuaram o necessário nas escalas quantitativas para diagnósticos de transtornos, intrigam e desafiam os estudiosos a endereçar as causas do sofrimento mental e orientar políticas e planos para mitigá-los.

Observamos e categorizamos uma ampla gama de fatores encontrados na revisão: Violência por Parceiro Íntimo (VPI), Violência Por Outros, violência sexual (por parceiro íntimo ou outros), ausência de apoio social, estatuto jurídico inseguro, barreiras linguísticas e culturais, despreparo da assistência do país de destino, dificuldades de adaptação, etc.

Entretanto, após a leitura e a análise aprofundada dos vinte e cinco trabalhos, nos deparamos com os esforços em classificar, medicalizar e tratar questões que se estendem para além da psicologia e psiquiatria. Por isso, reafirmamos o que foi dito na fundamentação teórica: acreditamos que o sofrimento psíquico também é político. Ao nosso ver, reside aí a dificuldade ou a ausência de disposição em mapear e encontrar as causas e as soluções para a variedade de “CIDs” encontrados.

A criação do êxodo massivo de pessoas na contemporaneidade, a chamada “crise de refugiados”, é um produto de conflitos armados entre entes internacionais ou no âmbito doméstico, ou de políticas e regimes que prejudicam a vida de milhares. Como tratamos na fundamentação teórica, “a guerra moderna, o imperialismo e as ambições quase teológicas dos governantes totalitários, são, com efeito, a era do refugiado, da pessoa deslocada, da imigração em massa” (SAID, 2003, p. 33).

As mulheres refugiadas, assim como os homens, põem à prova o modelo de Estado-nação construído e vendido mundo afora. Os achados comprovam essa teoria.

Estudar unicamente as causas imediatas das complicações para saúde mental, como as relações íntimas e os desafios impostos pelo estatuto de refugiado, é limitar as possibilidades de intervenção. Para além disso, limitar a análise ao trauma e a prevalência de transtornos, como depressão e ansiedade, sem expandir o alcance para a política por trás da existência de 25 milhões de refugiados no mundo é psicologizar situações políticas (FASSIN; RECHTMAN, 2009), uma prática comum da psiquiatria colonial.

Dessa maneira, quando se estuda o trauma de refugiadas norte coreanas vivendo na Coreia do Sul (KIM *et al.*, 2017), na verdade, estuda-se a opressão de um sistema autoritário, isolado do sistema internacional. A mesma lógica pode ser aplicada nos dois estudos que realizaram levantamentos quantitativos em campos de refugiados em Ruanda (SIPSMA *et al.*, 2015; WAKO *et al.*, 2015), em que o trauma e os transtornos mentais reportados por mulheres são produtos de irrupções armadas na República Democrática do Congo e Burundi¹⁴. Ou quando mulheres congolosas são entrevistadas nos Estados Unidos (SMIGELSKYA, 2014), em Uganda (AINAMANI *et al.*, 2014; MOROF *et al.*, 2014), e demonstram que os índices de saúde mental denunciam muito mais a ocorrência de duas devastadoras guerras civis em 1996 a 1997 e 1998-2003 do que as causas imediatas para transtornos. Ou, citando o exemplo mais conhecido quando se fala em crise de refugiados, no estudo conduzido por Stevenson e colegas (2019), no qual as mulheres sírias grávidas ou que já tenham engravidado são vítimas de uma gama de fatores como residência ilegal, exposição à violência doméstica, casamento em idade jovem (*Ibid.*), mas principalmente, a uma guerra civil de mais de dez anos entre atores internacionais – Estados Unidos, Rússia, Turquia, por exemplo – e à administração de Bashar Al Assad.

O que queremos afirmar, como traz Fanon (1963 *apud* GOOZEE, 2021), quem centraliza a importância da cultura e sociedade no bem-estar dos indivíduos, é que o “mundo maniqueísta” não só deixa o nativo – mas aqui tratamos das refugiadas - passar fome "de pão, carne, sapatos, carvão, luz", mas também traz "violência para o lar e para a mente do nativo" (FANON, 1963, p. 30 *apud* GOOZEE, 2021, p. 9). Assim, as neuroses individuais resultam em parte do meio ambiente e em parte da reação do indivíduo a essas influências (FANON, 1963, p. 82 *apud* GOOZEE, 2021).

¹⁴ Ver <<https://www.unhcr.org/flagship-reports/globaltrends/>>. Acesso em: 26 jul. 2021.

E como continua Colvin (2008 *apud* GOOZEE, 2021), a falência da psiquiatria em endereçar as causas do trauma se relacionam à motivação política dessa área de conhecimento em que alguns problemas são legítimos e outros não (COLVIN, 2008 *apud* GOOZEE, 2021).

A excessiva categorização de transtornos observada nos estudos e o pouco espaço para a contextualização dos sujeitos entrevistados – quais as guerras às quais essas mulheres estão submetidas? Quem são os atores em campo provendo assistência humanitária? Qual a motivação política por trás da manutenção de campos de refugiados? - leva-nos a confirmar o que afirmou Colvin sobre a ótica e o desinteresse da psiquiatria em abarcar essas questões. A patologização e a medicalização caminham, na disciplina da psiquiatria, para a reabilitação dos indivíduos em sofrimento à sociedade causadora desse sofrimento. Normaliza e reintegra os pacientes sem que haja mudança ou reorganização da política e do poder soberano (EDKISN 2003 *apud* GOOZE, 2021). Enquanto narrar traumas dá força política aos sujeitos, a exclusiva medicalização e patologização neutraliza e apaga o conteúdo do que é dito (GOOZE, 2021).

As pesquisas apresentadas trazem o importante papel de identificar as causas variadas para o sofrimento mental de mulheres refugiadas, a fim de identificar as patologias, tratá-las clinicamente e aliviar os sintomas. Entretanto, é preciso ter em mente que as causas para a incidência desses transtornos são muito mais amplas e nos fazem questionar a lógica da “produção” massiva de pessoas em situação de refúgio, característica à contemporaneidade.

Portanto, a crítica se direciona à identificação das mulheres refugiadas como sujeitos vitimizados somente após um diagnóstico que as classifica como ansiosas, depressivas ou vítimas de TEPT. Quando, na verdade, como nos aponta Fassin e Rechtmann (2009) utilizando de outras situações traumáticas vividas por diferentes populações:

Antes e depois do tsunami (de 2004), os sobreviventes em Aceh já eram vítimas de dominação política, repressão militar, e marginalização econômica. Antes ou depois do furacão Katrina, a população de Nova Orleans já era vítima da pobreza e discriminação que reforçam desigualdades de classes por meio de distinções raciais. (FASSIN; RECHTMANN, 2009, p. 231, tradução nossa).

Transladando a reflexão para as mulheres refugiadas estudadas nas vinte e cinco pesquisas, antes ou depois do êxodo forçado, a realidade em que viviam já era difícil o suficiente para forçá-las a sair de seus países. É preciso ter cuidado, enfim, ao medicalizar e tratar paliativamente fenômenos que necessitam de uma reorganização de forças políticas como a “crise dos refugiados”. Ou, emprestando as palavras de Fanon ao tratar da relação entre o homem negro e o homem europeu: “Veremos que uma outra solução é possível. Ela implica uma reestruturação do mundo” (FANON, 2008, p. 82).

Em mulheres refugiadas racializadas não só a crise dos refugiados é pauta política, como o gênero, a raça e seus respectivos determinantes de opressão. Três categorias essenciais para a compreensão do “aparecimento” de transtornos mentais de maneira tão expressiva nos resultados.

7.2.2 Patriarcado, agressividade e violência nas relações íntimas em contextos “instáveis”

Ainda sobre a política por trás do sofrimento mental em mulheres refugiadas, o gênero enquanto categoria analítica e suas consequentes dinâmicas de poder e opressão explicam os resultados obtidos na revisão.

Após a leitura dos resultados categorizados na revisão, a VPI mostrou-se a chave central para resultados negativos na saúde mental dos sujeitos. Os achados relacionados a essa tipologia de violência nos permitem discutir as ideias apresentadas sobre gênero na fundamentação teórica, porque traz a dimensão relacional entre homem-mulher de maneira latente.

O primeiro ponto diz respeito à ocorrência da VPI em contextos humanitários e em situação de refúgio. Sobre este tópico, uma ampla gama de estudiosos têm afirmado e o resultados da revisão confirmam que a inversão de papéis tradicionais de gênero, na vivência íntima de um casal, posiciona “mulheres que desafiam papéis de gênero tradicionais em maior risco de sofrer violência por parceiro íntimo” (RIBEIRO *et al.*, 2020, p. 12, tradução nossa).

A violência de gênero, como já foi tratada na conceituação da dissertação, pode ser entendida como “uma maneira do homem recuperar sua maior autoridade em uma relação com sua parceira” (*Ibid.*, p. 13, tradução nossa). Então, em momentos como os narrados por alguns artigos, em que mulheres refugiadas adaptam-se bem ao país de destino e/ou passam a ser responsáveis pela renda da casa, colocam em xeque, e até questionam, a cultura masculina dominante. É nesta inversão que os parceiros enxergam a ameaça e recorrem à violência enquanto instrumento de “reafirmação” de valores tradicionais, de comando e poder, em suas famílias (*Ibid.*).

Dessa forma, a combinação entre atitudes conservadoras – e agressivas - dos parceiros, aliadas a uma cultura na qual as atribuições baseadas em gênero têm grande poder, vulnerabilizam mulheres que se emancipam – materialmente e socialmente – dos seus companheiros. A explicação sugerida em alguns estudos, como os de Ribeiro e colegas (2020), Antai (2014) e Bjelland (2014) é a de que um homem que se sente, ou se vê, em um estatuto inferior ao de sua parceira, “sente-se menos capaz de exercer sua masculina e cumprir os papéis

de gênero esperados” (BJELLAND, 2014 *apud* RIBEIRO, 2020, p. 5, tradução nossa), tornando-se agressivo.

Então, nesses casos, a VPI é uma resposta à sensação de inferioridade e à “perda” da masculinidade dos homens, em casais que vivenciam mudanças na dinâmica interna do relacionamento, como ocorre em situações de refúgio e de conflito armado. Ainda mais quando os sujeitos têm baixo apoio social, porque pode-se conduzir ao isolamento feminino (JEWKES, 2002 *apud* RIBEIRO, 2020). É o que comprova o estudo de Nilsson (2008) em que mulheres mais bem adaptadas aos Estados Unidos, com melhor proficiência na língua, mas com menos amigos (uma baixa rede de apoio), estão em maior risco de sofrer abuso por parceiros.

Conclui-se que quanto à VPI e papéis de gênero, em momentos em que mulheres ganham maior autonomia, tornando-se responsáveis financeiras em suas casas, o que, em tese, seriam produtivos e benéficos, os valores tradicionais – e, aqui, podemos entendê-los como o patriarcado – que moldam as relações mulher-homem, “respaldam” atos violentos contra as mulheres. Isto é, até efeitos positivos tornam-se mais um fator risco para mulheres em vulnerabilidade.

Ainda sobre a ocorrência de VPI e a influência de fatores externos na violência praticada por homens, não só valores patriarcais e dito tradicionais influenciam a violência entre um casal. Alguns artigos nos trouxeram a conclusão de que um ambiente externo violento, conflitante ou estressante, também aumenta os níveis de violência vividas no espaço privado, em casa. Resultados mostraram, numericamente, como mulheres expostas à Violência Por Outros, violência externa, têm maior probabilidade de vivenciar experiências violentas em suas casas (WELTON-MITCHELL *et al.*, 2019; HUSSAIN *et al.*, 2020, HUSSAIN *et al.*, 2021, WAKO *et al.*, 2015; FALB *et al.*, 2013).

Ambientes exteriores e violentos pressupõem duas explicações para justificar a maior ocorrência de VPI, segundo o que concluímos a partir da leitura dos estudos. A primeira, a baixa proteção social (WAKO *et al.*, 2015), que consideramos como locais onde há pouco acesso a direitos, à assistência e ao apoio social, e lugares onde há precariedade nos serviços, ou seja, em que não há onde e a quem se recorrer, nem institucionalidade capaz de respaldar e prover garantias às pessoas.

A segunda explicação repousa nos mesmos fatores apresentados no início desta seção: a “frustração” e agressividade masculinas. Além de um ambiente íntimo que pode ter sofrido mudanças e inversão de atribuições de gênero, mulheres e homens refugiados experimentam lugares e situações em que existem diferenças e transformações estruturais vividas anteriormente. Campos de refugiados, por exemplo, apresentam-se como locais de alto nível de

estresse e conflito, países com cultura e hábitos muito diferentes – o caso de refugiadas não-ocidentais que passam a morar em países ocidentais -, além da transição entre um país e outro em que há alterações nas dinâmicas socioeconômicas, políticas e pessoais. Ou seja, os estudos sugerem que um homem estressado, violentado de diversas formas no espaço público, se vê no direito de “liberar a tensão” em sua esposa ou parceira, como foi apontado na pesquisa de Welton-Mitchell e colegas (2019).

O curioso em tudo o que foi visto na revisão é que, muitos artigos trouxeram termos como “valores culturais” e “ambientes estressantes”, numa tentativa de explicar a ocorrência desta ou daquela ação. Entretanto, justamente por se tratar de um tema internacional, e intercultural, estudos realizados em vários países foram inseridos na revisão e, não surpreendentemente, a VPI esteve presente em todos eles.

Ou seja, a ideia de que violência de gênero por parceiro íntimo é um fenômeno relegado a países “fundamentalistas”, “religiosos”, “atrasados”, ou de caráter cultural, na verdade, não se justifica nos achados.

É como muito bem se perguntaram Helleieth Safiotti e Suely Souza de Almeida (1995), e como nos apropriamos nesta seção sobre VPI: “Com efeito, se as categorias de gênero vivem sob culturas distintas, *como* se justificam: (...) a aceitação geral da frequente conversão da agressividade masculina em agressão contra mulheres etc.?” (SAFIOTTI; ALMEIDA, 1995, p. 15). Assim nos perguntamos, como frustração e a sensação de inferioridade podem ser categorias válidas para analisar causas de violência?

Ou ainda, como mesmo em contextos de alta incidência de violência externa, violência estrutural, violência de Estado, conflitos armados, catástrofes humanitárias, os agentes que mais violentam as mulheres estão dentro de suas casas?

7.2.3 Violência por Parceiro Íntimo contra mulheres imigrantes racializadas

Abrimos mais uma subseção para discutir a violência no contexto de refúgio, em pesquisas feitas ou em campos de refugiados, ou em países de destino, ambos ambientes “estrangeiros” as mulheres vitimizadas. Aplicando a lente da interseccionalidade, falamos de mulheres imigrantes racializadas.

Um fator latente após a leitura dos estudos foi a dificuldade em reportar, denunciar e relatar casos de violência sexual pelas vítimas. Estigma, silêncio e vergonha foram termos presentes em mais de um estudo (SHERWOOD; KALIFANI, 2012; YOHANIA; OKEKE-IHEJIRIKAB, 2018). Como já visto em outros estudos, a violência é um fenômeno

estigmatizante, o que torna muito mais comum a subnotificação do que a “supernotificação” (JANSEN *et al.*, 2004).

Nos estudos apresentados, o medo do julgamento por parceiros, futuros ou atuais, e o isolamento da comunidade foram algumas das razões que justificaram o silêncio sobre a violência sexual. Entretanto, não só a violência sexual é dificilmente reportada, mas também a violência de gênero como um todo, devido à sua naturalização e banalização (SCHRAIBER; D’OLIVEIRA; COUTO, 2009).

Para Crenshaw (1991), há subordinações interseccionais que dificultam a notificação de violência especialmente para mulheres imigrantes. Isso porque muitas das mulheres dependem de seus maridos como fonte de informação sobre seu estatuto jurídico, ou têm medo de prejudicar a família, caso procurem ajuda ou chamem atenção (*Ibid.*). Além disso, serviços de assistência, incluindo abrigos, unicamente em inglês, impedem o acesso de mulheres a estes dispositivos, já que elas não têm familiaridade com a língua. Esta última característica do sistema também apareceu no estudo de Zivot e colegas (2020) como parte dos fatores limitantes à procura de assistência em saúde durante a adaptação.

Outros fatores elaborados por Crenshaw também tiveram lugar na revisão, como a cultura em que:

ativistas que tentaram prover serviços de apoio a mulheres ágio-americanas e afro-americanas reportaram intensa resistência dessas comunidades. Em outros casos, fatores culturais e sociais contribuíram para a supressão (de reportar violência). (..) Na comunidade asiática, salvar a honra da família da vergonha é uma prioridade. Infelizmente, essa prioridade tende a ser interpretada como obrigar as mulheres a não falar em vez de obrigar homens a não bater (CRENSHAW, 1991, p. 1257, tradução nossa).

É um fato comprovado, pelo estudo de Yohania e Okeke-Ihejirikab (2018), que o silêncio foi uma alternativa para não expor toda a comunidade.

Há, ainda, outra teoria, apresentada por Crenshaw, que conversa com os achados da revisão e com a interferência da comunidade na busca por assistência (ZIVOT *et al.*, 2020). No estudo de Zivot e colegas (2010), o medo de expor a comunidade quando se reporta um caso de violência sexual emergiu enquanto fator que inibia mulheres a reportar a violência.

Ainda mais no contexto do refúgio, em que há desconfiança quanto a autoridades, medo de perda do estatuto do refugiado, xenofobia e exacerbada vulnerabilidade, constrói-se a casa como um “paraíso seguro” (CRENSHAW, 1991), afastada da vida em uma sociedade racista. Entretanto, é aí que o gênero se mostra, mais uma vez, determinante: o paraíso seguro não soa tão seguro para mulheres imigrantes.

7.2.4 A tensão entre o trauma da violência e outros fatores de risco

A divisão das categorias apresentadas em três eixos, sendo o primeiro, “violência”, e o segundo, “violações de direitos”, não foi pensada despropositadamente. Pelo contrário, queremos discutir como, além da violência direta, perpetrada por um indivíduo ou vários, outras situações comuns ao exílio forçado atravessam e vulnerabilizam a vida de mulheres refugiadas.

A discussão sobre qual abordagem deve ser adotada quando tratamos de populações refugiadas já tem sido debatida há algum tempo. A psicotraumatologia do exílio, segundo Fassin e Rechtmann (2009), representa a mudança do paradigma de sujeitos que, antes lidos como migrantes, transformaram-se em vítimas de perseguição e do exílio enquanto chave-central, substituído pela exposição ao trauma enquanto foco de análise.

No caso do apanhado dos estudos, enxergamos as experiências mulheres cujas experiências não se limitaram “apenas” a serem vítimas de violência de gênero que, segundo Safiotti, “desconhece qualquer fronteira de classes sociais, de tipo de cultura, de grau de desenvolvimento econômico, podendo ocorrer em qualquer lugar – no espaço público como no privado” (SAFIOTTI; ALMEIDA, 1995, p. 8), ou seja, segundo a autora, um fenômeno universal. São mulheres vítimas de uma violência comum, aceita, banalizada, mas em contextos de ampla vulnerabilidade.

Além disso, são mulheres cujo exílio é um marcador necessário para entender essa dupla vitimização. Mover-se forçosamente é um fenômeno delineado pela perda de amigos, laços sociais, do próprio país e da identidade anterior (FASSIN; RECHTMANN, 2009), situações que têm maior ou menor influência nos indivíduos conforme a valorização da família, da comunidade, que são fatores culturais e individuais. Como na pesquisa de Warner (2007), mulheres Q’echi elencaram que a ausência da mãe convivendo em proximidade é mais determinante para sofrimento mental do que qualquer outro fator, ou mesmo a perda de hábitos antigos, como na pesquisa de Smigelskya e colegas (2014), na qual as entrevistadas narraram preocupação com o menor tempo para rezar nos Estados Unidos, em razão de novas atividades, ocupação laboral, preocupações urgentes.

A perda traz o enlutamento em que os sujeitos que sofrem, não só pela violência como pelo estado constante de estar fora do país de origem, uma fratura incurável (SAID, 2003), que carrega consigo isolamento social (LA CASCIA *et al.*, 2020) e dificuldades para integração.

Argumentamos que não há tensão entre trauma e exílio, mas, sim, continuidades. Acreditamos que não é preciso definir qual perspectiva “importa mais” ou é mais característica

para enquadrarmos mulheres refugiadas, mas, sim, que ambas, infelizmente, se complementam nas experiências dessas mulheres. Além disso, entende-se que a violência é muito mais ampla do que um ato direto, podendo classificar insegurança de moradia, de renda, isolamento social e perda de laços sociais como violências, apenas expressas de outras formas.

Portanto, exílio e violência não são categorias estanques e inseparáveis, pelo contrário, unificam-se, apresentam-se nos estudos, e atingem, concomitantemente as refugiadas investigadas.

7.2.5 O trauma e vivências comuns: violência de gênero e experiências “fora do alcance da experiência humana”

Ao lidarmos com o trauma durante o exílio, há uma tensão entre duas abordagens: a universalista e a diferencialista (FASSIN; RECHTMANN, 2009) já elucidadas na revisão teórica.

A primeira garante que a experiência do exílio é comum a todos e, mesmo que varie culturalmente, os relatos dos indivíduos se relacionam ao “arquétipo universal do trauma” (WILSON, 2004 *apud* FASSIN; RECHTMANN, 2009, p. 239). Já a abordagem diferencialista nega a possibilidade de uma experiência comum em razão de diferenças culturais e pertencimento a grupos variados. A escolha por uma ou outra abordagem determina intervenções e permeia o tratamento de pessoas em situação de refúgio.

O que vimos, durante os achados, a partir da aplicação de instrumentos universais e de pesquisas excessivamente biomedicalizadas foi uma inclinação à universalidade do trauma, passível de ser medido a partir de escalas internacionais.

Brevemente, sobre o que se considera um evento traumático, Brown (1991) já apresentada na teoria, versa exatamente sobre a pretensa universalidade do trauma. A classificação de TEPT, no DSM III, residia em um indivíduo que experienciou eventos “fora do alcance da experiência humana”. Esta categoria é construída a partir da vivência de homens brancos parte cultura dominante (BROWN, 1991) e os estudos recuperados nos auxiliam a construir esta argumentação.

Ao lidarmos com a dura realidade das mulheres entrevistadas, analisadas e estudadas, os altos níveis de prevalência de TEPT são inquestionáveis e a violência, uma das razões para o desencadeamento de transtornos, não é algo exterior à experiência dessas mulheres. Pelo contrário, é corriqueira – o estupro, a agressão física, a agressão psicológica por parceiros ou não parceiros – e assola a vida dessas mulheres indiscriminadamente.

Então, usualidade e trauma não são excludentes nas amostras, ou seja, a violência comum não é menos traumatizante. Aí reside a crítica de Brown à conceituação e à ideia de que se tem do trauma como um evento anormal, completamente fora do que se espera de uma experiência “humana”. Em verdade, essa classificação de evento traumatizante só é exterior à experiência masculina e branca. Para mulheres, o fenômeno representa o oposto: entre as mulheres refugiadas racializadas entrevistadas, o trauma é algo comum, vivido todos os dias, bem conhecido em suas “experiências humanas”.

É por isso que para Gooze (2021), o trauma tem voz política que fala sobre o passado. Ao narrar experiências traumáticas, as mulheres estudadas denunciam a violência de gênero e o patriarcado, e, ao narrarem experiências decorrentes de conflitos armados e refúgio, as mulheres denunciam o atual sistema que produz guerras intermináveis e exila milhões de pessoas.

7.2.6 Integrar sem se desintegrar: apoio social, resiliência e construção de novas identidades além da “refugiada-vítima”

A respeito das relações entre apoio social e resiliência enquanto formas de enfrentamento, mostra-se, com clareza, as duas categorias intrinsecamente relacionadas: a primeira fortalece a segunda. O que podemos apreender, a partir dos resultados, é o caráter positivo que o refúgio pode adquirir na vida comunitária e individual de refugiadas.

Isso porque mulheres resilientes constroem comunidades resilientes, capazes de contribuir para o aumento do apoio social entre pessoas na mesma situação. Os estudos mostram como o senso de comunidade impacta nas decisões e na adaptação das mulheres em refúgio (ZIVOT *et al.*, 2020; YOHANI; OKEKE-IHEJIRIKAB, 2018; SHISHEHGAR *et al.*, 2017), contribuindo para um ciclo positivo quando há um ambiente bem assistido e de proteção social.

Entretanto, os dispositivos focados na assistência precisam considerar as especificidades dos sujeitos, como aponta Crenshaw em crítica à elaboração de políticas, estratégias e prioridades que desconsideram ou elipsam as necessidades interseccionais particulares de mulheres racializadas (CRENSHAW, 1991).

Qual a função de uma assistência social não adaptada às demandas de mulheres racializadas? Como Zivot e colegas (2020) elencaram a falta de preparo impacta a procura por assistência à saúde.

O apoio institucional, combinado ao apoio informal - de amigos, família ou membros da comunidade – são cruciais para construção resiliência, como apontaram os estudos de

Shishehgar e colegas (2016), Sherwood e Liebling-Kalifani (2012), e sua ausência de apoio gera culpa e raiva (SHISHEHGAR *et al.*, 2016). Parte do processo da construção de resiliência se funda em torno da identidade dos sujeitos e as duas primeiras autoras relataram a necessidade de uma identidade que exacerba o entendimento de “vítima”.

Muito se discute sobre a classificação de vítimas sobre pessoas que foram traumatizadas ou passaram por situações como as de refúgio. A identidade de vítima já foi instrumentalizada para compensação financeira, no caso de veteranos de guerra nos EUA, e tem sido documentada como uma maneira “efetiva” de ter o pedido de refúgio aceito (FASSIN, 2005). O reconhecimento, atribuído por outros, de “vítima” garante algum nível de proteção e seguridade social. Entretanto, o reducionismo de pessoas a somente esta categoria dificulta o processo de recuperação, porque caminha na direção oposta da resiliência.

Crenshaw argumenta (1991), ao tratar de categorias e interseccionalidades em pessoas racializadas, que:

O processo de categorização – ou, em termos identitários, nomeação – não é unilateral. Pessoas subordinadas podem e participam, às vezes, subvertem esse processo de dominação de maneiras empoderadoras. (...) Claramente, há um poder desigual, mas há algum grau de agência que as pessoas podem e exercem na política de nomeação. E é importante notar que a *identidade continua a ser um lugar de resistência para membros de diferentes grupos subordinados* (CRENSHAW, 1991, p. 1297, tradução nossa).

Refugiadas racializadas, como as tratadas durante a revisão, são atravessadas por racismo, xenofobia, estigma e estereótipo, apesar de pouco ter se falado sobre isso nos estudos. A construção de uma narrativa para si próprias e para o mundo repousa na resiliência, individual e coletiva, mas também no apoio social da comunidade em que estão inseridas. O momento pós-migração de adaptação em um novo país deve ser bem assistido e respeitoso com os passados dos sujeitos, sem que o processo de integração se torne uma desintegração de si própria.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após apresentarmos a revisão integrativa desde sua elaboração, metodologia de busca e filtragem, categorização dos resultados, até as discussões críticas sobre a metodologia e conteúdo dos estudos, obtivemos as considerações finais.

Quanto ao cumprimento dos objetivos, as informações quantitativas foram elencadas na seção de resultados e apontaram para a alta prevalência de transtornos mentais nas mulheres estudadas, o que traduz o nível de violência, vulnerabilidade e desassistência em que os sujeitos se encontram. Em segundo lugar, nota-se o caráter biomedicalizado dos estudos, concentrados em classificar, patologizar e medicalizar os sujeitos da amostra, negligenciando a política de “criação” de refugiados em massa, vigente no mundo contemporâneo. Observamos como o enfoque dos estudos reproduz uma ideia de psiquiatria, trazida no marco teórico, enquanto uma disciplina sem compromisso político, que visa tratar a doença, e, não, o sujeito.

Além disso, múltiplas foram as fontes de violência e violações que impactam o bem-estar e a vida das mulheres estudadas nas amostras. Sem dúvidas, o enfoque da revisão deve ser dado à VPI, que apresentou o maior nível de prejuízo a mulheres, como comprovado por vários estudos que compararam mulheres vítimas de VPI a mulheres não vítimas de VPI. Esta tipologia de violência mostrou-se a maior determinante para níveis deteriorados em saúde mental.

Neste quesito, a categoria “raça” mostrou-se central na compreensão das experiências interseccionais de violência contra mulheres refugiadas racializadas que totalizaram 100% das amostras dos estudos. Graças aos apontamentos de Crenshaw, pudemos relacionar os resultados de VPI em casais de imigrantes e a relutância/dificuldade em denunciar atos violentos dos parceiros. Relacionados à ocorrência de VPI, também é latente como eventos traumatizantes e desencadeadores de transtornos mentais em mulheres não precisam ser eventos “fora da experiência humana”, como pontuou Brown (1991), e se tratam, diversas vezes, de atos corriqueiros na vida das mulheres em uma sociedade delimitada pelo gênero. Isso reforça a tese da enorme transcendência e magnitude da violência de gênero e de como, mesmo naturalizada, é traumática.

Por fim, os estudos apresentam formas de enfrentamento aos efeitos adversos que o refúgio e a violência possam vir a causar na saúde mental de mulheres refugiadas racializadas. Os dados e as análises empíricas comprovaram o que se esperava a partir da construção teórica e apresentou-se a necessária intervenção de uma rede de apoio social para melhora e adaptação de mulheres em situação de refúgio. Além disso, elencaram-se casos em que a experiência do

refúgio pode significar uma reinvenção de si, a construção de uma nova identidade como mecanismo de sobrevivência, ou seja, estratégias de resiliência. Isto nos leva a refletir que a experiência do refúgio pode vir a ser positiva quando confere a mulheres refugiadas a oportunidades de recomeçar, estudar, trabalhar, ganhar autonomia e construir novas relações sociais.

Como apresentado na seção de VPI, o refúgio pode contribuir para uma inversão nos papéis de gênero em um casal homem-mulher. Embora esta hipótese tenha sido explorada a partir de uma análise negativa, sobre sua relação com aumento da propensão de VPI, o refúgio em outro país pode significar uma ampla gama de fatores positivos. Pode significar maior autonomia, possibilidade de viver em um ambiente institucionalmente “estável”, a aproximação com suas comunidades étnicas no país de destino, a construção de comunidades mais resilientes, a criação de redes de mulheres refugiadas em situações semelhantes, o compartilhamento de experiências dolorosas como uma forma de terapia, o fortalecimento da fé em Deus ou da espiritualidade e maior autoconhecimento.

Espera-se que os próximos estudos a figurar em revistas de alta circulação e notoriedade abordem o tema de maneira holística, fazendo as devidas considerações quanto ao contexto internacional de guerras na Síria, República Democrática do Congo, Palestina, etc. e êxodo na Venezuela, assim como aos devidos atravessamentos que gênero e raça produzem em mulheres refugiadas, em sua maioria, racializadas. Espera-se que as produções consigam responder aos transtornos mentais – ansiedade, depressão, TEPT, outros – mas também aos sujeitos e que consigam orientar práticas culturalmente flexíveis, humanizadas e interdisciplinares.

Finalmente, resumimos esta dissertação em duas conclusões fundamentais para o entendimento da impressão do gênero e do refúgio na saúde mental de mulheres refugiadas e as consequentes violências que essas intersecções carregam.

A primeira conclusão reside no fato de que, entre os achados, a Violência Por Parceiro Íntimo é um fenômeno universal e altamente prejudicial às mulheres refugiadas ou não refugiadas. O conteúdo recuperado nos apontou para essa afirmação, na qual a prevalência deste fenômeno mostrou-se alta e determinante para resultados piores em saúde mental.

A segunda conclusão caminha para a particularidade: embora atravessadas pela universalidade da violência, mulheres refugiadas carregam interseccionalidades que as vulnerabilizam frente a mulheres não refugiadas. A primeira delas, aparentemente negligenciada na maior parte dos estudos da revisão, diz respeito ao fato de serem mulheres racializadas, cujos marcadores do racismo, subordinação e sujeição não podem ser ignorados. Além disso, outra interseccionalidade – a da migração forçada – também impossibilita as

mesmas condições de vida e enfrentamento que mulheres não refugiadas possuem: o movimento forçado para longe de seus países, a ausência de escolha frente a essas mudanças e a chegada a territórios até então desconhecidos são marcadores únicos de mulheres em refúgio, que influenciam negativamente na procura por assistência, em casos de violência, e no tratamento adequado a transtornos ocasionados pela violência.

Ressaltamos, portanto, a importância de identificar e nomear violências contra mulheres, um fenômeno que ainda é invisível e estigmatizado. Esperamos que seja possível contribuir, com os achados aqui elencados e as reflexões desenvolvidas, para a construção de uma saúde pública capaz de atender a sujeitos em alta vulnerabilidade, como mulheres refugiadas, mas não de forma a particularizá-las e isolá-las do restante da rede de assistência. Ao nosso ver, o objetivo deste estudo não foi recortar e singularizar os sujeitos estudados, mas, sim, aprofundar os conhecimentos sobre suas vivências específicas, de forma a facilitar a integração das mulheres refugiadas em um todo.

Assim, recomendamos que práticas orientadas à recepção e ao acolhimento de mulheres refugiadas, vítimas diretas de violência ou de violações de direitos comuns ao refúgio, sejam culturalmente sensíveis. Isso significa que a assistência não deve se limitar a falar a língua das pessoas atendidas, mas também compreender os entendimentos múltiplos de saúde e doença para as culturas das quais elas provêm. Nesse sentido, como feito por um dos estudos recuperados (WARNER, 2007), construir abordagens holísticas orientadas ao sujeito e não às patologias, trabalhar de maneira transdisciplinar com outros instrumentos que promovam resiliência, como a fé, a religião e o fortalecimento da comunidade étnica.

Também é preciso abandonar a pretensa universalidade das experiências definidas a partir de uma categoria de gênero estanque e imutável, que não encontra respaldo na realidade, devido às interseccionalidades e especificidades de cada sujeito. O entendimento do gênero enquanto mutável, e não o único determinante de vivências, facilita a compreensão de que algumas mulheres estão em maior vulnerabilidade do que outras. Além disso, é preciso desconstruir a visão preconceituosa e difundida de que a violência de gênero está unicamente atribuída ao fundamentalismo religioso e cultural de mulheres provindas de países árabes e africanos, o que a teoria nos mostra que também não é verdade: a violência de gênero atravessa fronteiras, culturas e classes.

A vida de mulheres em movimento ao redor do mundo une-se pela infeliz universalidade da violência de gênero por parceiro íntimo, mas apresenta especificidades quanto ao refúgio. Embora nos pareça uma situação complexa de rever, resiliência e apoio social, em conjunto com sensibilidade na assistência, preparo da saúde pública e uma visão

holística da saúde podem contribuir para recomeços dignos e novas possibilidades de vida a mulheres em refúgio.

REFERÊNCIAS

ABU-LUGHOD, Janet L. Palestinians: Exiles at home and abroad. **Current Sociology**, Madri, v. 36, n. 2, p. 61-69, 1988.

ALTO COMISSARIADO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA REFUGIADOS (ACNUR). **Convenção relativa ao estatuto dos refugiados**. Genebra: Organização das Nações Unidas, 1951. Disponível em: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/portugues/BDL/Convencao_relativa_ao_Estatuto_dos_Refugiados.pdf>. Acesso em: 02 out. 2019.

ALTO COMISSARIADO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA REFUGIADOS (ACNUR). **Declaração de Cartagena**. Genebra: Organização das Nações Unidas, 1984. Disponível em: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/portugues/BD_Legal/Instrumentos_Internacionais/Declaracao_de_Cartagena.pdf>. Acesso em: 26 jul. 2021.

ALTO COMISSARIADO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA REFUGIADOS (ACNUR). **Global Trends: Forced displacement in 2018**. Genebra: Organização das Nações Unidas, 2019. Disponível em: <https://www.unhcr.org/5d08d7ee7.pdf#_ga=2.83994777.1225343878.1560779393-685702386.1530279534>. Acesso em: 02 out. 2019.

AGAMBEN, Giorgio. **Homo Sacer: Sovereign Power and Bare Life**. Stanford: Stanford University Press, 1998.

AGIER, Michel. Refugiados diante da nova ordem mundial. **Tempo Social**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 197-215, 2006.

AGIER, Michel. **On the margins of the world: the refugee experience today**. Cambridge: Polity Press, 2008.

ANDRÉ, Jean-Marie. **La santé des migrants en question(s)**. Rennes: Hygée Éditions, 2019.

AINAMANI, Herbert E. *et al.* Gender differences in response to war-related trauma and posttraumatic stress disorder—a study among the Congolese refugees in Uganda. **BMC psychiatry**, Reino Unido, v. 20, n. 1, p. 1-9, 2020.

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2014.

ANDERSON, Benedict. **Comunidades imaginadas: Reflexiones sobre el origen y la difusión del nacionalismo**. México: FCE, 1993.

ANDERSON, Joan M. *et al.* Narratives of “Dissonance” and “Repositioning” through the lens of critical humanism: Exploring the influences on immigrants' and refugees' health and well-being. **Advances in Nursing Science**, Filadélfia, v. 33, n. 2, p. 101-112, 2010.

ANTAI, Diddy; ANTAI, Justina; ANTHONY, David S. The relationship between socio-economic inequalities, intimate partner violence and economic abuse: a national study of women in the Philippines. **Glob Public Health**, Abingdon, v. 9, n. 7, p. 808-826, 2014.

ANTUNES, José António Pereira de Jesus. Refugiados e saúde mental: acolher, compreender e tratar. **Psicologia, Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 18, n. 1, p. 115-130, 2017.

BASTOS JUNIOR, Luiz Magno Pinto. Rever ou romper com Vestfália? Por uma releitura da efetiva contribuição dos Acordos de Paz de 1648 à construção do modelo vestfaliano de Estados. **Revista de Direito Internacional**, Brasília, v. 14, n. 1, p. 358-377, 2017.

BAUMAN, Zygmunt. **Vidas desperdiçadas**. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.

BELELLI, Anna Cláudia Oliveira; BORGES, Júlio César. Direito internacional dos refugiados e sua proteção no Brasil. **Novos Direitos**, Goiânia, v. 3, n. 1, p. 17-31, 2016.

BHUGRA, Dinesh *et al.* WPA guidance on mental health and mental health care in migrants. **World Psychiatry**, Geneva, v. 10, n. 1, p. 2-10, 2011.

BJELLAND, Heidi Fischer. En voldsom maktbalanse? En studie av relativ makt og forekomst av partnervold. **Sosiologisk Tidsskrift**, Noruega, n. 22, p. 51-74, 2014.

BROOKER, Ann-Sylvia; EAKIN, Joan M. Gender, class, work-related stress and health: Toward a power centred approach. **Journal of Community and Applied Social Psychology**, [S. l.], v. 11, n. 2, p. 97-109, 2001.

BROWN, Laura S. Not outside the range: One feminist perspective on psychic trauma. **American Imago**, Baltimore, v. 48, n. 1, p. 119-133, 1991.

BROWN, Wendy. **Walled states, waning sovereignty**. Princeton: Princeton University Press, 2010.

BUTLER, Judith. **Precarious life: The powers of mourning and violence**. Londres: Verso, 2006.

BUTLER, Judith. **Quadros de guerra: Quando a vida é passível de luto?** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015.

CASTRO, Roberto; RIQUER, Florinda. La investigación sobre violencia contra las mujeres en América Latina: entre el empirismo ciego y la teoría sin datos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 135-146, 2003.

CHANTLER, Khatidja. Gender, Asylum Seekers and Mental Distress: Challenges for Conceptualising Mental Distress. **The British Journal of Social Work**, Oxford, v. 42, n. 2, p. 318-334, mar., 2012.

CIDADE, Natália da Cunha. **Refugiados Urbanos**: Estudo sobre a distribuição territorial de refugiados no Rio de Janeiro e seu impacto no processo de integração local. 2018. 282f. Dissertação (Mestrado em Urbanismo) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Programa de Pós-Graduação em Urbanismo, 2018.

COLLINS, Catherine H.; ZIMMERMAN, Cathy; HOWARD, Louise M. Refugee, asylum seeker, immigrant women and postnatal depression: rates and risk factors. **Archives of Women's Mental Health**, Minnesota, v. 14, n. 1, p. 3-11, 2011.

COMITÉ POUR LA SANTÉ DES EXILÉS (COMÈDE). **Rapport d'observation et d'activité 2017**. COMÈDE, 2017. Disponível em: <<https://www.comede.org/wp-content/uploads/2017/12/Rapport-Comede-2017-brochure.pdf>>. Acesso em: 26 jul. 2021.

COMITÉ POUR LA SANTÉ DES EXILÉS (COMÈDE). **Rapport d'observation et d'activité 2018**. COMÈDE, 2018. Disponível em: <<https://www.comede.org/rapport-dactivite/>>. Acesso em: 26 jul. 2021.

COMITÉ POUR LA SANTÉ DES EXILÉS (COMÈDE). **Rapport d'observation et d'activité 2019**. COMÈDE, 2019. Disponível em: <<https://www.comede.org/rapport-dactivite/>>. Acesso em: 26 jul. 2021.

CONNELL, Raewyn. A iminente revolução na teoria social. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 27, n. 80, p. 9-20, 2012.

CRAIG, Tom; MAC JAJUA, Peter; WARFA, Nasir. Mental health care needs of refugees. **Psychiatry**, [S. l.], v. 8, n. 9, p. 351-354, 2009.

CRENSHAW, Kimberlé. Demarginalizing the intersection of race and sex: A Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory, and antiracist politics. **University of Chicago Legal Forum**, v. 140, n. 1, p. 139-167, 1989.

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

DEB ROY, Rohan. Science Still Bears the Fingerprints of Colonialism. **Smithsonian Magazine**, The conversation, 9 abr. 2018. Disponível em: <<https://www.smithsonianmag.com/science-nature/science-bears-fingerprints-colonialism-180968709/>>. Acesso em: 26 jul. 2021.

DERRIDA, Jacques. **Anne Dufourmantelle convida Jacques Derrida a falar da Hospitalidade**. São Paulo: Escuta, 2003.

DIN-DZIETHAM, Rebecca, *et al.* Perceived stress following race-based discrimination at work is associated with hypertension in African-Americans. the Metro Atlanta Heart Disease Study, 1999–2001. **Social Science & Medicine**, Boston, v. 58, n. 3, p. 449-461, 2004.

DODGE, Rachel *et al.* The challenge of defining wellbeing. **International Journal of Wellbeing**, Cambridge, v. 2, n. 3, p. 222-235, 2012.

- ELLIS, Alicia A.; NIXON, Reginald D. V.; WILLIAMSON, Paul. The effects of social support and negative appraisals on acute stress symptoms and depression in children and adolescents. **British Journal of Clinical Psychology**, Londres, v. 48, n. 4, p. 347-361, 2009
- FALB, Kathryn L. *et al.* Suicide ideation and victimization among refugee women along the Thai–Burma border. **Journal of Traumatic Stress**, Boston, v. 26, n. 5, p. 631-635, 2013a.
- FALB, Kathryn L. *et al.* Violence against refugee women along the Thai–Burma border. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, Malden, v. 120, n. 3, p. 279-283, 2013b.
- FANON, Frantz. **The Wretched of the Earth**. Harmondsworth: Penguin Books, 1967.
- FANON, Frantz. **Pele Negra, Máscaras Brancas** (R. Silveira, Trad.). Salvador: EdUFBA, 2008.
- FASSIN, Didier; D'HALLUIN, Estelle. The truth from the body: medical certificates as ultimate evidence for asylum seekers. **American Anthropologist**, Pasadena, v. 107, n. 4, p. 597-608, 2005.
- FASSIN, Didier; RECHTMAN, Richard. **The empire of trauma: An inquiry into the condition of victimhood**. Princeton: Princeton University Press, 2009.
- FASSIN, Didier. The trace: violence, truth, and the politics of the body. **Social Research: An International Quarterly**, Nova Iorque, v. 78, n. 2, p. 281-298, 2011.
- FASSIN, Didier. **Life: a critical user's manual**. Cambridge: Polity Press, 2018.
- FAZEL, Mina; WHEELER, Jeremy; DANESH, John. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. **The Lancet**, Londres, v. 365, n. 9467, p. 1309-1314, 2005.
- FREEDMAN, Jane. Sexual and gender-based violence against refugee women: a hidden aspect of the refugee "crisis". **Reproductive Health Matters**, Inglaterra, v. 24, n. 47, p. 18-26, 2016.
- GALINDO, Dolores *et al.* Vidas medicalizadas: por uma genealogia das resistências à farmacologização. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 34, n. 4, p. 821-834, out./dez., 2014.
- GARCIA, Leila Posenato; SILVA, Gabriela Drummond Marques da. Violência por parceiro íntimo: perfil dos atendimentos em serviços de urgência e emergência nas capitais dos estados brasileiros, 2014. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, p. e00062317, 2018.
- GARCÍA-MORENO, Claudia *et al.* **WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women**. Geneva: World Health Organization, 2005.
- GOOZEE, Hannah. Decolonizing Trauma with Frantz Fanon. **International Political Sociology**, Oxford, v. 15, n. 1, p. 102-120, 2021.

HALDANE, Joanne; NICKERSON, Angela. The impact of interpersonal and non interpersonal trauma on psychological symptoms in refugees: The moderating role of gender and trauma type. **Journal of Traumatic Stress**, Boston, v. 29, n. 5, p. 457-465, 2016.

HOSSAIN, Md Mahbub; SULTANA, Abida; DAS, Arindam. Gender-based violence among Rohingya refugees in Bangladesh: a public health challenge. **Indian Journal of Medical Ethics**, Mumbai, p. 1-2, jun., 2018.

HOSSAIN, Mazedra *et al.* Disability, violence, and mental health among Somali refugee women in a humanitarian setting. **Global Mental Health**, Cambridge, v. 7, 2020.

HOSSAIN, Mazedra *et al.* Gender-based violence and its association with mental health among Somali women in a Kenyan refugee camp: a latent class analysis. **Journal of Epidemiology & Community Health**, Londres, v. 75, n. 4, p. 327-334, 2021.

INTER-AGENCY STANDING COMMITTEE (IASC). **IASC Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action, 2015**. Geneva: IASC, 2015.

JANSEN, Henrica A. F. M. *et al.* Interviewer training in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. **Violence Against Women**, Kentucky, v. 10, n. 7, p. 831-849, 2004.

KIM, Jae Yop *et al.* Mental health conditions among North Korean female refugee victims of sexual violence. **International Migration**, Geneva, v. 55, n. 2, p. 68-79, 2017.

KIRA, Ibrahim A. *et al.* The effects of gender discrimination on refugee torture survivors: A cross-cultural traumatology perspective. **Journal of the American Psychiatric Nurses Association**, Farmington, v. 16, n. 5, p. 299-306, 2010.

KOSMINSKY, Ethel V. Por uma etnografia feminista das migrações internacionais: dos estudos de aculturação para os estudos de gênero. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 15, p. 773-804, 2007.

LA CASCIA, Caterina *et al.* Migrant women-experiences from the Mediterranean region. **Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health: CP & EMH**, Amsterdã, v. 16, Suppl-1, p. 101-108, 2020.

LEVER, Hazel *et al.* Depression, anxiety, post-traumatic stress disorder and a history of pervasive gender-based violence among women asylum seekers who have undergone female genital mutilation/cutting: a retrospective case review. **Journal Of Immigrant And Minority Health**, Nova Iorque, v. 21, n. 3, p. 483-489, 2019.

LINDERT, Jutta, *et al.* Depression and anxiety in labor migrants and refugees – a systematic review and meta-analysis. **Social Science & Medicine**, Boston, v. 69, n. 2, p. 246-257, 2009.

MAHLER, Sarah J.; PESSAR, Patricia R. Gender matters: Ethnographers bring gender from the periphery toward the core of migration studies. **International Migration Review**, Nova Iorque, v. 40, n. 1, p. 27-63, 2006.

MAKWARIMBA, Edward *et al.* Sudanese and Somali refugees in Canada: Social support needs and preferences. **International Migration**, Genebra, v. 51, n. 5, p. 106-119, 2013.

MARINUCCI, Roberto. Racismos e migrações. **REMHU: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana**, Brasília, v. 26, n. 53, pp. 7-10, 2018.

MCMICHAEL, Celia; MANDERSON, Lenore. Somali women and well-being: Social networks and social capital among immigrant women in Australia. **Human Organization**, Oklahoma, v. 63, n. 1, p. 88-99, 2004.

MOROF, Diane F. *et al.* A cross-sectional survey on gender-based violence and mental health among female urban refugees and asylum seekers in Kampala, Uganda. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, Malden, v. 127, n. 2, p. 138-143, 2014.

NEUNER, Frank *et al.* A comparison of narrative exposure therapy, supportive counseling, and psychoeducation for treating posttraumatic stress disorder in an african refugee settlement. **Journal of consulting and clinical psychology**, Romênia, v. 72, n. 4, p. 579, 2004.

NILSSON, Johanna E. *et al.* Acculturation, partner violence, and psychological distress in refugee women from Somalia. **Journal of Interpersonal Violence**, Washington, v. 23, n. 11, p. 1654-1663, 2008.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL PARA AS MIGRAÇÕES (OIM). **Glossário sobre migração. Direito internacional da migração, n. 22**. Genebra: OIT, 2009.

PISCITELLI, Adriana. Interseccionalidades, categorias de articulação e experiências de migrantes brasileiras. **Sociedade e Cultura**, Goiânia v. 11, n. 2, p. 263-274, 2008.

PORTES, Alejandro; KYLE, David; EATON, William W. Mental illness and help-seeking behavior among Mariel Cuban and Haitian refugees in South Florida. **Journal of Health and Social Behavior**, Washington, v. 33, n. 4, 283-298, 1992.

QUINTAIS, Luís. Memória e trauma numa unidade psiquiátrica. **Análise Social**, Lisboa, v. 34, n. 151/152, p. 673-684, 2000.

RIBEIRO, Marizélia Rodrigues Costa *et al.* Inversion of traditional gender roles and intimate partner violence against pregnant women. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, p. e00113919, 2020.

SAFFIOTI, Heleieth; ALMEIDA, Suely Souza de. **Violência de gênero: poder e impotência**. Rio de Janeiro: Revinter, 1995.

SAID, Edward W. **Reflexões sobre o exílio: e outros ensaios**. São Paulo: Editora Companhia das Letras, 2003.

SAID, Edward W. **Orientalismo: o Oriente como invenção do Ocidente**. São Paulo: Editora Companhia das Letras, 2007.

- SANTOS, Fabiane Vinente dos. A inclusão dos migrantes internacionais nas políticas do sistema de saúde brasileiro: o caso dos haitianos no Amazonas. **História, Ciências, Saúde, Manguinhos**, v. 23, p. 477-494, 2016.
- SCHRAIBER, Lilia Blima *et al.* Violência de gênero no campo da Saúde Coletiva: conquistas e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 1019-1027, 2009.
- SCHRAIBER, Lilia Blima; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; COUTO, Márcia Thereza. Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, p. 205-216, 2009.
- SCHRAIBER, Lilia *et al.* Violência vivida: a dor que não tem nome. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 7, n. 12, p. 41-54, 2003.
- SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 71-99, 1995.
- SHERWOOD, Katie; LIEBLING-KALIFANI, Helen. A grounded theory investigation into the experiences of African women refugees: Effects on resilience and identity and implications for service provision. **Journal Of International Women's Studies**, Massachusetts, v. 13, n. 1, p. 86-108, 2012.
- SHISHEHGAR, Sara *et al.* Health and socio-cultural experiences of refugee women: an integrative review. **Journal Of Immigrant And Minority Health**, Nova Iorque, v. 19, n. 4, p. 959-973, 2017.
- SIMICH, Laura; BEISER, Morton; MAWANI, Farah N. Social support and the significance of shared experience in refugee migration and resettlement. **Western Journal Of Nursing Research**, Columbia, v. 25, n. 7, p. 872-891, 2003.
- SIPSMA, Heather L. *et al.* Violence against Congolese refugee women in Rwanda and mental health: a cross-sectional study using latent class analysis. **BMJ Open**, Londres, v. 5, n. 4, e006299, 2015.
- SMIGELSKY, Melissa A. *et al.* "My heart is in his hands": The lived spiritual experiences of Congolese refugee women survivors of sexual violence. **Journal Of Prevention & Intervention In The Community**, Estados Unidos, v. 45, n. 4, p. 261-273, 2017.
- SMYTH, Geri; STEWART, Emma; DA LOMBA, Sylvie. Introduction: Critical reflections on refugee integration: Lessons from international perspectives. **Journal of Refugee Studies**, Oxford, v. 23, n. 4, p. 411-414, 2010.
- SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.
- STEVENSON, Kerrie *et al.* High rates of maternal depression amongst Syrian refugees in Lebanon-a pilot study. **Scientific Reports**, Leicester v. 9, n. 1, p. 1-6, 2019.
- STEWART, Donna E. *et al.* Postpartum depression symptoms in newcomers. **The Canadian Journal of Psychiatry**, Columbia, v. 53, n. 2, p. 121-124, 2008a.

STEWART, Miriam *et al.* Multicultural meanings of social support among immigrants and refugees. **International Migration**, Genebra, v. 46, n. 3, p. 123-159, 2008b.

STEWART, Miriam J. *et al.* Social support and health: immigrants' and refugees' perspectives. **Diversity in Health & Care**, Londres, v. 7, n. 2, p. 91-103, 2010.

STEWART, Miriam *et al.* Impacts of a social support intervention for Somali and Sudanese refugees in Canada. **Ethnicity and Inequalities in Health and Social Care**, Reino Unido, v. 4, n. 4, p. 186-199, 2011.

STEWART, Miriam *et al.* Supporting African refugees in Canada: insights from a support intervention. **Health & Social Care In The Community**, Oxford, v. 20, n. 5, p. 516-527, 2012.

STEWART, Miriam J. Social support in refugee resettlement. In: SIMICH, L.; ANDERMANN, L. (Eds.), **Refuge and resilience: Promoting resilience and mental health among resettled refugees and forced migrants**. Amsterdã: Springer Netherlands, 2014, p. 91-107.

UTRIA, Leider Utria *et al.* **Resiliencia en mujeres víctimas de desplazamiento forzado**. Colômbia: Universidad del Norte, 2015.

VENTURA, Deisy de Freitas Lima; YUJIRA, Veronica Quispe. **Saúde de migrantes e refugiados**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2019.

VUILLARD, Joséphine, *et al.* La santé mentale des migrants s'améliore-t-elle en terre d'accueil? In: ANDRÉ, Jean-Marie. **La santé des migrants en question(s)**. Rennes: Hygée Éditions, 2019, p. 39-50.

WAKO, Etobssie *et al.* Conflict, displacement, and IPV: Findings from two Congolese refugee camps in Rwanda. **Violence Against Women**, Kentucky, v. 21, n. 9, p. 1087-1101, 2015.

WARD, Jeanne; MARSH, Mendy. Sexual violence against women and girls in war and its aftermath: Realities, responses and required resources. In: **Symposium on Sexual Violence in Conflict and Beyond**. Bruxelas, 2006, p. 23.

WARNER, Faith R. Social support and distress among Q'eqchi' refugee women in Maya Tecún, Mexico. **Medical Anthropology Quarterly**, Cornell, v. 21, n. 2, p. 193-217, 2007.

WELTON-MITCHELL, Courtney *et al.* Intimate partner abuse among Rohingya in Malaysia: Assessing stressors, mental health, social norms and help-seeking to inform interventions. **Intervention**, Diemen v. 17, n. 2, p. 187-196, 2019.

WYNTER, Sylvia, Towards the Sociogenic Principle: Fanon, Identity, the Puzzle of Conscious Experience, and What It Is Like to Be 'Black'. In: DURÁN-GOGAN, Mercedes F.; GÓMEZ-MORIANA, Antonio (Eds.). **National Identities and Sociopolitical Changes in Latin America**. London: Routledge, 2001, p. 30-66.

YOHANI, Sophie; OKEKE-IHEJIRIKA, Philomena. Pathways to help-seeking and mental health service provision for African female survivors of conflict-related sexualized gender-based violence. **Women & Therapy**, [S. l.], v. 41, n. 3-4, p. 380-405, 2018.

ZELKOWITZ, P. et al. Stability and change in depressive symptoms from pregnancy to two months postpartum in childbearing immigrant women. **Archives of Women's Mental Health**, Minnesota, v. 11, n. 1, p. 1-11, 2008.

ZIVOT, Chloe *et al.* Exploring the State of Gender-Centered Health Research in the Context of Refugee Resettlement in Canada: A Scoping Review. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Chatisgar, v. 17, n. 20, p. 7511, 2020.