

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO

Rubia Geovana Smaniotto Gehlen

**EXPERIÊNCIAS DE COMPETÊNCIA CULTURAL DE
PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA ATENÇÃO ÀS MULHERES
REFUGIADAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA:
REVISÃO SISTEMÁTICA QUALITATIVA**

Santa Maria, RS, Brasil
2023

Rubia Geovana Smaniotto Gehlen

**EXPERIÊNCIAS DE COMPETÊNCIA CULTURAL DE PROFISSIONAIS DE
SAÚDE NA ATENÇÃO ÀS MULHERES REFUGIADAS EM SITUAÇÃO DE
VIOLÊNCIA: REVISÃO SISTEMÁTICA QUALITATIVA**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Cuidado, educação e trabalho em enfermagem e saúde, Linha de Pesquisa: Cuidado e educação em enfermagem e saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Doutor em Enfermagem**.

Orientadora: Prof^a Dr^a Stela Maris de Mello Padoin
Co- Orientadora: Prof^a Dr^a Cristiane Cardoso de Paula

Santa Maria, RS, Brasil
2023

Gehlen, Rubia Geovana Smaniotto
EXPERIÊNCIAS DE COMPETÊNCIA CULTURAL DE
PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA ATENÇÃO ÀS MULHERES
REFUGIADAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA: REVISÃO
SISTEMÁTICA QUALITATIVA / Rubia Geovana Smaniotto
Gehlen.- 2023.
257 p.; 30 cm

Orientadora: Stela Maris de Mello Padoin
Coorientadora: Cristiane Cardoso de Paula
Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós
Graduação em Enfermagem, RS, 2023

1. Assistência à Saúde Culturalmente
Competente 2. Migração 3. Prática Profissional 4.
Refúgio 5. Violência contra a mulher I. Padoin,
Stela Maris de Mello II. Paula, Cristiane Cardoso
de III. Título.

Sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFSM. Dados fornecidos pelo autor(a). Sob supervisão da Direção da Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central. Bibliotecária responsável Paula Schoenfeldt Patta CRB 10/1728.

Declaro, RUBIA GEOVANA SMANIOTTO GEHLEN, para os devidos fins e sob as penas da lei, que a pesquisa constante neste trabalho de conclusão de curso (Tese) foi por mim elaborada e que as informações necessárias objeto de consulta em literatura e outras fontes estão devidamente referenciadas. Declaro, ainda, que este trabalho ou parte dele não foi apresentado anteriormente para obtenção de qualquer outro grau acadêmico, estando ciente de que a inveracidade da presente declaração poderá resultar na anulação da titulação pela Universidade, entre outras consequências legais.

RUBIA GEOVANA SMANIOTTO GEHLEN

**EXPERIÊNCIAS DE COMPETÊNCIA CULTURAL DE PROFISSIONAIS DE
SAÚDE NA ATENÇÃO ÀS MULHERES REFUGIADAS EM SITUAÇÃO DE
VIOLÊNCIA: REVISÃO SISTEMÁTICA QUALITATIVA**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Cuidado, educação e trabalho em enfermagem e saúde, Linha de Pesquisa: Cuidado e educação em enfermagem e saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Doutor em Enfermagem**.

Aprovado em 27 de novembro de 2023:

Stela Maris de Mello Padoin, Dra. (UFSM)
(Presidente/Orientadora)

Cristiane Cardoso de Paula, Dra. (UFSM)
(Coorientadora)

Tassiane Ferreira Langendorf, Dra. (UFSM)

Marta Cocco da Costa, Dra. (UFSM-PM)

Cristiane Batista Andrade, Dra. (FIOCRUZ)

Marilia Mastrocolla de Almeida Cardoso, Dra. (USP)

Letícia Becker Vieira, Dra. (UFRGS)

Audrey Vidal Pereira, Dr. (UFF)

Santa Maria, RS
2023

Para Maiquel, Murilo e Gabriel, pelo amor, suporte e apoio incondicional às minhas convicções e sonhos profissionais

Á todos que lutam pelo fim das violências, desigualdades e iniquidades que incidem globalmente sobre as mulheres

Á Saúde Pública, que seja fortalecida pela ciência, com vistas a construção de Políticas Públicas Baseadas em Evidências.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, pela vida, pela família, por tudo que me concedeu! Pela saúde, força e coragem para enfrentar os diferentes obstáculos que encontrei pelo caminho até chegar aqui.

Ao meu marido **Maiquel**, que esteve ao meu lado em todas as etapas de minha formação profissional. Muito mais do que 'estar ao lado', foi meu companheiro, parceiro, ombro amigo, e o responsável por impulsionar-me a sempre buscar mais. Se estou nesse processo de construção de conhecimento e formação profissional, é graças ao teu apoio e força incondicional. Com você, este sonho hoje se torna realidade.

Aos meus amados filhos, **Murilo e Gabriel**, para os quais tento ser espelho e exemplo de persistência, força e determinação. Pois mais do que incentivar ao estudo, é preciso mostrar que é dele que se constrói e realiza sonhos.

À minha **família**, agradeço por todo amor, incentivo, orações, por torcer e vibrar com cada pequena conquista.

À minha orientadora **Enf. Dra. Stela Maris de Mello Padoin**, que muito me ensinou nesses anos de pesquisa, como uma verdadeira educadora, mesclando rigor e afeto de uma maneira única. Agradeço por ter me acolhido no GP Pefas, e ter me apoiado na escolha do tema de pesquisa. Teve paciência, compreensão e sabedoria para me guiar nessa trajetória, entendendo minhas limitações e anseios. Sou muito grata por tudo!

À minha coorientadora **Enf. Dra. Cristiane Cardoso de Paula**, por ter me guiado no caminho científico da pesquisa de revisão sistemática. Desenvolver esta pesquisa, embora complexa, foi muito leve e gratificante, pois tive todo o amparo necessário para sua condução. Aprendi muito com a senhora, e por tudo, sou muito grata!

Aos professores integrantes da **banca examinadora**, agradeço por terem aceitado o convite, e pelas grandes contribuições ao tema e à minha pesquisa.

Aos integrantes do **GP – PEFAS - Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedades**. Obrigada pelo apoio, amizade e por possibilitarem cotidianamente construções coletivas de conhecimento.

Ao **Instituto JBI** e seus membros, pela análise do protocolo de revisão e pelo treinamento das pesquisadoras no Comprehensive Systematic Review Training Programme.

À **UFSM** pelas oportunidades profissionais e de conhecimento, promovendo verdadeiras transformações sociais e de vida. É com orgulho que trago comigo o nome desta instituição de ensino pública e de qualidade.

Ao **PPGEnf** da UFSM, meu agradecimento sincero aos professores e funcionários pelos conhecimentos compartilhados.

Às demais pessoas envolvidas nesse processo, que embora não tenham sido citadas, mas que de forma indireta contribuíram para minha conquista.

Obrigada!

“A menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo”.

Albert Einstein

RESUMO

EXPERIÊNCIAS DE COMPETÊNCIA CULTURAL DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA ATENÇÃO ÀS MULHERES REFUGIADAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA: REVISÃO SISTEMÁTICA QUALITATIVA

AUTORA: Enf^ª Ms: Rubia Geovana Smaniotto Gehlen
ORIENTADORA: Prof^ª Dr^a Stela Maris de Mello Padoin
CO- ORIENTADORA: Prof^ª Dr^a Cristiane Cardoso de Paula

A competência cultural constitui um determinante importante de (in)acessibilidade das mulheres refugiadas na assistência à sua saúde, principalmente quando em situação de violência, e aplicar os mesmos protocolos, diagnósticos e tratamentos para uma população culturalmente diferente implica não reconhecer a validade cultural das ações de saúde. **Objetivo:** esta revisão sintetizou as evidências da experiência de competência cultural dos profissionais de saúde na atenção às mulheres refugiadas em situação de violência. **Critério de inclusão:** estudos primários com dados qualitativos, bem como estudos interpretativos que se basearam nas experiências dos profissionais da saúde para atender mulheres refugiadas em situação de violência. **Método:** foram seguidas as orientações metodológicas do JBI para sínteses qualitativas, com abordagem meta- agregativa. As fontes de informações constituíram-se na Scielo; MEDLINE via Pubmed, Scopus, Embase, ERIC, WoS, Cinahl, PMC, APA e a BVS. A estratégia de busca foi aplicada nas bases de dados em novembro de 2022, e todos os idiomas foram considerados para a inclusão. A seleção dos estudos deu-se com intermédio de softwares bibliográficos. A extração dos dados deu-se pela ferramenta padronizada de extração. Para a avaliação crítica dos estudos primários foi usado o instrumento padrão. A síntese, extração e agrupamento dos dados foi realizada por meio do software padronizado. Todos os estudos identificados pela pesquisa foram examinados em relação aos critérios de elegibilidade, e foram incluídos independentemente da qualidade metodológica. Os resultados foram reunidos e categorizados com base na semelhança de significado. Essas categorias foram submetidas a uma metassíntese para produzir um único conjunto abrangente de resultados sintetizados. **Resultados:** cinquenta e nove estudos foram incluídos. A maioria dos estudos apresentou qualidade moderada a baixa, após avaliação crítica. Desses estudos foram extraídas 219 descobertas e agrupadas em 18 categorias. A sintetização das descobertas resultou em seis meta-agregações que foram analisadas sob a luz do referencial teórico do Modelo Conceitual de Competência Cultural. A convergência teórica do modelo mostrou que o construto da Consciência cultural convergiu com a meta-agregação 04, agregando 27 descobertas; o Conhecimento Cultural com a meta-agregação 02 e 05, agregando 56 descobertas; a Competência ou habilidades práticas culturais convergiu com as metas-agregações 03 e 06, agregando 98 descobertas e o Apoio Organizacional com a meta-agregação 01, e 37 descobertas. **Conclusão:** na experiência do profissional, há barreiras e facilitadores para um cuidado pautado na competência cultural prestado às mulheres refugiadas, mesmo que muitas vezes não percebido como tal. Essas barreiras e facilitadores, por sua vez, foram classificados em domínios, tais como: domínio individual do profissional; domínio individual da mulher refugiada; domínio coletivo do profissional e domínio institucional. Entende-se que a cultura precisa ser vista como um importante marcador social, conhecer e compreender o impacto dos marcadores sociais de diferenças como determinantes de violência são imperativos para o profissional desenvolver seu raciocínio social, e atuar com uma inteligência cultural. Formula-se recomendações para a prática profissional, para a política e para a pesquisa.

Palavras-Chave: Assistência à Saúde Culturalmente Competente. Migração. Prática Profissional. Refúgio. Violência contra a mulher.

ABSTRACT

CULTURAL COMPETENCY EXPERIENCES OF HEALTH PROFESSIONALS IN HEALTHCARE SERVICES TO REFUGEE WOMEN EXPERIENCING VIOLENCE: A QUALITATIVE SYSTEMATIC REVIEW

AUTORA: Enf. Ms.: Rubia Geovana Smaniotto Gehlen
ORIENTADORA: Prof^a Dr^a Stela Maris de Mello Padoin
CO- ORIENTADORA: Prof^a Dr^a Cristiane Cardoso de Paula

Cultural competence is an important determinant of the (in)accessibility of health care for refugee women, especially in situations of violence, and applying the same protocols, diagnoses and treatments to a culturally different population implies not recognizing the cultural validity of health actions. **Objective:** This review synthesized the evidence of health professionals' experience of cultural competence in caring for refugee women in situations of violence. **Inclusion criteria:** primary studies with qualitative data, as well as interpretative studies based on the experiences of health professionals in caring for refugee women in situations of violence. **Method:** The JBI methodological guidelines for qualitative syntheses were followed, with a meta-aggregative approach. The sources of information were Scielo; MEDLINE via Pubmed, Scopus, Embase, ERIC, WoS, Cinahl, PMC, APA and the VHL. The search strategy was applied to the databases in November 2022, and all languages were considered for inclusion. Studies were selected using bibliographic software. Data was extracted using a standardized extraction tool. The standardized tool was used to critically evaluate the primary studies. Data was synthesized, extracted and grouped using the standardized software. All the studies identified by the search were examined against the eligibility criteria, and were included regardless of methodological quality. The results were gathered and categorized based on similarity of meaning. These categories were subjected to meta-synthesis to produce a single comprehensive set of synthesized results. **Results:** Fifty-nine studies were included. Most of the studies were of moderate to low quality after critical appraisal. From these studies, 219 findings were extracted and grouped into 18 categories. The synthesis of the findings resulted in six meta-aggregations which were analyzed in the light of the theoretical framework of the Conceptual Model of Cultural Competence. The theoretical convergence of the model showed that the construct of Cultural Awareness converged with meta-aggregation 04, aggregating 27 findings; Cultural Knowledge with meta-aggregations 02 and 05, aggregating 56 findings; Cultural Competence or Practical Skills converged with meta-aggregations 03 and 06, aggregating 98 findings and Organizational Support with meta-aggregation 01, and 37 findings. **Conclusion:** in the professional's experience, there are barriers and facilitators to providing culturally competent care to refugee women, even if they are often not perceived as such. These barriers and facilitators, in turn, were classified into domains, such as: the professional's individual domain; the refugee woman's individual domain; the professional's collective domain and the institutional domain. It is understood that culture needs to be seen as an important social marker. Knowing and understanding the impact of social markers of differences as determinants of violence is imperative for professionals to develop their social reasoning and act with cultural intelligence. Recommendations are made for professional practice, policy and research.

Keywords: Culturally Competent Health Care. Migration; Professional Practice. Refugee. Violence against women.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Modelo Conceitual de Competência Cultural.	32
Figura 2: Número de referências restantes em cada base de dados após a remoção das duplicatas.	65
Figura 3: Fluxograma PRISMA do processo de inclusão e seleção dos estudos.	67
Figura 4: Representação da convergência teórica com as metas-agregações.	111
Figura 5: Re- desenho do Modelo de Competência cultural.	140

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Modelo conceitual compreensivo dos quatro construtos da competência cultural.	30
Quadro 2: Acrônimo/mnemônico PICo empregado no estudo.....	59
Quadro 3: Estudos primários que compõem o corpus da RSQ.....	68
Quadro 4: Apresentação das técnicas de coleta de dados identificadas nos estudos incluídos na revisão.	76
Quadro 5: Apresentação das técnicas de análise de dados empregadas nos estudos incluídos na RSQ.....	77
Quadro 6: Apresentação dos participantes incluídos nos estudos primários.	78
Quadro 7: Apresentação do cenário/contexto dos estudos primários incluídos na RSQ.	79
Quadro 8: Meta agregação 1.	83
Quadro 9: Meta agregação 2.	86
Quadro 10: Meta agregação 3.	89
Quadro 11: Meta agregação 4.	93
Quadro 12: Meta agregação 5.	95
Quadro 13: Meta agregação 6.	101
Quadro 14: Avaliação e confiança nas descobertas.	105
Quadro 15: Pontos- chave da RSQ. Barreiras para alcançar a competência cultural.....	134
Quadro 16: Pontos- chave da RSQ. Facilitadores para alcançar a competência cultural.	137
Quadro 17: Disseminação dos resultados considerando órgãos chave.	143

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Publicações dos estudos por continente.	74
Gráfico 2: Delineamento dos estudos primários incluídos na RSQ.	74
Gráfico 3: Referenciais Teóricos identificadas nos estudos.....	75

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACNUR	Agência da ONU para Refugiados
DUDH	Declaração Universal dos Direitos Humanos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OIM	Organização Internacional para as Migrações
ONU	Organização das Nações Unidas
ODS	Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UN DESA	Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas
CEPAL	Comissão Econômica para a América Latina
VCM	Violência contra a mulher
VPI	Violência por Parceiro Íntimo
RSQ	Revisão Sistemática Qualitativa
CC	Competência Cultural
PP	Política Pública

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	16
2 INTRODUÇÃO	19
3 OBJETIVO DO ESTUDO	28
4 REFERENCIAL TEÓRICO	29
4.1 Competências culturais: Definição e dimensões de avaliação	29
4.2 Aplicação prática do Modelo Conceitual de Competência Cultural	32
5 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	34
5.1 REFÚGIO E VIOLÊNCIAS INTERSECCIONAIS IMPLICADAS: Panorama Epidemiológico	34
5.2 MIGRAÇÃO FEMININA E SAÚDE	40
5.2.1 Determinantes de impactos da migração na saúde das refugiadas e acesso aos serviços de saúde	42
5.2.2 A sociedade e as vulnerabilidades interseccionais em saúde produzidas para aquelas que se refugiam	46
5.2.3 Desafios na construção de políticas públicas para as mulheres refugiadas	49
5.2.4 Atenção em saúde às mulheres refugiadas em situação de violência: competências culturais necessárias	53
5.3. ESTUDO DE TENDÊNCIAS DAS TESES E DISSERTAÇÕES BRASILEIRAS....	56
6 MÉTODO	57
6.1 Tipo do estudo	57
6.2 Percurso para o planejamento da revisão.....	57
6.3 Descrição metodológica do estudo de revisão	58
6.3.1 Pergunta de revisão:	58
6.3.2 Critérios de inclusão	59
6.3.3 Participantes	59
6.3.4 Fenômenos de interesse	59
6.3.5 Contexto	60
6.3.6 Tipos de estudos	60
6.3.7 Fontes de busca	60
6.3.8 Estratégia de busca	61
6.3.9 Seleção de estudos	61

6.3.10	Avaliação da qualidade metodológica	62
6.3.11	Extração dos dados	62
6.3.12	Síntese de dados	63
6.3.13	Avaliando a confiança nas descobertas	64
7	RESULTADOS	65
7.1	Inclusão dos estudos	65
7.2	Qualidade Metodológica.....	72
7.3.	Características dos estudos incluídos.....	73
7.4	sÍNTESE	80
7.4.1	Síntese 1.....	82
7.4.2	Síntese 2.....	85
7.4.3	Síntese 3.....	87
7.4.4	Síntese 4.....	91
7.4.5	Síntese 5.....	94
7.4.6	Síntese 6.....	98
7.5	Avaliando a confiança nas descobertas – Abordagem ConQual.....	104
8	DISCUSSÃO	106
8.1	Convergência teórica da Competência Cultural com as Meta- agregações.....	110
8.1.1	Consciência cultural	111
8.1.2	Apoio Organizacional	115
8.1.3	Conhecimento Cultural	121
8.1.4	Competência, aptidão prática ou habilidades culturais	128
9	PRODUTOS E CONSIDERAÇÕES FINAIS	134
9.1	Recomendações para a política	141
9.1.1	Produto 1 - Atualização da Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovocada 5.1.	142
9.1.2	Produto 2- Tradução do conhecimento para gestores e formuladores de políticas públicas: <i>Policy Brief</i>	143
9.2	Recomendações para a prática e formação profissional	144
9.2.1	Produto 3- Guia de perguntas auto- avaliativas para alcançar a inteligência cultural na prática profissional.	145
9.3	Recomendações para a pesquisa.....	146
	REFERÊNCIAS	148
	GLOSSÁRIO	168

APÊNDICE A – PROTOCOLO DE REVISÃO SISTEMÁTICA QUALITATIVA	171
APÊNDICE B – PLANEJAMENTO DOS TERMOS PARA ESTRATÉGIA DE BUSCA CONFORME PICO	180
APÊNDICE C – TESTE DA ESTRATÉGIA DE BUSCA NA BASE DE DADOS MEDLINE/PUBMED.....	182
APÊNDICE D – ESTRATÉGIAS APLICADAS NAS BASES DE DADOS INCLUÍDAS NO PROTOCOLO DE REVISÃO	183
APÊNDICE E –ESTUDOS EXCLUÍDOS APÓS LEITURA NA ÍNTEGRA E RAZÃO DAS EXCLUSÕES.....	191
APÊNDICE F – AVALIAÇÃO CRÍTICA DOS ESTUDOS INCLUÍDOS NA SELEÇÃO	197
APÊNDICE G – CARACTERÍSTICAS DOS ESTUDOS INCLUÍDOS NA RSQ	200
APÊNDICE H – DESCOBERTAS E ILUSTRAÇÕES DOS ESTUDOS INCLUÍDOS	231

1 APRESENTAÇÃO

A presente pesquisa trata-se de um estudo de Revisão Bibliográfica Sistemática, e insere-se na discussão da rede de atenção ao enfrentamento da violência que atinge mulheres em situação de refúgio. Está vinculada ao Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedades (GP- PEFAS), na linha de pesquisa “Cuidado à mulher em situação de violência” que engloba estudos que buscam compreender as demandas de cuidado da mulher diante de situações vividas em seu cotidiano com enfoque na temática da violência.

Esse GP é vinculado à Universidade Federal de Santa Maria - UFSM e ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/PPGEnf – UFSM, na linha de pesquisa Cuidado e Educação em Enfermagem e Saúde: que congrega os estudos sobre o processo de cuidar e educar em seus aspectos teóricos, históricos, sociais, políticos, culturais, éticos, estéticos, filosóficos no que se refere a multidimensionalidade do ser humano em seu ciclo vital.

Sublinha-se que o estudo em tela se direciona para o 5º Objetivo do Desenvolvimento Sustentável (ODS)¹, que diz respeito à Igualdade de Gênero e empoderamento de todas as mulheres e meninas. Ainda, o 5º Objetivo subdivide-se em outros seis objetivos específicos, dos quais este estudo contempla os dois primeiros, que dizem respeito, respectivamente, a acabar com todas as formas de discriminação contra todas as mulheres e meninas em toda parte; e eliminar todas as formas de violência contra todas as mulheres e meninas nas esferas públicas e privadas, incluindo o tráfico e exploração sexual e de outros tipos.

A pesquisa contempla o campo de estudos da Saúde da Mulher, em que se objetivou **sintetizar as evidências da experiência de competência cultural dos profissionais de saúde na atenção às mulheres refugiadas em situação de violência**, permeado pelo referencial teórico da Competência Cultural. Quanto a análise e discussão dos achados, no que tangeram os aspectos da violência contra as mulheres que se refugiam, estes foram tecidos a partir de posicionamentos éticos, políticos e epistemológicos das teorias feministas e das lentes da Interseccionalidade². A metodologia utilizada para alcance dos objetivos foi a Revisão Sistemática Qualitativa (RSQ), desenvolvida em conformidade com as diretrizes do JBI.

No intuito de localizar a trajetória da pesquisadora deste estudo na temática da violência contra as mulheres, apresenta-se o percurso de estudos e aprofundamentos teóricos no tema. Assim, esta trajetória deu-se logo no início da vida acadêmica, durante a graduação

¹ Mais sobre os ODS em <https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>

² Estudo feminista da sobreposição ou intersecção de identidades sociais e sistemas relacionados de opressão, dominação ou discriminação (HENNING, 2015; BRAH, 2006; MOUTINHO, 2014; PISCITELLI, 2008).

em Enfermagem na Universidade Federal de Santa Maria, campus Palmeira das Missões, após a inserção no Núcleo de Ensino, Pesquisa e Extensão em Saúde Coletiva (NEPESC) e, posteriormente, no Programa de Educação Tutorial (PET) Enfermagem como bolsista de iniciação científica, os quais possibilitaram ingressar no universo da pesquisa científica.

Desta inserção foi possível desenvolver um projeto de pesquisa intitulado “Situações de vulnerabilidade à violência contra as mulheres profissionais do sexo: discutindo a luz do referencial de gênero”, e a partir deste, o Trabalho de Conclusão de Curso da graduação em enfermagem intitulado “Situações de vulnerabilidade a violência vivenciadas por mulheres profissionais do sexo: um estudo de caso”. Esta trajetória possibilitou desenvolver e aprimorar conhecimentos sobre a temática, proporcionando grande apreço e motivação para dar seguimento nos estudos com mulheres em situações de vulnerabilidade.

Nesse sentido, após ingressar no mestrado acadêmico no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, foi apresentada e efetivada a proposta de pesquisar a violência contra mulheres refugiadas, por compreender que esta população específica de mulheres é extremamente vulnerável a sofrer violências. Os achados deste estudo da dissertação evidenciaram que essas mulheres sofriam violências e vulnerabilidades que diziam respeito não somente ao seu gênero, mas também em função de sua raça, classe, nacionalidade, idioma, cultura, geração, corpo, sexualidade, territorialidade e estado civil, ou seja, entrecruzados com seus marcadores sociais de diferença (GEHLEN, 2019; GEHLEN et al, 2023).

Dessa forma, ficou evidente a necessidade de visualizar a problemática da violência contra a mulher em situação de refúgio pelas lentes da interseccionalidade - a partir da violência interseccional. Isto porque as mulheres refugiadas experimentam formas múltiplas e interligadas de opressão (BRAH, 2006). Em consonância, a interseccionalidade aponta que os problemas sociais que atingem grupos específicos, como o das mulheres que se refugiam, precisam ser vistas pelas lentes dos marcadores sociais de diferenças que se entrecruzam na vida delas, visto que a mulher reveste-se de múltiplas identidades sociais, de acordo com os contextos e territórios que percorre (BRAH, 2006), o que é manifestado neste estudo como justificativa para o posicionamento teórico feminista.

Ainda, as experiências de violência das mulheres refugiadas situam-se na intersecção de condições vinculadas às construções sociais de gênero, raça, sexualidade, etnia, deficiência, família, classe, etc. Como resultado, essas experiências de violência e de busca de ajuda podem se manifestar de diferentes maneiras devido à confluência de circunstâncias individuais, experiências de vida e políticas, contextos sociais e jurídicos. Esses contextos incluem, mas não

se limitam a experiências de racismo, discriminação, isolamento social, negligência de direitos de cidadania e experiências anteriores de guerra e perseguição (GEHLEN, 2019).

Assim, a vida das mulheres migrantes e refugiadas é moldada pela interseção das relações de poder que surgem dessas múltiplas posições sociais e de identidade e pelas desvantagens estruturais e sociais que essas posições acarretam (GEHLEN, 2019). O **reconhecimento** dessas dinâmicas de poder e desigualdades sociais se faz presente no estudo em tela, e reforça que uma 'lente de gênero' é necessária, mas não suficiente.

2 INTRODUÇÃO

O número de pessoas forçosamente deslocadas no mundo tem apresentado crescimento exponencial e constante, com destaque especial para a última década, e agravado recentemente pela guerra cominada no continente europeu no início de 2022 – considerada a mais veloz e uma das maiores crises de deslocamento forçado de pessoas desde a Segunda Guerra Mundial (ACNUR BRASIL, 2022). Nos dados mais recentes, divulgados no último relatório anual “Tendências Globais” pela Agência da ONU para Refugiados (ACNUR) (UNHCR, 2021; 2022), estima-se que 89,3 milhões de pessoas estavam deslocadas ao final de 2021 em função de conflitos, perseguições, violência e/ou grave violações de direitos humanos.

Segundo a Acnur, prevê-se um salto no número de refugiados no próximo relatório anual, ultrapassando a marca de 100 milhões de pessoas em situação de refúgio ao final de 2023 (ACNUR BRASIL, 2022). Há também milhões de apátridas, pessoas a quem foi negada a nacionalidade e que não têm acesso a direitos básicos como educação, saúde, emprego e liberdade de movimento (UNHCR, 2021; 2022).

O Brasil, por sua vez, que ao final de 2021 já registrava 60.011 pessoas reconhecidas como refugiadas no país, é reconhecido internacionalmente como país seguro para refugiados, em face a nova Lei de Migração de 2017 (BRASIL, 2017), substituindo o Estatuto do estrangeiro criado no âmbito brasileiro em 1980, e passando a tratar os migrantes pelo viés dos direitos humanos, fomentando que migrar é um direito humano, descriminalizando a ação de migrar. Assim, a Lei de Migração proíbe, entre outros, a deportação e garante o acesso igualitário aos serviços de saúde independente do seu status migratório. Nesse sentido, o Sistema Único de Saúde (SUS) deve atender a imigrantes, refugiados e solicitantes de refúgio.

Antes de prosseguir, é importante elucidar os conceitos de migrante, imigrante e refugiado³. Assim, primeiramente, contextualiza-se que a **migração** pode ser caracterizada como o movimento de uma pessoa ou grupo de pessoas de um território a outro, cruzando uma fronteira administrativa ou política com intenção de estabelecer-se de maneira indefinida ou temporal em um lugar distinto de suas nações, tornando assim, essencialmente, todas as pessoas que se deslocam como **migrantes**. Essa migração, por sua vez, pode ser então voluntária ou forçada. A **migração voluntária** corresponde àqueles que fogem da miséria, fome, doenças, violência, desemprego, deixando o migrante na posição (escolha) de ficar ou partir, sendo este chamado de **imigrante** (ACNUR, 2022; SCHWINN, COSTA, 2016).

³ Ver mais em “Glossário” pág. 168.

Já a **migração forçada** diz respeito aos apátridas e **refugiados**, forçados a deixar o país de origem pelo fundado temor de perseguição, violência e grave violação dos direitos humanos, e que não pode ou, em virtude desse temor, não quer valer-se da proteção desse país. Essa solicitação da condição de refugiado deve ser feita fora do seu país de origem. A proteção aos perseguidos em razão de raça, nacionalidade, opinião política, religião ou grupo social é garantida na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, em que o asilo passa a ser juridicamente reconhecido (ACNUR, 2022; SCHWINN, COSTA, 2016).

Sendo as **mulheres refugiadas** a população foco do estudo em tela, inicia-se, portanto, os direcionamentos para esse grupo específico. Assim, importa esclarecer que “ser uma mulher refugiada” significa que esta sofreu uma violação dos seus Direitos Humanos, forçando-a a migrar. Assim, refúgio está intimamente ligado à violação de Direitos, o que por si só já se caracteriza como uma violência (BARROS et al, 2016, ACNUR, 2022). Após os conflitos da Segunda Guerra Mundial, estabeleceu-se como princípio básico a ser respeitado a dignidade da pessoa humana, como consta na Declaração Universal dos Direitos Humanos que em seu artigo terceiro afirma que “*Todo indivíduo tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal*” (Assembleia Geral da ONU, 1948).

A violação desse dispositivo legal é claramente evidenciada no caso das mulheres refugiadas, uma vez que ao saírem de seu país de origem em busca de preservação da sua integridade mediante as situações de violência, deparam-se com novas violências e violações. A exemplo de mulheres que relatam já terem sofrido assédio sexual, até mesmo com armas, bem como viverem sob constante oferta – em meio público, de vizinhos, motoristas de ônibus, etc. - de dinheiro ou ajuda por parte dos homens em troca de favores sexuais (GEHLEN, 2019; BARROS et al, 2016). Assim, a migração não se configura apenas como um “evento” no curso de vida dessas mulheres, mas uma transição que, junto a outras trajetórias, dão sentido à história de vida individual de cada uma delas, a qual merece ser respeitada e ouvida (MORALES, 2007).

Nesta vertente, apesar do rol de direitos consagrados, de modo a imprimir o respeito à condição de, primeiramente mulheres, e depois como refugiadas, ainda urge a amplificação de mecanismos que objetivem amparar estas mulheres e proteger seus direitos fundamentais. Como já dito, uma migrante forçada é uma mulher que se viu compelida a deslocar-se por condições estruturais (conflitos armados, crises econômicas ou ambientais, violências relacionadas ao gênero), e estas geralmente incidem (com maior impacto) sobre **populações marginalizadas** (política/social e institucionalmente) (REIGADA, 2020).

Assim, ser migrante produz constantes situações de vulnerabilidades, que incidem sob a forma de novas violências e violações de direitos humanos, principalmente de mulheres e

crianças. Infelizmente, muitas não alcançam a segurança que desejam no local de destino, pois continuam submetidas a discriminações relacionadas a seu papel social de gênero e a sua identidade social, que podem ser agravadas pelo status de estrangeira, tanto entre pares quanto pelo próprio Estado e instituições oficiais. Além disso, muitas mulheres sofrem ainda com novas desigualdades e opressões que não existiam no país natal, relacionadas à raça, cultura, etnias, etc. (GEHLEN, 2019; REIGADA, 2020).

Na esteira da violência, traz-se o conceito de **violência contra mulher**, o qual é definido pela Assembleia Geral das Nações Unidas como todo ato de violência contra a pessoa do sexo feminino, que tenha ou possa ter como resultado um dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico, inclusive as ameaças de tais atos, a coação ou a privação da liberdade tanto na vida pública como na privada (ONU, 1993). Ainda, é importante deixar esclarecido que refuta-se a expressão “vítima de violência”, e adota-se “**situação de violência**”, pois entende-se que esta expressão caminha na direção do pensamento feminista, que reforça o protagonismo feminino e reporta à ideia de possibilidade de quebra das situações de violência vividas, refutando processos de vitimização das mulheres e o apagamento de suas lutas históricas. Ainda, a palavra "vítima", é uma construção do patriarcado, que coloca a mulher em uma situação de passividade, submissão e impossibilidade de quebra dos ciclos e vivências de violências.

As mulheres refugiadas são frequentemente expostas à violência familiar, violência masculina ou violência interseccional, sendo que esta última se dá pelo entrecruzamento de marcadores sociais de diferenças como raça; (+) classe; (+) nacionalidade; etc. (GEHLEN, 2019). Essa exposição ocorre com mais gravidade do que nos homens refugiados, por razões relacionadas, entre outros, com a desigualdade de gênero no contexto dos processos migratórios, mas também em virtude das desigualdades existentes tanto nos seus países de origem como nos países de asilo (SANTINHO, 2012; ACNUR, 2021, 2021a). Não obstante, encontram-se em situações de vulnerabilidade à violência não somente pelo fato de serem mulheres – em função do seu gênero - mas também em virtude do status de refugiada (e dos atravessamentos dos seus marcadores sociais e identitários que conferem diferenças) (FREEDMAN; JAMAL, 2008; POST, 2016).

Importa salientar que as mulheres em situação de violência apresentam mais complicações de saúde do que as que não estão, e necessitam de acesso facilitado aos serviços de saúde. No entanto, algumas mulheres refugiadas, devido às normas culturais dos seus países de origem, sentem-se desconfortáveis e/ou desrespeitadas com as práticas assistenciais a que são normalmente submetidas nos países de asilo, principalmente por profissionais do sexo

masculino, ou com a necessidade de mostrarem partes íntimas do corpo no decurso da observação clínica (DIAS; ROCHA; HORTA, 2009; ONU BRASIL, 2022). Fatores culturais e sociais, associados aos papéis sociais de gênero, aos costumes, à língua e aos padrões de comunicação podem restringir os usos dos serviços de saúde por parte das mulheres refugiadas (DIAS; ROCHA; HORTA, 2009; R4V, 2022), e, portanto, precisam ser considerados no seu atendimento e creditados à sua devida importância.

Direciona-se assim para o campo da saúde, as discussões acerca da problemática da violência que atinge mulheres que se refugiam. Nesse lastro, há problemas pontuais que se assentam, entre outros, na pouca ou nenhuma informação sobre as especificidades culturais e a tendência para a adoção de uma visão etnocêntrica da saúde, fazendo com que, muitas vezes, as mulheres refugiadas que encontram-se em situações de violência se sintam inibidas e discriminadas na procura de apoio, permanecendo na invisibilidade e no isolamento. Ainda, há o medo em sofrer novas violências por esse setor ao relatar abusos, violências e processos discriminatórios, condicionando recorrentemente a qualidade e a eficácia do acesso aos serviços de saúde, deixando-as, não raras vezes, em situação de risco (GEHLEN, 2019).

A falta de suporte social e familiar sentida frequentemente por estas mulheres, aliada às condições de pobreza e precariedade econômica, coloca-as numa posição de grande fragilidade social e de vulnerabilidade a sofrer novas violências. O que potencializa o desenvolvimento de perturbações, inclusive de cunho psicológico, como estados depressivos e ansiosos e, no limite, ideação suicida (TOPA, NEVES, NOGUEIRA, 2013).

Ao direcionar o olhar para o âmbito da assistência à saúde dessa população específica, destaca-se que independentemente do país em que recebam acolhida e atendimento, o planejamento das ações deveria levar em conta a influência da cultura na expressão dos sintomas, na experiência de adoecimento e na evolução e progressão dos quadros clínicos. Nesse lastro, salienta-se que aplicar os mesmos protocolos, diagnósticos e tratamentos para uma população culturalmente diferente implica não reconhecer a validade cultural das ações de saúde (SANTANA, 2018).

Os profissionais de saúde também se confrontam, nas suas práticas profissionais diárias, com novas concepções de saúde e de doença, sobre as quais nem sempre a ação interventiva é linear ou simples. Para além de perscrutar as necessidades das refugiadas, é igualmente preciso ouvir os profissionais e apoiá-los nesta aprendizagem que é mútua: entre quem chega e quem está, visto que, a diagnose requer compreensão cultural (TOPA, NEVES, NOGUEIRA, 2013). Constituindo, portanto, um duplo desafio: de quem requer assistência e de quem assiste; um desafio que inicia ainda na formação profissional.

Muitas vezes, o profissional vai se comunicar dentro do modelo saúde/doença aprendido por ele, no entanto, a mulher refugiada nem sempre compartilha desse modelo. Salienta-se assim, que quanto maior a diferença cultural entre o profissional e o usuário do serviço, maiores as chances de erros de comunicação, o que dificulta mais ainda a avaliação diagnóstica e o atendimento efetivo e integral (SANTANA, LOTUFO NETO, 2016).

O comportamento dos profissionais de saúde tem sido igualmente identificado como um dos fatores determinantes no uso ou não uso dos serviços de saúde, pelas comunidades de refugiados. Os estudos sugerem que estes profissionais apresentam frequentemente um conhecimento limitado acerca das leis que cercam a população de refugiados – como a Lei de Migração no Brasil - bem como da sua aplicabilidade, e agem, muitas vezes, de acordo com estereótipos sociais (R4V 2022), não respondendo assim às necessidades efetivas.

Põem-se em relevo que, apesar de o Ministério da Saúde compor o Comitê Nacional para Refugiados (CONARE), o Brasil ainda não conta com uma política nacional voltada para as competências culturais na atenção à saúde, e que oriente serviços de saúde quanto aos riscos de replicar modelos etnocêntricos nos processos de formação da equipe e atendimento aos usuários (SANTANA, LOTUFO NETO; 2016). Tampouco há registros dos atendimentos prestados pelo SUS aos refugiados de modo geral, nem dados acerca da Saúde da Mulher no que tange às mulheres refugiadas. A ficha de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada (BRASIL, 2023), cujo preenchimento é obrigatório pelos serviços de saúde ao atenderem situações de violência, não possui um campo específico para registro de populações multiculturais e/ou grupos específicos, como as mulheres refugiadas, o que reflete na ausência de dados epidemiológicos.

Fundamental mencionar ainda os impactos que a pandemia da Covid-19 desencadeou no contexto da migração. Esta provocou um deslocamento forçado de populações, com registro mais extremo na Índia, que em março de 2020 sofreu um *lockdown* repentino, provocando fluxos de migração reversa de centenas de milhares de trabalhadores e suas famílias. O *lockdown* indiano produziu caos, desabastecimento, fome e muitas mortes, além de aprofundamento de políticas islamofóbicas do atual governo (DANIYAL, 2020; ECKS, 2020). Nesse cenário, a migração repercutiu impactos negativos diretamente nas condições de saúde dessa população, através de doenças e agravos como tuberculose, sífilis, hipertensão, diabetes mellitus, obesidade, depressão, ansiedade, transtorno do estresse pós-traumático, torturas, mutilações, incluindo mutilações genitais femininas e violência sexual. Em geral, refugiados manifestaram ocorrência de doenças infecciosas antes, durante e após a migração forçada (DANIYAL, 2020; ECKS, 2020).

Roraima, estado brasileiro a receber a maioria dos migrantes forçados vindos da Venezuela, já enfrentava dificuldades de proteção e assistência a essa população por seus serviços de saúde serem deficitários antes mesmo do fluxo migratório venezuelano (BARRETO et al., 2018). Hoje possui ocupações organizadas pelos próprios migrantes e abrigos com milhares de venezuelanos geridos pela Operação Acolhida do exército brasileiro e ONGs (BRASIL, 2022a).

O agravamento de casos de violência de motivação racista e xenofóbica contra migrantes e refugiados se agudizou em esfera global, nessa conjuntura crítica. No Brasil, a retórica de que os estrangeiros subtraíram os recursos dos brasileiros, como benefícios governamentais e atendimentos médicos, se popularizou (G1, 2020; 2022). Nesse contexto, migrantes e refugiados são culpabilizados por desigualdades estruturais, apesar de essas comunidades se encontrarem entre os grupos que padecem das desigualdades existentes. A chegada em um novo país pode significar mudanças na qualidade de vida e alívio para as tensões experienciadas em seus países de origem. Porém, violências recorrentes no país de acolhida repetem-se com os refugiados.

No campo da saúde, a suspensão ou negação de tratamento quando os sujeitos migrantes não portavam determinados papéis ou comprovantes, constituíram indícios de uma burocratização negligente. Essas barreiras documentais e comprobatórias foram matéria de ofício da Defensoria Pública da União de São Paulo (DELFIM, 2020) e de carta aberta do Comitê Estadual Intersetorial de Políticas de Atenção aos Refugiados e Migrantes do Rio de Janeiro CEIPARM/RJ (MPF, 2020) para orientação e resolução dessas dificuldades.

Assim, o acesso aos cuidados de saúde precisa ser perspectivado como um conceito multidimensional que integra, por um lado, os direitos aos cuidados de saúde consagrados na lei e, por outro lado, a capacidade que as mulheres refugiadas têm de deles fazer uso (FONSECA et al, 2007). Entretanto, parece existir um afastamento entre aquilo que é a dimensão legal dos direitos das refugiadas no setor da saúde e a capacidade real de reivindicar. O acesso limitado ou a inacessibilidade aos cuidados de saúde por parte das refugiadas pode refletir o fracasso de um sistema de saúde que se diz democrático para todos, conforme regem os princípios do SUS. Mais do que reavaliar as políticas de saúde, há que reavaliar o modo como estas estão a ser aplicadas, junto das populações migrantes, por quem com elas lida cotidianamente, a exemplo dos profissionais da saúde (R4V, 2022; FONSECA et al, 2007).

Torna-se, portanto, evidente que a competência cultural constitui um determinante importante de (in)acessibilidade de refugiados. Assim, destaca-se que o modelo da competência cultural pressupõe que o profissional da saúde apreenda um conjunto de atitudes e habilidades

que permitirão trabalhar eficazmente no contexto cultural das mulheres refugiadas em situação de violência. Ainda, uma abordagem humilde e reflexiva implica uma atitude de respeito à diversidade, à individualidade da experiência cultural e seus significados, incluindo múltiplos pontos de vista no desenho do projeto terapêutico (SANTANA, 2018).

Frente ao exposto, no que permeia a pesquisa em tela ancorando a construção da tese, partiu-se do pressuposto a partir da teoria do Efeito Negativo da Imigração na Saúde (IM, YANG; 2006) – apresentada nos próximos capítulos - de que para as mulheres que migram e se refugiam, a saúde é de fato afetada pela experiência migratória desde a sua desterritorialização – na tomada de decisão de migrar – até a reterritorialização na nova sociedade migrada, principalmente quando estas experienciam situações de violência, conforme evidenciado no estudo desenvolvido na dissertação de mestrado (GEHLEN, 2019).

Em face ao reconhecimento da crescente complexidade em torno dos múltiplos eixos ou dimensões da identidade social da mulher refugiada, e como eles se cruzam para influenciar a saúde delas, este estudo entende ser imprescindível que o cuidado de saúde despendido à esse grupo de mulheres perpassa o conjunto de atitudes e habilidades pautadas na competência cultural, considerando as intersecções sociais e seus marcadores sociais de diferenças entrecruzados nas suas experiências de vida e de violências.

Deste modo, e justificando o estudo realizado, entendeu-se como imprescindível avaliar o modelo assistencial utilizado pelos profissionais de saúde, no que tange às competências culturais implicadas e dispendidas no atendimento às mulheres refugiadas em situação de violência, pela perspectiva do profissional que as atende. Para tanto, a abordagem qualitativa mostrou-se coesa com o objeto do estudo, por possibilitar capturar as experiências e significados para os profissionais, bem como os fenômenos sociais e culturais envolvidos no processo de cuidar de mulheres refugiadas em situação de violência. As diversas profissões da saúde, especialmente a enfermagem, transitam predominantemente nas relações interpessoais e assistenciais, por isso, encontram coerência na interação humana e no aprofundamento das experiências individuais possibilitadas pela pesquisa qualitativa (LOPES, FRACOLLI, 2008).

Ainda, a Revisão Bibliográfica Sistemática foi o método mais coerente, visto que a síntese de achados de estudos qualitativos primários tem grande relevância como ferramenta para informar e orientar políticas e tomada de decisões em saúde, em função de seu potencial para fornecer análises aprofundadas sobre os achados, além de ampliar a compreensão sobre os fenômenos de interesse (SOUSA, WAINWRIGHT, SOARES, 2019; LOCKWOOD et al, 2020). Aprofundamento esse que talvez não seria possível alcançar com a condução de um estudo primário. Para além disso, o reconhecimento da contribuição que os resultados da

pesquisa qualitativa fazem para melhorar a qualidade e a relevância das condições de saúde está aumentando, frente ao crescente reconhecimento da contribuição que a pesquisa qualitativa pode fazer, por exemplo, para as revisões de eficácia, pois ajuda a desenvolver uma compreensão das pessoas, as práticas e as políticas por trás dos mecanismos e intervenções (LOCKWOOD et al, 2020).

Destaca-se, nesse lastro, que os processos de atenção e cuidados em saúde – que são reconhecidamente complexos - perpassam as relações nas diferentes formações sociais. É imprescindível, portanto, considerar nesses processos, as evidências sobre experiências, atitudes, preferências, valores e expectativas de profissionais de saúde responsáveis pelo cuidado, bem como as experiências e/ou expectativas sobre o uso de uma tecnologia ou modelo de atendimento em saúde específico, além das evidências sobre a relação entre as necessidades em saúde e as dinâmicas sociais mais gerais. Tais informações e análises podem ser particularmente úteis na compreensão das barreiras e facilitadores para o oferecimento ou implementação de novas tecnologias, protocolos e modelos de atenção nos serviços de saúde, e orientar políticas públicas (SOUSA, WAINWRIGHT, SOARES, 2019).

Ainda, uma Revisão Integrativa da Literatura, realizada em 2022 por uma aluna no âmbito da graduação com vistas à realização do Trabalho de Conclusão de Curso, e sob orientação da doutoranda (MOLINA, 2022), demonstrou que os fatores culturais foram identificados como uma importante barreira para o cuidado à saúde da mulher refugiada, atuando tanto sobre as mulheres como sobre os profissionais, na esfera individual, social e institucional, mostrando que talvez esse seja o caminho para romper as barreiras para o cuidado eficaz e equitativo à esse grupo de mulheres, e apontando a necessidade da realização de uma revisão sistemática qualitativa para agregar evidências científicas nesse sentido.

Desta forma, a Revisão Sistemática Qualitativa mostrou-se o melhor caminho para responder os questionamentos iniciais deste estudo. E visando garantir o seu ineditismo, realizou-se uma busca **preliminar** no PROSPERO, MEDLINE, Open Science Framework (OSF), no Banco de Dados Cochrane de Revisões Sistemáticas e no Banco de Dados de Revisões Sistemáticas e Relatórios de Implementação JBI, e não foram identificadas revisões sistemáticas atuais ou em andamento acerca do tema proposto.

Encaminhando-se para o encerramento deste capítulo introdutório, destaca-se por fim que o modelo assistencial de saúde vigente em qualquer país precisa contemplar populações específicas e grupos marginalizados, o que remete a necessidade de entender a assistência prestada e as competências culturais apreendidas pelos provedores de saúde no atendimento a mulheres refugiadas, principalmente quando sob o agravante de situações de violências vividas.

E para entender esses valores, experiências e expectativas dos profissionais da saúde, entende-se que o Modelo de Competência Cultural contribui com importantes subsídios para o planejamento, inclusão e efetividade de práticas de intervenção, de políticas públicas e da estruturação dos serviços de forma a compor a rede de atenção pautada na competência cultural às mulheres refugiadas em situação de violência.

Para tanto, o referencial do **Modelo Conceitual de Competência Cultural** (BALCAZAR; SUAREZ-BALCAZAR; TAYLOR-RITZLER, 2009) será utilizado. Este modelo foi estruturado a partir de uma revisão sistemática da literatura (BALCAZAR et al, 2009) e posteriormente validado (SUAREZ-BALCAZAR et al; 2011), e propõem um modelo compreensivo para a competência cultural, a partir de quatro construtos fundamentais para a competência cultural.

São eles: **Consciência cultural** (apreciação e compreensão da cultura, reconhecimento de seus preconceitos e em relação a outras culturas); **Conhecimento cultural** (familiaridade com as características, histórias, valores, crenças e comportamentos de outras culturas); **Competência ou aptidão prática (habilidades)** (aptidões necessárias para ajustar a prática profissional de forma a atender às necessidades das populações multiculturais) e **Apoio organizacional** (implementação de práticas individuais e organizacionais que promovam a capacidade dos profissionais para intervir de forma culturalmente adequada).

Por fim, a pergunta principal de pesquisa, que norteou o estudo em tela, foi “Quais as experiências de competência cultural dos profissionais de saúde na atenção às mulheres refugiadas em situação de violência?”.

3 OBJETIVO DO ESTUDO

- Sintetizar as evidências da experiência de competência cultural dos profissionais de saúde na atenção às mulheres refugiadas em situação de violência.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo versa acerca do referencial teórico que permeou o estudo.

4.1 COMPETÊNCIAS CULTURAIS: DEFINIÇÃO E DIMENSÕES DE AVALIAÇÃO

O conceito de Competência Cultural (CC) tem suscitado debates na literatura, não só quanto à sua definição, mas também como conceito, modelo ou teoria (GALLEGOS et al, 2008). Muitos são os trabalhos científicos que problematizam a sua definição (GALLEGOS et al, 2008; MUÑOZ, 2007; BALCAZAR et al, 2009), a sua mensuração e os modelos conceituais subjacentes (GARNEAU; PEPIN, 2015; DARAWSHEH et al, 2015).

A discussão em torno deste fenômeno é, apesar de tudo, relativamente recente, tendo surgido na literatura a partir da década de 80, nas áreas social e da psicoterapia (GALLEGOS et al, 2008; CROSS, 1989; GALLEGOS, 1982), expandindo-se posteriormente às áreas da enfermagem, educação e literatura médica (SHEN, 2004). Durante este breve percurso, foram avançadas várias definições relacionadas com as diferentes áreas de atuação. Uma das mais citadas e robustas surgiu na área social e foi desenvolvida por Cross (1989):

A competência cultural é um conjunto de comportamentos, atitudes e políticas congruentes que atuam interativamente num sistema, instituição ou grupo de profissionais, e permite que esse sistema, instituição ou grupo de profissionais trabalhem efetivamente em situações multiculturais (CROSS, 1989).

Na **área da saúde**, a Competência Cultural é entendida como um processo contínuo em que o prestador de cuidados de saúde se esforça continuamente para alcançar a capacidade de trabalhar de forma eficaz e congruente com o contexto cultural do cliente (SUE, 1982). E, é demonstrada quando o profissional compreende e aprecia as diferenças nas crenças e comportamentos de saúde, reconhece e respeita as variações que ocorrem dentro dos grupos culturais e é capaz de ajustar sua prática para fornecer intervenções eficazes para pessoas de várias etnias (CAMPINHA-BACOTE, 1999).

Qualquer que seja a área de atuação profissional, o processo de desenvolvimento de competências culturais é, portanto, dinâmico e envolve fatores contextuais, desenvolvimentais e de crescimento pessoal, resultando na compreensão profissional e na capacidade de prestar serviços adequados aos indivíduos que olham, pensam e se comportam de maneira diferente da cultura dominante (SUAREZ-BALCAZAR, 2011). A competência cultural, como um todo, envolve um conjunto de constructos, consensualmente agrupados em diferentes dimensões:

cognitiva (atitudes/crenças e conhecimento culturais), comportamental (competência prática) e organizacional (SUE, 1982; SUAREZ-BALCAZAR, 2011).

Uma revisão sistemática da literatura (BALCAZAR et al, 2009) propôs um modelo compreensivo para a competência cultural (Quadro 1), e será apresentado a seguir. Este modelo foi escolhido, dentre outros modelos propostos por diversos autores, por convergir com o estudo em tela. Este modelo integra os quatro construtos:

Quadro 1: Modelo conceitual compreensivo dos quatro construtos da competência cultural.

Consciência cultural	Apreciação e compreensão da cultura de outras pessoas, reconhecimento dos próprios preconceitos em relação a outras culturas e exame crítico em relação a posições privilegiadas na sociedade
Conhecimento cultural	Familiaridade com as características, história, valores, crenças e comportamentos de outras culturas
Competência ou aptidão prática (habilidades)	Aptidões necessárias para ajustar a prática profissional de forma a atender às necessidades das populações multiculturais
Apoio Organizacional	Implementação de práticas individuais e organizacionais que promovam a capacidade dos profissionais para intervir de forma culturalmente adequada

Fonte: Adaptado de Balcazar et al. Cultural Competence: Development of a conceptual framework, 2009.

A **consciência cultural** crítica reflete uma compreensão de nossos preconceitos pessoais em relação aos outros, e um exame crítico de nossa própria posição de privilégio na sociedade, incluindo diferenças de classe e experiências de opressão. O processo de autorreflexão permite aos profissionais examinar suas atitudes pessoais em relação aos outros, e para promover opiniões sobre aceitação, inclusão e consideração dos direitos dos outros (BALCAZAR et al, 2009). Leininger (1995), teórica da área da Enfermagem, argumentou que, sem consciência crítica, os pesquisadores e os prestadores de serviços tendem a impor suas crenças, valores e padrões de comportamento em outras culturas do que o seu próprio, tornando mais difícil recrutar e sustentar a participação de minorias na pesquisa e uso do serviço.

Quanto ao **conhecimento cultural**, leva à familiarização da relação com outras características culturais, história, valores, sistemas de crenças e comportamentos. Sawyer et al. (1995) definiu o conhecimento cultural como a compreensão do praticante de sistemas integrados de padrões comportamentais aprendidos em um grupo cultural, incluindo as

maneiras pelas quais os membros deste grupo falam, pensam e se comportam e seus sentimentos, atitudes e valores.

Uma forma crítica de saber sobre os outros é entender os fatores que influenciam a diversidade. Balcazar et al (2009) identificaram vários fatores que são os principais responsáveis por determinar a diversidade cultural - estabelecendo as semelhanças e/ou diferenças entre si. Existem fatores observáveis e não observáveis que contribuem para a diversidade. Qualquer um dos fatores observáveis (ou seja, raça/etnia, idade, gênero, deficiência e atratividade) está entre as primeiras coisas que as pessoas notam sobre uma pessoa, o que pode desencadear respostas diferenciais.

As evidências da pesquisa de Balcazar et al (2009) sugerem que a raça desempenha um papel central na previsão de resultados fracos ou limitados - no caso de grupos minoritários - para resultados de emprego, educação, reabilitação e/ou saúde, particularmente quando associada a outros fatores como baixo nível socioeconômico, limitados níveis de educação e/ou status de imigração. Os fatores não observáveis (ou seja, status socioeconômico, experiência de opressão, educação, filiação religiosa, nível de aculturação, etc.) refletem a complexidade dos indivíduos que interagem com um provedor de serviço em um determinado momento.

O desenvolvimento de **habilidades** refere-se à capacidade do profissional de se comunicar de forma eficaz e empática com o paciente, sendo capaz de incorporar as crenças, valores, experiências e aspirações do paciente na prestação e planejamento dos serviços (BALCAZAR et al, 2009). Os autores também argumentam que, para ser capaz de entender melhor e interagir com seus pacientes, os profissionais precisam desenvolver comunicação e habilidades que lhes permitiriam identificar os fatores não observáveis mencionados anteriormente e reconhecerem como os fatores externos e internos atuam no encontro cultural (BALCAZAR et al, 2009).

E por fim, o **apoio organizacional** refere-se às percepções sobre o valor institucional atribuído à promoção da prática multicultural e as oportunidades organizacionais para se tornar culturalmente competente. Talvez, a parte mais difícil de abordar a competência cultural seja implementar práticas individuais e organizacionais que irão melhorar a capacidade dos profissionais de prestar cuidados de uma forma culturalmente competente (BALCAZAR et al, 2009).

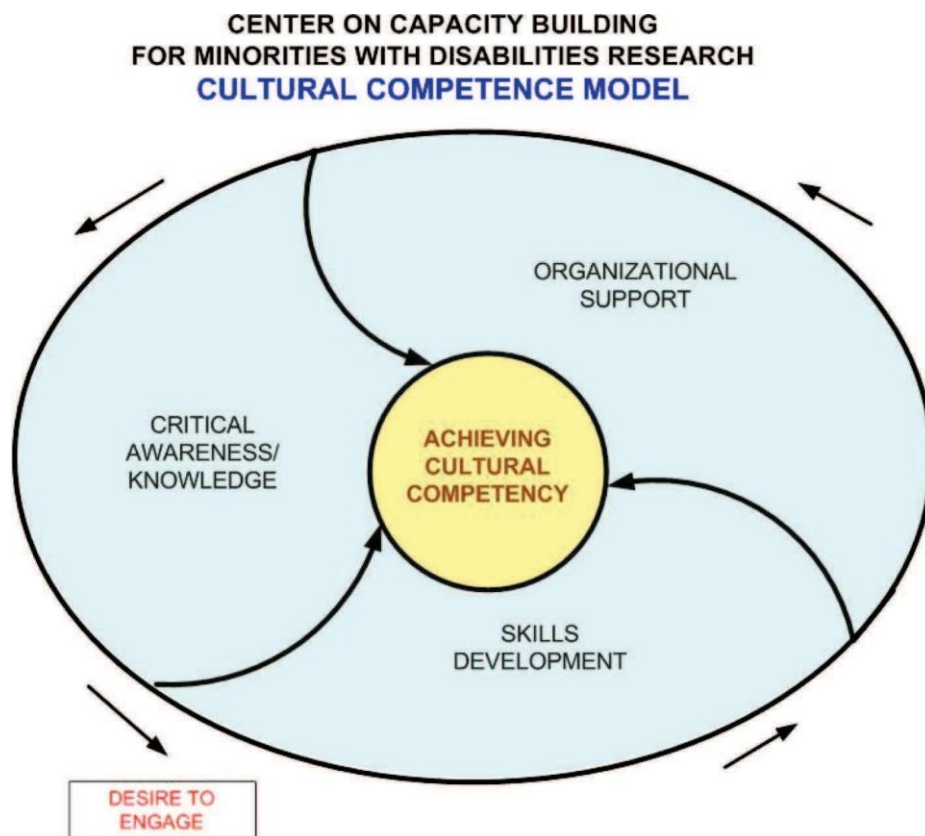
Segundo os autores da proposta, o desenvolvimento da competência cultural no seu todo é um processo contínuo e interativo que pressupõe que, como prestadores de serviços, os profissionais estejam familiarizados e trabalhem confortavelmente tendo em conta as

especificidades dos grupos culturais com os quais lidam. Para isso, contribuem fatores como a formação prévia em competência cultural, o tempo de serviço e as atitudes face à temática.

4.2 APLICAÇÃO PRÁTICA DO MODELO CONCEITUAL DE COMPETÊNCIA CULTURAL

O processo do modelo conceitual de competência cultural proposto (Figura 1) começa com o desejo pessoal de engajar outras culturas, desenvolvendo conhecimento de diferentes culturas e uma compreensão crítica de nossos preconceitos pessoais, desenvolvendo habilidades. Isso nos permitiria envolver efetivamente pessoas de diversas culturas e o grau de apoio organizacional para o envolvimento em práticas culturalmente competentes (BALCAZAR et al, 2009; SUAREZ-BALCAZAR et al; 2011).

Figura 1: Modelo Conceitual de Competência Cultural.



Fonte: Balcazar et al. Cultural Competence: Development of a conceptual framework, 2009.

A competência cultural é alcançada gradualmente e as habilidades envolvidas requerem o conhecimento do estado da arte no atendimento e na prestação de serviços. Mas, a aplicação da competência cultural envolve mudanças organizacionais e sistêmicas. Os provedores de serviços não funcionam no vácuo. Seus esforços e práticas são frequentemente uma função das políticas e diretrizes da agência onde trabalham (BALCAZAR et al, 2009).

Balcazar et al (2009) encontraram fortemente na literatura modelos clínicos que enfatizavam o conhecimento individual, a consciência e a mudança de habilidades, mas rejeitavam a importância do apoio institucional para o cuidado culturalmente competente. Nesse sentido, os autores concluíram que um profissional pode ter as melhores intenções de desenvolver competência cultural, mas se seu local de trabalho não for apoiado por ela, participando de workshops, abordando questões com populações multiculturais, tentando mudar seu horário de trabalho para ser mais acessível ou realizando atividades de extensão na comunidade, ela pode não ter sucesso em seus esforços. Portanto, o apoio organizacional parece ser um fator muito importante na determinação da capacidade de profissionais de prestar serviços culturalmente competentes (BALCAZAR et al, 2009).

A cultura está sempre evoluindo e a quantidade de conhecimento necessária para compreender diferentes culturas é vasta e o nosso próprio estar no mundo contemporâneo e interconectado requer uma compreensão cultural como nunca antes. Atender às variações culturais e desenvolver a sensibilidade e consciência das culturas em nossos contextos sociais são necessários para nos ajudar a alcançar a competência cultural. **Tornar-se culturalmente competente é um esforço intencional, uma jornada e um processo que dura a vida toda** (BALCAZAR et al, 2009).

O desenvolvimento da competência cultural significa a disposição de se envolver em uma série de atividades, como examinar os preconceitos institucionais das práticas e serviços tradicionais das agências para as quais se trabalha; sendo aberto e disposto a aceitar indivíduos de outras culturas; tentando intervenções não tradicionais ou alteração de procedimentos padrão para melhor atender às necessidades individuais; e desafiar práticas racistas, discriminação e opressão quando observada (BALCAZAR et al, 2009).

5 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Este capítulo versa acerca de elementos teóricos necessários à compreensão do tema, bem como à construção e fundamentação da problemática de investigação.

5.1 REFÚGIO E VIOLÊNCIAS INTERSECCIONAIS IMPLICADAS: PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO

A população migrante enfrenta condições adversas e violações frequentes dos direitos humanos (REIGADA, 2020). Mesmo assim, os últimos anos foram marcados por intensos fluxos migratórios, e o número de pessoas forçadas a deixar suas casas tem crescido exponencialmente ano após ano durante a última década, encontrando-se no nível mais alto desde que começou a ser registrado. O panorama **mundial** do refúgio, segundo o último relatório “Tendências Globais”, divulgado pela ACNUR (UNHCR, 2021a), ao final de 2021, o número de pessoas deslocadas por guerras, violência, perseguições e abusos de direitos humanos chegou a 89,3 milhões, o que representa um crescimento de 8% em relação ao ano anterior e bem mais que o dobro verificado há 10 anos. Por volta de maio de 2022, esse número ultrapassa mais de 100 milhões de pessoas deslocadas forçosamente em todo mundo (ACNUR BRASIL, 2022; UNHCR, 2021a).

Ao final de 2021, o número de 89,3 milhões de pessoas incluía 27,1 milhões de refugiados, sendo 21,3 milhões de pessoas refugiadas sob o mandato do ACNUR e 5,8 milhões de pessoas refugiadas da Palestina sob o mandato da UNRWA. Entre as pessoas refugiadas e da Venezuela deslocadas fora do seu país ao final de 2021: países de renda baixa ou média acolheram 83% desta população; países menos desenvolvidos ofereceram asilo para 27% deste total, e 72% das pessoas viviam em países vizinhos aos seus países de origem (ACNUR BRASIL, 2022; UNHCR, 2021a).

Ainda ao final de 2021, a Turquia abriga 3,8 milhões de pessoas refugiadas (a maior população em todo o mundo), seguido por Uganda (1,5 milhão), Paquistão (1,5 milhão) e Alemanha (1,3 milhão). A Colômbia acolhia 1,8 milhão de pessoas venezuelanas deslocadas fora do seu país. O Líbano abrigava a maior população de pessoas refugiadas per capita (em relação aos habitantes do país): 01 pessoa refugiada para cada 08 habitantes. Em seguida a Jordânia (01 para cada 14) e a Turquia (01 para cada 23). Em relação à população nacional, a

ilha de Aruba abrigava o maior número de pessoas da Venezuela deslocadas fora do seu país (01 para cada 06), seguido por Curaçao (01 para cada 10) (UNHCR, 2021a).

Mais de dois terços (69%) das pessoas refugiadas vieram de apenas 05 países: Síria (6,8 milhões), Venezuela (4,6 milhões), Afeganistão (2,7 milhões), Sudão do Sul (2,4 milhões) e Mianmar (1,2 milhão). Globalmente, havia 6,1 milhões de pessoas refugiadas, solicitantes do reconhecimento da condição de refugiado e migrantes da Venezuela em 2021 (ACNUR BRASIL, 2022; R4V, 2022; UNHCR, 2021a).

Solicitantes do reconhecimento da condição de refugiado apresentaram 1,4 milhão de novos pedidos. Os Estados Unidos foi o maior receptor, a nível mundial, de novas solicitações (188,9 mil), seguido pela Alemanha (148,2 mil), México (132,7 mil), Costa Rica (108,5 mil) e França (90,2 mil). Quatro dos 10 países de origem com maior número de solicitantes de asilo estão na América Latina e no Caribe: Nicarágua (2º lugar), Venezuela (4º), Haiti (5º) e Honduras (6º). Ao final de 2021, havia mais de 1,1 milhão de pessoas refugiadas e solicitantes de asilo de El Salvador, Honduras e Guatemala em todo o mundo. As solicitações de reconhecimento da condição de refugiado apresentadas por pessoas da Nicarágua em 2021 foram cinco vezes maiores que no ano anterior (ACNUR BRASIL, 2022; R4V, 2022).

Destaca-se que essa população vem passando por um processo de **feminização**. Em 2015, as mulheres correspondiam a 45% dos migrantes internacionais. Atualmente, mais de 6 entre 10 migrantes são mulheres e crianças (UNCHR, 2021a). Apesar de sempre presentes, as mulheres não eram contabilizadas como migrantes autônomas até 1970. Hoje, migram cada vez mais sozinhas, às vezes em busca de independência financeira, porém, com maior frequência de forma forçada (RV4, 2022).

Compondo a ONU, o Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas (UN DESA) conta com uma Divisão de População que publica, periodicamente, dados estimados da população de migrantes internacionais por todo o mundo. Segundo a última atualização divulgada, com o título *International Migrant Stock 2020*, o número de migrantes internacionais pelo mundo era de 272 milhões de pessoas. O dado inclui todas as situações e condições migratórias. Desse total, segundo a análise, 48,9% eram mulheres (UN, 2020).

Essa proporção de mulheres migrantes variou entre as regiões. Em 2020, a porcentagem de mulheres entre todos os migrantes internacionais era mais alta na América do Norte (51,8%) e na Europa (51,4%). Oceania (50,4%), América Latina e Caribe (49,9%), Ásia Central e Meridional (49,4%) e Leste e Sudeste Asiático (49,3%) receberam uma proporção quase igual de migrantes do sexo feminino e masculino. A proporção de mulheres migrantes

era mais baixa na África Subsaariana (47,5%) e no Norte da África e na Ásia Ocidental (35,5%) (UN, 2020).

A Comissão Econômica para a América Latina (CEPAL) é uma organização internacional de caráter regional, voltada a contribuir com o desenvolvimento econômico da **América Latina e Caribe**. Conta com o Observatório Demográfico de América Latina, que, periodicamente, apresenta estudos demográficos sob temas variados. Por seu caráter regional, a publicação voltada às migrações internacionais do Observatório oferece uma perspectiva comparativa entre alguns dos países latino-americanos (CEPAL, 2021).

Assim, identifica uma variação em que aparecem tanto nações com migração internacional majoritariamente feminina, como é o caso do Peru (em que a cada 100 homens migrando, se deslocam também 121 mulheres), quanto casos como o da República Dominicana, sendo que para cada 100 homens migram, proporcionalmente, apenas 57 mulheres. Comparado a países sul-americanos, como o Chile (119 mulheres para cada 100 homens), a Argentina (116 para cada 100), a Bolívia (95 para cada 100) e o Paraguai (94 para cada 100), o **Brasil** apresenta uma proporção menor de mulheres migrando: 87,2 mulheres para cada 100 homens (CEPAL, 2021).

Ainda em relação ao Brasil, o Observatório das Migrações Internacionais - (OBMigra) publica diversos dados e estudos sobre a imigração internacional, a emigração brasileira para outros países e os projetos migratórios de retorno dos emigrantes brasileiros. No relatório anual de 2020, divulgado pelo Observatório, o artigo "Imigração de mulheres no Brasil: movimentações, registros e inserção no mercado de trabalho formal" (TONHATI; MACEDO, 2020) aponta alguns dados compilados pela instituição com o interesse principal de entender as migrações internacionais de mulheres.

Assim, os dados apontam que entre 2010 e 2019, há o registro de 268.674 mulheres migrantes, sendo que somente 22% desses registros foi por reagrupamento familiar; 69% eram de mulheres solteiras; 24% tinham entre 15 e 25 anos e 43% tinham entre 26 e 40 anos. Em relação aos dados acerca da inserção laboral dessas mulheres em setores formais, em 2011 foram emitidas 3.722 carteiras de trabalho para mulheres migrantes. Já em 2019, esse número aumentou para 39.813. O estudo ainda aponta a diferença entre as nacionalidades das mulheres que receberam essas carteiras, segundo o ano considerado: em 2016, 46% das mulheres migrantes que obtiveram carteira de trabalho eram haitianas; e em 2019, 63% das carteiras de trabalho emitidas para mulheres migrantes foram para as mulheres venezuelanas (TONHATI; MACEDO, 2020).

Um dado apresentado pelas autoras ainda mostra que, apesar de um aumento significativo da presença feminina nas migrações internacionais para o Brasil, e apesar delas estarem procurando empregos formais, o que pode ser deduzido do perfil socioeconômico e pela maior emissão de carteiras de trabalho, a proporção entre homens e mulheres no mercado de trabalho formal continuou bastante similar entre 2011 e 2019: em 2011, dos trabalhos no mercado formal exercidos por migrantes, apenas 30,3% eram por mulheres; e em 2019, esse número ficou no patamar de 29,5% (TONHATI; MACEDO, 2020).

Voltando o olhar novamente para o contexto geral, as mulheres que migram e se refugiam são submetidas a diversas ameaças e abusos ao longo de seu caminho. Segundo a ONU Mulheres, 1 a cada 5 refugiadas sofreu algum tipo de violência sexual – número ainda subnotificado. O risco é maior se estão desacompanhadas, grávidas ou são idosas. Algumas foram repetidamente deslocadas, exploradas e/ou abusadas em busca de segurança. As principais violações de direitos humanos envolvem maus tratos, detenções arbitrárias, desaparecimentos forçados, sequestros, extorsões, abusos sexuais, abandono de pessoas, roubos violentos, tráfico de pessoas, recrutamento forçado e assassinatos (ONU MULHERES BRASIL, 2017).

São as mulheres, principalmente adolescentes e adultas jovens, também as mais afetadas por práticas ilegais como tráfico de pessoas, muitas vezes de cunho sexual ou trabalhos análogos à escravidão. Por rotas internacionais, mas também por rotas nacionais, muitas já conhecidas e mapeadas. As principais vítimas são as mulheres provenientes de bolsões de pobreza, com baixa escolaridade. Esse tráfico aumentou muito a partir da década de 1990 (RV4, 2022).

Instituições estatais e não-estatais, como organizações do tráfico e crime organizado, são apontadas como principais agentes de violências. Mesmo militares enviados para “Missões de Paz” da ONU são alvo de denúncias, totalizando, nos últimos 12 anos, cerca de 2000 denúncias de estupro, mais de 300 envolvendo crianças (RV4, 2022).

A tendência contínua de movimentos irregulares de refugiados e migrantes, muitas vezes associados a viagens por terrenos adversos e condições difíceis, implica graves riscos para as populações em trânsito, incluindo violência baseada no gênero, tráfico e contrabando de pessoas. Com o crescente número de países introduzindo requisitos de visto, mais refugiados e migrantes recorrem a travessias e rotas perigosas. A velocidade e o volume do deslocamento têm superado a disponibilidade de soluções para as pessoas deslocadas – como retorno ao país de origem, reassentamento e integração local (RV4, 2022).

Faz-se importante mencionar que em face ao período pandêmico que o mundo enfrentou em 2020, destaca-se o aumento das situações de vulnerabilidade à violência e ao adoecimento das mulheres migrantes em todas as regiões do globo, e a ausência de dados epidemiológicos dimensionando essa problemática. A migração irregular de mulheres e meninas, frente ao fechamento de fronteiras devido à pandemia, além das dificuldades aumentadas na trajetória de migração, gera mais riscos de proteção associados, como violência de gênero e tráfico. Esses riscos podem ser aumentados devido a restrições de viagens internas e externas, dificuldades no acesso a serviços de saúde e medicamentos, além da falta de documentação (ONU MULHERES BRASIL, 2020).

Além disso, a pandemia causou um aumento no estigma, xenofobia e discriminação. As experiências recentes na Ásia, por exemplo, revelam exemplos amplos dessas expressões relacionadas à raça, gênero e situação de imigração, que levam a maior desigualdade, distanciam as pessoas dos serviços de que necessitam, exacerbam estereótipos, bem como a hiper-sexualização das mulheres, e dificultam sua integração socioeconômica nas comunidades anfitriãs (ONU MULHERES BRASIL, 2020).

Ainda, em um contexto de emergência, aumentam os riscos de violência contra mulheres, especialmente a violência doméstica, frente ao aumento das tensões em casa, e do isolamento das mulheres. As sobreviventes da violência podem enfrentar obstáculos adicionais para fugir de situações violentas ou acessar ordens de proteção que salvam vidas e/ou serviços essenciais devido a fatores como restrições ao movimento em quarentena. O impacto econômico da pandemia cria barreiras adicionais para deixar um parceiro violento, além de mais risco à exploração sexual com fins comerciais. Esse cenário não atinge apenas às nacionais, mas trata-se de um cenário de situações de violências vivenciados também pelas mulheres refugiadas (ONU MULHERES BRASIL, 2020).

Destaca-se importante ação da Organização Internacional para as Migrações (OIM), que desenvolveu um conjunto de publicações para apoiar a identificação de vulnerabilidades associadas à migração e melhorar a proteção e assistência disponíveis aos migrantes (ONU BRASIL, 2020a). Esses instrumentos tem o potencial de ajudar formuladores de políticas e profissionais, estabelecendo uma direção operacional clara, fornecendo proteção e assistência aos migrantes vulneráveis ou que tenham sofrido violência, exploração e abuso. A abordagem da OIM à vulnerabilidade dos migrantes está enraizada no princípio de que os direitos humanos dos migrantes devem ser respeitados e promovidos, e que os migrantes devem receber a proteção e assistência de que necessitam (ONU BRASIL, 2020a).

Segundo os dados divulgados pela Pesquisa de Informações Básicas Estaduais e Municipais realizada no período de 2020-2021 (IBGE, 2021), dos 3.876 municípios nos quais se verifica a presença de migrantes/refugiados ou solicitantes de refúgio, apenas 215 oferecem algum serviço de gestão migratória, o que representa 5,5% desse total. Salienta-se que a gestão migratória, deveria ser de responsabilidade das três esferas de poder, com o ente federal gerindo as entradas/saídas, a regularização/regulação dos migrantes/refugiados e a cooperação internacional, dois eixos das políticas migratórias. O terceiro eixo, a integração, estaria mais próximo às esferas estaduais e municipais, como o ensino do idioma, a geração de trabalho e renda, a oferta de moradia, o acesso a serviços, a proteção quando em situação de violência, entre outras dimensões da integração. Todavia, isso não significa a ausência do governo central no apoio e suporte a essas iniciativas, daí a necessidade de cooperação nos três níveis (IBGE, 2021).

Os instrumentos de gestão migratória dizem respeito à: (1) Mecanismo de cooperação entre o município e os demais entes da federação; (2) Relação entre a prefeitura e a associação ou coletivo de imigrantes/pessoas em situação de refúgio ou asilo humanitário, (3) Oferta de curso de português para imigrantes/pessoas em situação de refúgio ou asilo humanitário; (4) Atendimento multilíngue nos serviços públicos; (5) Abrigo para acolhimento de imigrantes/pessoas em situação de refúgio ou asilo humanitário; (6) Centros de Referência e Apoio a imigrantes/pessoas em situação de refúgio ou asilo humanitário; e (7) Formação e capacitação continuada interdisciplinar para o atendimento a imigrantes/pessoas em situação de refúgio ou asilo humanitário (IBGE, 2021).

O atendimento multilíngue nos serviços públicos era oferecido em apenas 25 municípios, distribuídos em 12 estados, sendo que nenhuma capital do Sudeste oferecia esse serviço. O ensino de português a migrantes era ofertado em apenas 48 municípios de 11 unidades da federação, concentrados nas cidades do Sul, particularmente, Santa Catarina. Nenhum município de Roraima oferecia curso de português em 2018; no Amazonas, apenas o município de Presidente Figueiredo, e, no Rio de Janeiro, somente a capital oferecia curso permanente de português a migrantes (IBGE, 2021).

Esses são estados com importante presença de migrantes, de acordo com os registros existentes. O acesso aos serviços públicos é uma das maiores dificuldades encontradas pelos migrantes. Como a oferta de cursos de português é baixa, essas pessoas têm dificuldades de comunicação e encontram problemas ao buscar serviços públicos, por exemplo, em tratamentos

de saúde, o que também torna-se um empecilho na busca por ajuda quando em situação de violência interseccional (IBGE, 2021).

Em relação à existência de abrigos para acolhimento de pessoas em situação de refúgio ou asilo humanitário, 58 municípios possuíam este instrumento de gestão migratória, entre eles, Pacaraima (RR), Boa Vista (RR), Manaus (AM), Porto Velho (RO), Cuiabá (MT), Campo Grande (MS), Foz do Iguaçu (PR) e São Paulo (SP). Já os CRAIs estavam presentes em 63 municípios de 17 estados, concentrados principalmente no Centro-Sul do país (IBGE, 2021).

Quanto a formação e capacitação continuada interdisciplinar para o atendimento a imigrantes ou pessoas em situação de refúgio ou asilo humanitário, em 2018, essa ferramenta de gestão migratória foi ofertada em somente 47 municípios, em 13 estados, com maior concentração na Região Sul, sinalizando o quanto os entes federados estão longe de capacitar seus agentes a prestarem atendimento qualificado e inclusivo aos imigrantes/pessoas em situação de refúgio ou asilo humanitário (IBGE, 2021).

No que diz respeito a todas as formas e tipos de violências perpetrada contra as mulheres refugiadas, destaca-se a necessidade constante de investimentos para se ter um panorama epidemiológico a nível mundial e nacional. A subnotificação dos casos de violência contra as mulheres refugiadas é uma realidade que desafia movimentos de mulheres, instituições que trabalham com a temática migratória e órgãos do sistema de saúde e justiça (BRANDINO, 2015). Sublinha-se que conhecer o panorama epidemiológico da violência contra as mulheres migrantes é de fundamental importância para a construção e implantação de políticas de saúde que contemplem a Saúde da Mulher desse grupo populacional (ONU BRASIL, 2022).

5.2 MIGRAÇÃO FEMININA E SAÚDE

A análise das questões relacionadas à saúde das mulheres refugiadas e como a violência às impacta permeia pontos importantes cuja discussão faz-se necessária: as características de quem migra, de onde se migra, de quando se migra, para onde se migra, qual o conceito de saúde e o modelo assistencial que está a ser avaliado no país de destino. A idiosincrasia das experiências migratórias faz com que o seu impacto na saúde dos indivíduos seja ora positivo, ora negativo, ora neutro (TOPA, NEVES, NOGUEIRA; 2013).

Existem três grupos de perspectivas teóricas que permitem alçar esforços a fim de compreender a relação entre as questões da migração feminina e a saúde. O primeiro grupo,

denominado de **Migração Seletiva e Saúde**, sustenta que a imigração é um tipo de seleção natural e que as migrantes tendem a ser mulheres saudáveis e resilientes, capazes de responder aos desafios colocados pela experiência migratória (IM, YANG; 2006). O efeito "migrante saudável" (DIAS, GONÇALVES; 2007) enquadra-se no âmbito destas perspectivas, entendendo-se aqui as migrações como oportunidades de desenvolvimento pessoal e social. Este fenômeno designa os/as migrantes cuja saúde se revela melhor do que a dos/as autóctones, sendo as experiências migratórias encaradas como um fator protetor da saúde.

Infere-se que neste grupo da teoria, leva-se em conta apenas as migrações de via econômica, voluntária e planejada. E refuta assim, as migrações forçadas, seja por contextos de guerra, por grave violações de direitos humanos, e/ou por contextos em que migrar significa viver ou padecer, e que, portanto, não necessariamente a mulher apresenta um bom perfil de saúde. Além disso, as mulheres, ao decidirem iniciar a sua diáspora, podem encontrar-se com bom perfil de saúde, entretanto, os achados da literatura apontam que o processo migratório é causador de inúmeras intempéries à saúde como adoecimento físico e mental, violências e exploração. Assim, essas mulheres estão potencialmente vulneráveis ao adoecimento no percurso diaspórico, tornando esta teoria, portanto, refutável (GEHLEN, 2019; GEHLEN et al 2023).

O segundo grupo de teorias designa-se por **Aculturação e Saúde**. A aculturação tem sido apontada como um resultado esperado do processo migratório, fortemente relacionado com a saúde. Assim, espera-se que as mulheres se integrem nas culturas receptoras, adaptando-se às suas normas e valores, assim como às suas práticas de saúde. Quanto maior for a capacidade de adaptação das migrantes às culturas receptoras, porventura, menos dificuldades terão do ponto de vista da acessibilidade aos cuidados de saúde. Esta adaptação não supõe, contudo, o abandono dos valores e das normas das culturas de origem (IM, YANG; 2006).

Estudos (GHAFURNIA, 2017; CRUMPTON, 2017; AHMAD et al, 2017) identificaram que o processo de aculturação é por vezes delongado e difícil, e é uma das causas das situações de violência vividas pelas refugiadas no país de destino. Ainda, acondicionar todo o peso dos determinantes de saúde sobre o processo de aculturação, ocasiona uma culpabilização da mulher, além de invisibilidades de tantos outros processos sociais e as intersecções com os marcadores sociais de diferenças, que se encontram atravessados nas relações sociais e processos de aculturação. Nesse sentido, o processo de aculturação não leva em conta os fatores sociais, culturais, políticos e econômicos do território migrado, que podem

desencadear inúmeras intempéries na saúde, inclusive e principalmente, situações de violência interseccional (GEHLEN, 2019).

O terceiro e último grupo de teorias, intitulado **Efeito Negativo da Imigração na Saúde**, assume a migração como uma experiência geradora de estresse, a qual pode provocar riscos para a saúde. No seio destas perspectivas, os fatores que mais contribuem para uma maior prevalência de doenças físicas e psicológicas são as condições de vida e as doenças endêmicas dos países de origem, as condições sociais, políticas e ambientais subjacentes ao processo migratório e o isolamento social, os conflitos culturais, a pobre integração e assimilação social, as mudanças nos papéis desempenhados e as crises de identidade, bem como o reduzido estatuto socioeconômico e a discriminação racial (IM, YANG; 2006).

Esta teoria vai ao encontro aos achados da literatura (IRDC, 2016; FLORES, 2016; KAPUR, ZAJICEK, GABER, 2017; STEPHEN, 2017) assim como aos achados da pesquisa realizada no âmbito do mestrado no contexto das mulheres venezuelanas refugiadas (GEHLEN, 2019), que demonstraram piores perfis de saúde, principalmente psicológicos em decorrência dos traumas decorrentes do processo migratório, assim como pelas experiências de violências vividas em diferentes contextos e por diferentes sujeitos. Nesse sentido, esta proposta de pesquisa compartilha os pressupostos da teoria do efeito negativo da migração na saúde das mulheres em situação de refúgio.

É essencial não esquecer, segundo Huijts e Kraaykampque (2012), que as características dos países de origem das mulheres refugiadas também influem determinantemente na saúde que irão ter nos países para os quais migram. Se a saúde dos refugiados nos países de origem é pautada por condições de vulnerabilidade, provavelmente a mesma tendência manifestar-se-á nos países receptores. Por outro lado, a socialização em termos de hábitos de saúde durante a infância afeta os padrões de vida ao longo do desenvolvimento, o que se repercute naturalmente ao nível da saúde.

Os hábitos adquiridos durante a infância, moldados pelas normas sociais, culturais e religiosas, acompanham os/as migrantes nas suas experiências migratórias, tornando-se visíveis nas suas práticas diárias. Ainda, importa ressaltar que o nível de opressão política existente nos países de origem condiciona a saúde dos seus concidadãos (TOPA, NEVES, NOGUEIRA; 2013).

5.2.1 Determinantes de impactos da migração na saúde das refugiadas e acesso aos serviços de saúde

Para a análise do impacto da migração na saúde das mulheres que se refugiam, deve-se observar critérios de ordem pessoal, mas também de ordem social, cultural, econômica e política. Os processos migratórios não se constituem, necessariamente, como uma ameaça à saúde. Todavia, suas condições em que se processam podem aumentar a vulnerabilidade das refugiadas à doença física e psicológica, e as situações de violências (RAMOS, 2008; UNITED NATIONS POPULATION FUND, 2006; GEHLEN, 2019; COSTA, SCHWINN, 2017). Há que considerar que, para algumas mulheres, as experiências migratórias são efetivamente experiências de risco, quer no que se refere ao estado de saúde e às situações de violência, quer no que se refere aos usos dos serviços de saúde (TOPA, NEVES, NOGUEIRA, 2013).

Determinantes como o tipo de migração, as políticas a que os refugiados são sujeitos nos países receptores, as condições de acesso à educação e ao emprego, o tipo de contato mantido com o país de origem, a possibilidade de retorno e reintegração, o estatuto de regularidade ou irregularidade, as rupturas familiares, afetivas, linguísticas e simbólicas, bem como o acumular de referências e experiências culturais contraditórias podem afetar sobremaneira a qualidade de vida das refugiadas, interferindo negativamente na sua saúde (INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION, 2010; MIRANDA, 2009; TOPA, NOGUEIRA, NEVES, 2010). Assim, as questões estruturais (sociais, culturais e políticas), associadas a questões identitárias, desempenham um papel central no estado de saúde das refugiadas e nos usos que fazem (ou não) dos serviços de saúde (FONSECA et al., 2007).

Sobre os determinantes em saúde, a migração deve ser considerada como a de maior importância na visão de saúde global, sendo que, no processo de integração do migrante no país de destino, a saúde tem papel fundamental e dialoga em todos os aspectos considerados essenciais para uma integração efetiva. As necessidades encontradas pelos migrantes em relação à saúde vão desde riscos vinculados ao tipo de trabalho até a aceitação da sociedade (RV4, 2022).

Os estudos têm direcionados apontamentos de que as mulheres migrantes tendem a ser mais vulneráveis à doença física e psicológica do que os homens migrantes e do que as mulheres autóctones, embora se encontrem diferentes graus de vulnerabilidade em diferentes grupos de mulheres migrantes (TOPA, NEVES, NOGUEIRA, 2013; RNMA 2022). Estas evidências reforçam a necessidade de se pensar as migrantes como um universo heterogêneo, com necessidades específicas, nem sempre coincidentes, que deve ser observado em função das particularidades que apresenta, ou seja, a partir de uma perspectiva interseccional. As mulheres

jovens, idosas, lésbicas, portadoras de deficiência ou refugiadas são alguns dos grupos de migrantes que tendem a ser negligenciados nos estudos migratórios ou então ocultados pelas identidades de pertença consideradas dominantes (EUROPEAN COMMISSION, 2009).

Quando comparadas com as autóctones, as mulheres refugiadas tendem a revelar piores indicadores de saúde (DIAS, ROCHA, HORTA, 2009), especialmente ao nível da saúde sexual e reprodutiva (RADEMAKERS ET AL., 2005). No caso das migrantes grávidas que enfrentam, dentre a generalidade das mulheres migrantes, constrangimentos muito particulares, em termos de saúde e de violência (INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION, 2005), os estudos têm vindo a concluir que estas apresentam maiores taxas de morbidade materna, perinatal e infantil, um maior número de complicações durante a gravidez e no pós-parto, uma maior tendência para assumir comportamentos de risco e uma menor predisposição para adotar comportamentos preventivos (MACHADO et al., 2009; RAMOS, 2008; UNITED NATIONS POPULATION FUND, 2006).

As trabalhadoras refugiadas apresentam, em alguns casos, maior risco de desenvolver quadros patológicos, registrando maior incidência de acidentes e de doenças ligadas a atividades laborais (INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION, 2005), além de processos discriminatórios, sexistas, e de violências interseccionais (GEHLEN, 2019). Em um estudo realizado com 2.485 migrantes (GODINHO et al, 2008), concluiu haver sofrimento psicológico em 31% dos casos analisados, sendo as mulheres mais atingidas por este problema.

Outros estudos (BRUNET, KRISTENSEN, 2016; SANTOS, 2019; REES et al, 2019; TOL et al, 2017) conduzidos com mulheres refugiadas encontram achados semelhantes. Este sofrimento parece dever-se, em larga medida, às dificuldades sentidas na adaptação ao país receptor e à quebra de laços emocionais significativos. Especialmente as mulheres, confrontam-se com inúmeras mudanças, podendo estas envolver conflitos psicológicos, desintegração social e/ou até mesmo declínio na sua saúde mental (NETO, 2008; TOPA, NEVES, NOGUEIRA, 2013).

Fatores como a precariedade social, o desemprego, a ausência de suporte social, o acesso diferenciado a direitos e a oportunidades e a exposição à violência têm sido apontados como determinantes no desenvolvimento da doença física e psicológica das mulheres migrantes. Quando estas pertencem a grupos socialmente desfavorecidos ou étnicos têm menor probabilidade de receber ou procurar assistência a sua saúde (INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION, 2005).

A perda ou a diminuição das redes de apoio e de suporte social (como de amigos e/ou familiares), decorrente da experiência migratória ocasiona, muitas vezes, o isolamento das mulheres migrantes, o qual pode intensificar-se durante condições de saúde ou de gravidez e após o parto, fazendo acentuar os níveis de estresse e sofrimento, bem como os níveis de ansiedade (TOPA, NEVES, NOGUEIRA, 2013). Um estudo de Fung e Dennis (2010) indica que no período pós-parto o risco de depressão torna-se mais elevado, dada a complexidade das questões que as mulheres migrantes enfrentam.

Uma pesquisa com 17 países que receberam/recebem refugiados advindos da Venezuela identificou em termos de barreiras ao acesso aos serviços de saúde, que os refugiados e migrantes mencionaram dois problemas principais: a falta generalizada de documentação e/ou estar em situações irregulares; e a falta de informações sobre procedimentos administrativos ou como acessar os planos de saúde e seguro saúde nacionais. Eles também indicaram longos atrasos nos serviços, o elevado custo dos cuidados de saúde e dos medicamentos em alguns países e a falta de acesso a especialistas de saúde necessários, como outros desafios (RV4, 2022).

A discriminação e a xenofobia e a falta de mecanismos de reclamação para exercer seus direitos à saúde são outros obstáculos importantes ao uso dos serviços de saúde. Os refugiados e migrantes indígenas também citaram barreiras linguísticas e discriminação como seus principais desafios ao acesso aos serviços de saúde (RV4, 2022).

Os migrantes em geral encontram muitos obstáculos no acesso integral aos serviços de saúde e o próprio Estado pode ser discriminatório no tocante ao repasse de recursos para o seu atendimento em especialidades e procedimentos complexos, privilegiando o nacional e gerando maior iniquidade em saúde. É uma realidade que se repete em muitos países, inclusive no Brasil. Tais condutas devem receber uma atenção especial no que concerne a suas justificativas éticas, tendo em vista que representam grave violação dos direitos fundamentais e humanos, vulnerabilizando ainda mais essa população (FRIEDRICH, ROCHA, 2019).

Nesse contexto, é imprescindível profissionais da saúde, especialmente enfermeiros, capacitados com competências culturais para atuarem no cuidado e atenção integral à essas mulheres, a fim de que possam acolhê-las com modelos de atenção pensados e estruturados para uma população multicultural. Esse modelo de atenção precisar considerar ainda a teoria explicativa da migração feminina e saúde, quanto aos “Efeitos negativos da migração na saúde”, e correlacioná-la com o contexto das interações sociais permeadas por relações de poder, produzindo violências e vulnerabilidades interseccionais.

Põe-se em relevo o entendimento de que a saúde é aspecto central para a sobrevivência da pessoa, e ela deve ser garantida a todos, independentemente de qualquer condição ou marcador(es) social(is) implicado(s). O país do nascimento – que trata-se de um ato involuntário do cidadão – não pode ser determinante para a garantia a assistência à sua saúde, ou o acesso a qualquer um dos seus direitos humanos. Na verdade, não pode haver qualquer determinante. Ela deve ser plena e absoluta.

5.2.2 A sociedade e as vulnerabilidades interseccionais em saúde produzidas para aquelas que se refugiam

Embora as mulheres em situação de refúgio sejam, de forma geral, particularmente vulneráveis à discriminação (CRENSHAW, 1991), quando comparadas com os homens migrantes, algumas mulheres são mais vulneráveis do que outras. As pertencas de gênero, aliadas às pertencas étnicas, etárias, de classe, de nacionalidade, entre outras, condicionam diferentes modos de discriminação, bem como afetam diferentemente a saúde das mulheres migrantes (CASTAÑO-LÓPEZ et al., 2006; PUSSETI et al., 2009).

A sociedade, num contexto amplo, demonstra dificuldades em absorver de modo natural a presença de corpos estrangeiros, de corpos diferentes da imagem eurocêntrica, e de corpos femininos fora dos lugares culturalmente e historicamente destinados para elas (GEHLEN, 2019). O que potencializa a manifestação de olhares sobre corpos abjetos de mulheres em situação de refúgio, ou seja, ‘corpos que não pertencem’ independente do contexto em que se inserem nas suas interações sociais (MACDOWELL, 2008). Desencadeando em vulnerabilidades interseccionais silenciadas no contexto social que reflete em vulnerabilidade na saúde, imbricadas nas noções de neutralidade, objetividade, essencialismos, universalidade (CARVALHO, 2019), e nas expressões de inclusão social e democracia racial, viabilizando a construção de linhas abissais (SANTOS, 2007) de gênero- raça- nacionalidade- corpo - território- classe.

Estas linhas, ao ignorar-se as experiências diversas nas relações sociais de grupos que tendem a ser marginalizados – como o das mulheres refugiadas – convertem-se em produção de sub-humanidades, e forçam aglutinações em separação ontológica, política e epistêmica (CARVALHO, 2019). Nessa conjuntura, emerge a necessidade de uma ontologia das margens, fora de uma vida marginal, implicado no reconhecimento de que a diferenciação subalterna de gênero, nacionalidade, classe, raça e território na forma de “monocultura da classificação

social” (SANTOS, 2007), autentica a distribuição desigual do poder e fortalece as violências interseccionais.

No que permeia as linhas abissais, estas consistem num sistema de distinções visíveis e invisíveis, sendo que estas últimas fundamentam as primeiras. As distinções invisíveis são estabelecidas por meio de linhas radicais que dividem a realidade social em dois universos distintos: o "deste lado da linha" e o "do outro lado da linha". A divisão é tal que "o outro lado da linha" desaparece como realidade, torna-se inexistente e é mesmo produzido como inexistente (SANTOS, 2007),

Inexistência significa não existir sob qualquer modo de ser relevante ou compreensível. Tudo aquilo que é produzido como inexistente é excluído de forma radical porque permanece exterior ao universo que a própria concepção de inclusão considera como o "outro". A característica fundamental do pensamento abissal é a impossibilidade da co-presença dos dois lados da linha. O universo "deste lado da linha" só prevalece na medida em que esgota o campo da realidade relevante: para além da linha há apenas inexistência, invisibilidade e ausência não-dialética (SANTOS, 2007).

A exclusão, por meio de práticas discriminatórias, se torna radical, uma vez que, em muitas situações, as mulheres refugiadas não são sequer consideradas candidatas à ‘inclusão’ social, já que a sociedade moderna separa os grupos por apartheid. Observa-se assim, no contexto dessas mulheres, uma sub-humanidade destinada ao sacrifício (SANTOS, 2007), condição que faz com que a humanidade composta pelos incluídos, ou o grupo ‘nós’ de identidade coletiva se afirme como universal sobre os ‘outros’ no processo de sociação.

Assim, o grupo das mulheres em situação de refúgio é taxado como o “Outro homogêneo” (SPIVAK, 2010), os que perderam (ou nunca tiveram) o direito à cidadania e raramente ou quase nunca têm a possibilidade de vocalizar o que pensam. Esse Outro subalterno é tido como o sujeito inexistente, pois, para além de habitar o lado de lá da linha abissal, onde as Leis não possuem as mesmas validades, sua leitura de mundo e seus conhecimentos são tidos como menos importantes ou simplórios. Se para os membros de um lado vigora uma sociabilidade baseada nas leis e nos direitos humanos e acesso, por exemplo, o acesso à saúde em uma situação de violência ou de agravos à saúde em função da pandemia, do outro vigora uma sociabilidade colonial cuja violência é o principal instrumento do poder soberano para manter seu domínio (SANTOS, 2007).

Essas linhas abissais convertem-se em desigualdades, exclusões, invisibilidades e carregam com ela as vulnerabilidades em saúde das mulheres refugiadas (GEHLEN, 2019).

Atualmente, o conceito de vulnerabilidade é entendido como algo dinâmico, multidimensional, polissêmico, transdisciplinar e qualitativo, amplamente utilizado em diferentes áreas do conhecimento. Abrange os mais variados níveis de complexidade, podendo favorecer abordagens integradas e contribuir para ampliar o diálogo entre diferentes profissionais, principalmente no que permeia a atuação da enfermagem (CARMO, GUIZARDI; 2018).

Pode-se definir **vulnerabilidade** a partir das ideias de Ayres (2003) como a possibilidade de exposição das pessoas ao adoecimento, resultante de um conjunto que engloba os aspectos individuais, coletivos e contextuais, ocasionando maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos (AYRES, 2003).

Sabe-se que pessoas e grupos que não tem seus direitos respeitados e garantidos tem piores perfis de saúde, sofrimento, doença e morte. Onde há maior violação ou negligência dos direitos ao trabalho e a moradia decente, ao acesso a serviços de saúde de qualidade, à educação, ao lazer, a constituir família, e viver a sexualidade como cada pessoa a define, encontra-se maior vulnerabilidade (AYRES, 2003).

Fermin Schramm diferencia o termo vulnerabilidade de vulneração, sendo que o primeiro deve ser visto como uma potencialidade presente nos seres humanos de maneira generalizada, e o segundo termo uma situação de fato, ocasionando dano real ao sujeito. A falta de acesso e a ausência de políticas públicas efetivas para um verdadeiro cuidado em saúde, objetivando a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação nos casos específicos de refugiados e outros migrantes, colocam essa população antes em situação de vulnerabilidade, para um estado de vulnerados, acarretando em aumento significativo de riscos para o restabelecimento da saúde, vista como bem-estar.

O acesso aos serviços de saúde deve, portanto, estar garantido a todos os indivíduos, de modo a não se tornarem vulnerados ou ter sua vulnerabilidade agravada pela falta de políticas públicas de promoção da saúde e prevenção de doenças. Assim, não pode haver qualquer tipo de discriminação em relação a qualquer pessoa que precisa buscar um serviço de saúde, nem dentro da própria população do país, nem em relação à população não nacional que se encontra no território deste país (FRIEDRICH, ROCHA, 2019).

As vulnerabilidades morais encontradas na sociedade, tais como a estigmatização, o racismo e a xenofobia, são fatores que influenciam diretamente no acesso à saúde, na prevenção, acompanhamento e promoção de saúde, despertando o olhar bioético referente às

iniquidades, sendo que o acesso definido como acessibilidade pode se tornar comprometido (FRIEDRICH, ROCHA, 2019).

A população migrante apresenta vulnerabilidades que lhes são inerentes, por não estar em seu país de origem, pela dificuldade em compreender o idioma, a estrutura e a cultura local, além das dificuldades psicológicas decorrentes da não subjetivação, distância e sentido de não pertencimento ((FRIEDRICH, ROCHA, 2019). Além disso, sofre com a reação da sociedade e dos órgãos privados e governamentais locais, muitas vezes despreparados e exteriorizadores de discriminação e xenofobia. Torna-se então vulnerada (FRIEDRICH, ROCHA, 2019; GEHLEN, 2019).

5.2.3 Desafios na construção de políticas públicas para as mulheres refugiadas

Com vistas ao enfrentamento das violências interseccionais que as mulheres que se refugiam estão expostas a partir de sua inserção na nova sociedade migrada, incluindo as violências masculinas na seara individual e social, faz-se necessário garantir seu acesso à direitos e serviços, em todas as esferas. O que torna emergente a necessidade de políticas públicas que contemplem, além da perspectiva interseccional, também contemplem o grupo específico de mulheres refugiadas, com respeito as suas especificidades e individualidades dentro do próprio grupo. Entende-se que um modelo assistencial de saúde pautado nas competências culturais para atender grupos específicos – como o das mulheres refugiadas – não terá sua validação se esses grupos não acessarem, de fato, os serviços de saúde, garantido por leis, portarias e políticas públicas.

Nesse sentido, alguns textos e tratados internacionais, tais como a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), bem como o Pacto sobre os Direitos Civil e Políticos (PIDCP), e Pacto sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC), exigem que os Estados garantam a saúde dos refugiados e de outros migrantes, do mesmo modo que a Lei de Migração do Brasil (Lei 13.445/2017) (BRASIL, 2017), cujo art. 4º prevê ao migrante a garantia do “acesso a serviços públicos de saúde e de assistência social e à previdência social, nos termos da lei, sem discriminação em razão da nacionalidade e da condição migratória” (inciso VIII). Além disso, no Brasil, os refugiados e demais migrantes estão incluídos na assistência à saúde, amparados pelo art. 5º da CF/88 cujo *caput* dispõem que “todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos

estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida [...]” (FRIEDRICH, ROCHA; 2018).

No que tange especificamente a violência contra mulher, o artigo 2º da Lei Maria da Penha 11.340/06 estabelece seu alcance para toda mulher, “independentemente de classe, raça, etnia, orientação sexual, renda, cultura, nível educacional, idade e religião”, embora não faça menção ao marcador de diferença “nacionalidade” (BRASIL, 2006). Todavia, apesar da ausência deste marcador, as mulheres refugiadas possuem o direito de acessar e usufruir da Lei 11.340/06, frente à garantia do direito ao acesso às leis brasileiras, conforme já apresentado no parágrafo anterior. Infere-se que a não consideração do marcador nacionalidade no texto da Lei Maria da Penha seja em virtude da sua data de elaboração e sanção (2006), visto que o fluxo migratório no Brasil teve seu maior ápice principalmente a partir de 2016 (ACNUR, 2020) com a crise humanitária na Venezuela, e portanto, não havia um contexto de migração desenhado na seara brasileira.

Sublinha-se que devem ser assegurados os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana para todas as mulheres, independente da sua nacionalidade. Para tanto, devem ser criadas condições e oportunidades para uma vida sem violência, a preservação da sua saúde física e mental e o seu aperfeiçoamento moral, intelectual e social. Entretanto, verifica-se que marcadores de raça/etnia, classe social, orientação sexual, nacionalidade ou idade potencializam a vulnerabilidade das mulheres em situação de violência, tornando necessário que a implementação das políticas públicas de gênero contemple medidas e mecanismos a partir de uma perspectiva interseccional (FRIEDRICH, ROCHA; 2018).

No que tange os avanços legislativos em relação à garantia do direito à saúde e aos serviços, incluindo aqueles de enfrentamento às violências, na prática diversas iniquidades são encontradas no campo da saúde e o acesso ao tratamento básico e especializado é alvo de disparidades em todos os países, mesmo nos mais desenvolvidos. Os problemas persistentes em saúde encontrados nas populações mais vulneradas, como a pobreza, falta de água potável, de instrução, más condições de moradia, dentre outros, são intensificados com os problemas persistentes governamentais em saúde, tais como falta de profissionais qualificados, má distribuição de recursos, ausência de equidade na distribuição geográfica de estabelecimentos (FRIEDRICH, ROCHA; 2018).

O fato é que a realidade da desigualdade no acesso aos serviços de saúde atinge os refugiados e outros migrantes de um modo em geral. Os adultos, refugiados e outros migrantes, também sofrem em relação à saúde no país de acolhida, a começar pela desinformação e pelo

pouco acesso - ou acesso dificultado. As mulheres encontram ainda mais obstáculos pois à condição de migrante se soma a condição de gênero, que afeta também as mulheres locais, mas com os agravantes das questões culturais. Trata-se de uma realidade que atinge não só o Brasil, mas diversos países no mundo, sobretudo aqueles que têm sido destinatários de fluxos intensos de refugiados e outros migrantes (FRIEDRICH, ROCHA; 2018).

O que torna extremamente relevante as políticas públicas que abarquem populações que encontram-se mais às margens da sociedade, e em maior situação de vulnerabilidade, seja ela potencial ou concreta, como ocorre com as mulheres que se refugiam. Conforme já debatido neste escrito, no contexto brasileiro, a Lei de Migração do Brasil (BRASIL, 2017) constitui-se como uma importante política pública aos sujeitos que se encontram em situação de imigração ou refúgio no país. Entretanto, ela não consegue dar conta efetivamente das necessidades e garantias deste grupo específico, principalmente porque não considera as intersecções que podem estar presentes nos contextos de vida no país receptor, como as consequências estruturais e sistêmicas que a intersecção dos marcadores gênero e nacionalidade podem repercutir na vida e sociação dessas mulheres.

No que permeia o debate das políticas públicas e a discussão deste eixo, faz-se necessário uma breve compreensão sobre o conceito de Políticas Públicas e sua vinculação aos direitos humanos. De acordo com Bucci (2006, p.03), é importante “compreender as políticas públicas como categoria jurídica, na medida em que estas serão utilizadas para conferir eficácia aos direitos humanos”.

Cabe ao Estado a garantia de condições para que as políticas públicas sejam plenamente executadas, possibilitando a evolução das competências humanas e a liberdade em todas as instâncias. Verifica-se que os direitos sociais apresentam uma inerente fragilidade posto que não constituem direitos subjetivos e dependem de ações do Estado, sujeitas a limitações legislativas e políticas.

As políticas públicas podem ser conceituadas da seguinte maneira:

Programa de ação governamental que resulta de um processo ou conjunto de processos juridicamente regulados – processo eleitoral, processo de planejamento, processo de governo, processo orçamentário... visando coordenar os meios à disposição do Estado e as atividades privadas, para a realização de objetivos socialmente relevantes e politicamente determinados. Como tipo ideal, a política pública deve visar a realização de objetivos definidos, expressando a seleção de prioridades, a reserva de meios necessários à sua consecução e o intervalo de tempo em que se espera o atingimento de resultados. (BUCCI, 2006, p.39)

A política pública possui dois elementos fundamentais: a intencionalidade pública, cujo significado é o de possuir motivação para a realização de ações na solução de um problema; e o problema público. Conforme pontuado por Santin (2013, p.19), as políticas públicas têm ligação direta com o Estado Democrático de Direito, como se observa, inclusive, na Constituição Federal de 1988, o qual direciona as finalidades do Estado para a preponderância dos direitos sociais e individuais, preservando-se a liberdade, a segurança, bem-estar e desenvolvimento, edificados na harmonia social e na solução pacífica das desavenças.

Elas se materializam através de programas públicos, projetos, leis, campanhas publicitárias, esclarecimentos, inovações tecnológicas e organizacionais, decisões judiciais, subsídios governamentais, dentre outros. Já a sua implementação é um processo dinâmico e não linear, em que decisões se transformam em ações (SANTIN, 2013).

Diversos países em todo o globo têm atuado na garantia de direitos e qualidade de vida para os refugiados. Apesar de diversas propostas para a sobrevivência dessas pessoas e a sua integração com a comunidade local, ainda há muito a ser feito para que os problemas sejam inexistentes. Ao chegar no país escolhido, as refugiadas enfrentam todos os tipos de provações que vão desde a burocracia à dificuldade com o idioma, além da desvalorização profissional, falta de emprego e moradia.

No caso do Brasil, Bógus; Rodrigues (2011) afirmam que ele é um “país onde os recursos de sobrevivência são privados, dada a precariedade de serviços públicos de educação, saúde, previdência, amparo à velhice e à infância”. Através das chamadas Redes Solidárias, é possível aplicar fórmulas para a análise das migrações internacionais e, ademais, nos problemas decorrentes da situação de refúgio e da condição de refugiado.

A solução, na visão de Pacífico é:

Além da modificação do sistema jurídico, o reforço das políticas públicas que auxiliem na formação e na produção de capital social. Os recursos devem ser postos à disposição dos refugiados, de acordo com suas diversidades culturais e o acesso às redes sociais devem ser facilitados. Entretanto, tudo isso somente pode ser concretizado com políticas públicas (re)distributivas, que evitam a segregação e fortaleçam a autoestima (Pacífico, 2010, p. 391).

Desta forma, é relevante reconhecer o ambiente adverso em que estão inseridas as mulheres refugiadas e pensar políticas públicas interseccionais que almeje as quebras de cadeias de subordinação, o que requer esforço e participação comprometida dos provedores de saúde. Requer também cada vez mais a incorporação democrática dos movimentos sociais de base e suas demandas na formulação das políticas públicas. A relação entre sociedade e política em

permanente dinâmica, permite que os conflitos vivenciados se tornem parte das agendas das políticas públicas implicando reformulações e redefinições nos programas de governo. Esta perspectiva, além de revisar a dimensão do Estado enquanto espaço estanque propicia um balanço coerente das novas formulações e transformações nos últimos anos (ILDEFONSO, ALMEIDA, 2019).

O reconhecimento da feminização da migração também é fundamental, visto que traz para o centro do debate sobre políticas públicas a necessidade de pensar as **interseccionalidades numa perspectiva política que rejeita as neutralidades**. É pois, nesse sentido que ressalta-se o entendimento de que ninguém é somente pobre, ou somente negro, ou somente mulher, logo, políticas públicas de enfrentamento as desigualdades precisam ser formuladas levando em conta o caráter interseccional do público que pretende atender, como por exemplo as mulheres em situação de refúgio. Se tratando de políticas públicas de enfrentamento às violências, por exemplo, é preciso reconhecer que a migração tem cor, gênero, corpos, rostos e individualidades, e está demarcada de maneira explícita e interseccional na sociedade brasileira (ILDEFONSO, ALMEIDA, 2019).

Observa-se assim que as mulheres refugiadas estão às margens das estatísticas epidemiológicas, das políticas públicas específicas sob a ótica de gênero, e especificamente invisibilizadas nas políticas que contemplam o enfrentamento a todas as formas de violência. A ausência de dados epidemiológicos acerca da violência contra mulheres refugiadas influencia diretamente na ausência de políticas públicas específicas voltadas tanto ao grupo das refugiadas, quanto às violências interseccionais que as atingem, produzindo silenciamentos e apagamentos.

5.2.4 Atenção em saúde às mulheres refugiadas em situação de violência: competências culturais necessárias

O crescente e veloz aumento do fluxo migratório mundial, corroboram com a premente necessidade de os profissionais da saúde, com destaque especial neste escrito para os enfermeiros, desenvolverem Competência Cultural de forma a assegurar o cuidado sob uma perspectiva holística, respeitando as dimensões biológica, cultural, social e espiritual da pessoa, família e comunidade (JOSE et al, 2021). O que impacta o campo da saúde, que tem como desafio, reduzir as disparidades e garantir acesso universal, integral e equitativo aos serviços e ações, respeitando a cultura dos usuários do sistema de saúde (MOITA, 2016 COUTINHO, PARREIRA, RODRIGUES; 2019). O que se acredita ser possível por intermédio do

desenvolvimento de um modelo assistencial pautado na competência cultural. Esse nível de modelo de atenção à saúde tem sido evidenciado como primordial para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e o enfrentamento do modelo de assistência predominante no país, marcado pela concepção hospitalocêntrica, individualizante e de baixa resolutividade (R4V, 2022).

No que tange o modelo assistencial predominante exercido pelos profissionais, é importante entender antes alguns aspectos essenciais. Assim, importa ressaltar que percepções tendenciosas sobre outras pessoas, particularmente aquelas que não fazem parte dos grupos internos, tendem-se a tornar habituais na sociedade e geralmente são negativas. Essas tendências são muitas vezes incorporadas pelos profissionais enquanto cidadãos e membros de uma comunidade, e que acabam refletindo no seu lócus e práticas de trabalho. Seja explícito ou implícito, os preconceitos em relação aos grupos externos podem afetar aberta ou secretamente o comportamento em relação aos outros (ROBERTS, RIZZO; 2021).

Os profissionais de saúde não são menos suscetíveis a preconceitos do que os outros (HALL, CHAPMAN, LEE, et al; 2015). Embora o efeito dos preconceitos sobre os cuidados prestados aos pacientes possa não ser imediatamente aparente, há evidências suficientes para concluir que o impacto negativo dos preconceitos explícitos e implícitos nas populações marginalizadas nos cuidados de saúde merece atenção especial e intervenções urgentes (FITZGERALD, HURST; 2017). Assim, pensar em um modelo assistencial pautado na competência cultural às mulheres refugiadas em situação de violência requer, primeiramente, à **quebra de (pré)conceitos** internos dos próprios profissionais de saúde que as atendem.

Os modelos de atendimento assistencial, as atitudes e o comportamento do profissional de saúde são uma área-alvo para pesquisadores e profissionais que tentam entender e erradicar os cuidados de saúde injustos. Embora o comportamento discriminatório aberto possa ter diminuído nas últimas décadas, a discriminação encoberta e o viés institucional são sustentados por atitudes sutis e implícitas que podem influenciar o comportamento do profissional de saúde e as escolhas de tratamento (HALL, CHAPMAN, LEE, MERINO, THOMAS; 2015).

Preconceitos sutis podem ser expressos de várias maneiras: abordar os pacientes com um tom dominante e condescendente que diminui a probabilidade de que os pacientes se sintam ouvidos e valorizados por seus provedores, deixar de fornecer intérpretes quando necessário, fazer um trabalho de diagnóstico mais ou menos completo, recomendar diferentes opções de tratamento para os pacientes com base em suposições sobre sua capacidade de adesão ao tratamento e conceder privilégios especiais, como permitir que algumas famílias visitem os

pacientes depois do expediente e limitar a visita de outros famílias. A variação nos comportamentos dos profissionais pode ser motivada em parte ou totalmente por atitudes positivas e negativas que os provedores mantêm em relação a vários grupos raciais e étnicos (HALL, CHAPMAN, LEE, MERINO, THOMAS; 2015).

Atitudes negativas em relação a certos grupos sociais ou características pessoais geralmente existem nas margens da consciência e não são facilmente acessíveis aos indivíduos. Os estudiosos da psicologia social conceituaram atitudes ou preconceitos como implícitos e explícitos (RANGANATH, NOSEK; 2007). Atitudes explícitas são pensamentos e sentimentos sobre os quais as pessoas pensam deliberadamente e sobre os quais podem fazer relatos conscientes. Por outro lado, as atitudes implícitas geralmente existem fora da percepção consciente e, portanto, são difíceis de reconhecer e controlar conscientemente (RANGANATH, NOSEK; 2007).

Essas atitudes são frequentemente ativadas automaticamente e podem influenciar o comportamento humano de forma inconsciente. O viés racial/étnico nas atitudes, como por exemplo, sentir que os brancos são mais legais do que os pretos, conscientes ou não, pode levar a comportamentos prejudiciais, como os profissionais que passam mais tempo com pacientes brancos do que com pacientes pretos e, portanto, aprendem mais sobre os pacientes brancos, suas necessidades e preocupações (HALL, CHAPMAN, LEE, MERINO, THOMAS; 2015).

Alguns profissionais de saúde mantêm ideias explícitas problemáticas sobre seus pacientes refugiados, vendo-os como menos inteligentes, menos capazes de aderir aos regimes de tratamento e mais propensos a se envolver em comportamentos de saúde de risco do que os autóctones, além de serem vistos como improváveis de aceitar a responsabilidade por seus próprios cuidados e mais propensos a não cumprir as recomendações de tratamento (VAN RYN, BURKE; 2000; MAYO, SHERRILL, SUNDARESWARAN, CREW, 2007; (HALL, CHAPMAN, LEE, MERINO, THOMAS; 2015).

No entanto, mesmo que as atitudes explícitas sejam modificadas, é provável que o preconceito implícito entre os profissionais permaneça e influencie os cuidados de forma a perpetuar a disparidade e a desigualdade. Assim, mesmo que atitudes explícitas demonstrem um desejo de prestar cuidados equitativos, os profissionais de saúde podem interagir involuntariamente com pacientes refugiados de forma menos eficaz do que com pacientes autóctones, o que pode contribuir para as disparidades de saúde (BLAIR, STEINER, HAVRANEK; 2011; CHAPMAN, KAATZ, CARNES; 2013)

Um outro obstáculo que poderá condicionar a interação refugiado/profissional da saúde é a inexistência de competência cultural, que se traduz por um lado pelo desconhecimento sobre determinada cultura, que por vezes leva à infantilização dos refugiados, mas também há o perigo de a cultura ser entendida pelos clínicos de forma estereotipada, como sinónimo de nacionalidade, etnicidade ou até de língua e, portanto, como forma de discriminar as diferenças (SANTINHO, 2013). Uma investigação realizada em Portugal que procurou avaliar a competência multicultural em enfermeiros ligados à saúde mental revelou que apesar de 75.8% dos enfermeiros inquiridos reportarem ter contacto direto com situações de multiculturalidade nos seus contextos profissionais, uma parte significativa dos participantes revelou não ter competências adequadas (FERNANDES, MONTEIRO; 2016).

Em relação ao processo de tornar-se culturalmente competente, Suarez-Balcazar e Rodakowski (2007) concluíram que

tornar-se culturalmente competente é um processo contextual, de desenvolvimento e experiencial contínuo de crescimento pessoal que resulta em compreensão profissional e melhor capacidade de atender adequadamente os indivíduos que olhar, pensar e se comportar de forma diferente de nós (SUAREZ-BALCAZAR, RODAKOWSKI; 2007, p. 15).

Balcazar, Suarez-Balcazar, Taylor Ritzier, et al., (2010) acrescentaram que o processo de tornar-se culturalmente competente pode ocorrer por meio de engajamentos repetitivos com diversos grupos, aumentando a consciência e o conhecimento crítico e tendo oportunidades de reflexão e análise de desempenho profissional. Os profissionais são frequentemente desafiados pelo crescente número de encontros com migrantes de todas as partes do mundo, que podem necessitar de adaptações linguísticas e culturais para receberem os serviços.

5.3. ESTUDO DE TENDÊNCIAS DAS TESES E DISSERTAÇÕES BRASILEIRAS

Realizou-se uma pesquisa bibliográfica de carácter inventariante do estado do conhecimento, produzido nas teses e dissertações dos Programas de Pós Graduação *Strictu Sensu* brasileiros, acerca do tema violência de gênero contra mulheres imigrantes e refugiadas. Esta pesquisa permitiu conhecer o que foi produzido até então nos programas de pós graduação, e subsidiar a escolha e formulação do objeto e pergunta de pesquisa do estudo em tela.

Esta pesquisa foi oriunda de uma atividade desenvolvida no processo de doutoramento no PPGEnf/UFSM, e posteriormente publicada em periódico científico, cujo artigo intitulado **“Perspectivas metodológicas para avanços no conhecimento acerca da violência contra mulheres migrantes: mapeamento da produção acadêmica *Strictu Sensu*”** pode ser acessado em <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/10546>

6 MÉTODO

6.1 TIPO DO ESTUDO

Trata-se de uma Revisão Sistemática Qualitativa (RSQ) de abordagem meta-agregativa (LOCKWOOD et al 2020), desenvolvida em conformidade com as diretrizes do JBI, que é uma organização internacional de pesquisa em saúde baseada em evidências.

A meta-agregação não requer distinção entre estudos críticos ou interpretativos. As unidades de análise buscadas em artigos qualitativos são os achados, apresentados como temas, categorias ou conceitos identificados pelos pesquisadores primários. Assim, as revisões qualitativas incluem os estudos primários que aplicaram diferentes métodos e técnicas de produção e análise de dados qualitativos, a fim de captar a totalidade de um fenômeno de interesse, ao invés de apenas um aspecto unidimensional.

A abordagem meta- agregativa é sensível à praticidade e usabilidade das descobertas do autor principal e não busca reinterpretar essas descobertas. Uma característica da abordagem meta-agregativa é que ela permite declarações na forma de recomendações para orientar profissionais e formuladores de políticas (LOCKWOOD et al, 2020; HANNES, LOCKWOOD; 2011). Destaca-se ainda que o referencial teórico do Modelo Conceitual de Competência Cultural (BALCAZAR et al, 2009) permeou o estudo, o qual propõe um modelo compreensivo a partir de quatro construtos de competência cultural.

Revisões na área da saúde são essenciais para resumir o conhecimento e informar trabalhadores de saúde, gestores e pesquisadores para a prática baseada em evidências. Seu intuito é propiciar a melhor decisão clínica; favorecer o planejamento, a administração de serviços de saúde; a definir políticas e programas a serem implantados; e propiciar a definição de novas estratégias e linhas de pesquisa (EGGER, DAVEY SMITH, ALTMAN, 2001).

6.2 PERCURSO PARA O PLANEJAMENTO DA REVISÃO

Para amparar metodologicamente o método aplicado no estudo, realizou-se leitura do Manual JBI para Síntese de Evidências disponível online. Também cursos de RSQ ministrados por membros do Centro de Excelência do JBI (JBI Brasil), além de exaustivos estudos teóricos acerca do método.

Esta etapa também permeou a construção do **Protocolo de Revisão Sistemática Qualitativa** (Apêndice A). Como acontece com todas as revisões sistemáticas bem conduzidas, um protocolo *a priori* deve ser desenvolvido antes de realizar uma revisão, visto que permite a transparência do processo (LOCKWOOD et al 2020).

Destaca-se que o protocolo de RSQ foi apresentado na reunião mensal do Centro de Excelência do JBI (JBI-Brasil), no Mês de novembro de 2022, para apreciação e consideração dos membros acerca da proposta do estudo de revisão sistemática qualitativa. Posteriormente, realizou-se o registro do mesmo no PROSPERO, sob o nº CRD42022381102, disponível em https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display_record.php?ID=CRD42022381102.

6.3 DESCRIÇÃO METODOLÓGICA DO ESTUDO DE REVISÃO

6.3.1 Pergunta de revisão:

Pergunta primária:

- Quais as experiências de competência cultural dos profissionais de saúde na atenção às mulheres refugiadas em situação de violência?

Perguntas secundárias:

- Como os profissionais consideram a cultura de mulheres refugiadas em situação de violência na prática de atenção à saúde?
- Como os profissionais reconhecem seus próprios preconceitos em relação a cultura de mulheres refugiadas em situação de violência?
- Como os profissionais reconhecem as características, história, valores, crenças e comportamentos de mulheres refugiadas em situação de violência?
- Como os profissionais desenvolvem habilidades ou aptidão para ajustar sua prática profissional para atender as necessidades de saúde na atenção às mulheres refugiadas em situação de violência?
- Como os profissionais recebem apoio para desenvolver capacidade para intervir de forma culturalmente adequada?

6.3.2 Critérios de inclusão

Empregou-se o acrônimo/mnemônico PICo que diz respeito à População (P); Fenômeno de Interesse (I) e Contexto (Co), conforme as diretrizes do JBI para Revisão Sistemática Qualitativa (RSQ) (LOCKWOOD et al 2020):

Quadro 2: Acrônimo/mnemônico PICo empregado no estudo.

Estrutura da questão de revisão	
P	Profissionais da saúde que atendem mulheres refugiadas em situação de violência
I	Competência cultural
Co	Serviços de saúde

Elaboração: autora

6.3.3 Participantes

Esta revisão considerou estudos que incluíram profissionais da área da saúde, com formação acadêmica em, mas não se limitando a esses: enfermagem, medicina, serviço social, psicologia, nutrição, fisioterapia, odontologia, terapia ocupacional, farmácia.

6.3.4 Fenômenos de interesse

Esta revisão considerou estudos que exploraram a experiência de competência cultural na atenção às mulheres refugiadas em situação de violência. Entende-se **Competência Cultural** como um conjunto de comportamentos, atitudes e políticas congruentes que atuam interativamente num sistema, instituição ou grupo de profissionais, e permite que esse sistema, instituição ou grupo de profissionais trabalhem efetivamente em situações multiculturais (CROSS, 1989).

Para fins de definição, considerou-se também **mulheres refugiadas** como aquelas que estão fora de seu país de origem devido a fundados temores de perseguição relacionados a questões de raça, religião, nacionalidade, pertencimento a um determinado grupo social ou opinião política, como também devido às violências e à grave e generalizada violação de

direitos humanos e conflitos armados, e terem solicitado e recebido o status de refugiada no país de asilo (UNHCR, 2022).

Foi considerado ainda a definição de **violência** como sendo o uso intencional, ameaça ou ação efetiva da força e/ou poder físico, podendo ser perpetuada contra si mesmo, outra pessoa, grupo ou comunidade, e que possa acarretar lesões, morte, dano psíquico, alterações do desenvolvimento ou privações (OMS, 2002).

6.3.5 Contexto

Este estudo considerou qualquer serviço, em qualquer localização geográfica, que preste assistência à saúde em todos os níveis de atenção (primário, secundário, terciário) como, mas não se limitando a esses: Unidades Básicas de Saúde, hospitais, Unidades de Pronto Atendimento, Centros Obstétricos, Centros de Referência para refugiados, Casas de acolhimento, ambulatórios em acampamentos de refugiados, Organizações não governamentais (ONGs), equipes móveis de saúde como “Médico sem fronteiras” e Cruz Vermelha, entre outros.

6.3.6 Tipos de estudos

Esta revisão considerou estudos com dados qualitativos, bem como estudos interpretativos que se basearam nas experiências, incluindo, mas não se limitando a, estudos como fenomenologia, teoria fundamentada, etnografia, pesquisa-ação e pesquisa feminista acerca das experiências de competência cultural dos profissionais de saúde utilizadas nas práticas de atenção à saúde às mulheres refugiadas em situação de violência. Também foram considerados estudos qualitativos descritivos que descreveram a experiência, além de estudos mistos em que foi possível extrair dados qualitativos da experiência de interesse. Ainda, foram incluídos estudos publicados em qualquer idioma, sem recorte temporal.

6.3.7 Fontes de busca

As buscas foram realizadas nas bases de dados e bibliotecas virtuais: Scientific Electronic Library Online (Scielo), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline/Pubmed), SciVerse Scopus (Scopus), Embase, Education Resources Information

Center (ERIC), Web of Science (WoS), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (Cinahl), PMC (Pubmed), PsycInfo (APA) e a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

6.3.8 Estratégia de busca

A estratégia de busca foi desenvolvida em um processo de três momentos, conforme as diretrizes do JBI para RQS (LOCKWOOD, 2020). Destaca-se que esta etapa da revisão, e cada um dos seus momentos, foi permeado pelo auxílio de uma bibliotecária com expertise em estratégias de busca e bancos de dados na área da saúde e com treinamento no JBI, a qual forneceu o suporte e consultoria necessário para seu desenvolvimento.

1º momento: Este momento compôs o Mapeamento dos descritores controlados e Mesh Terms; e Análise e mapeamento das palavras do texto contidas nos títulos e resumos dos artigos e dos termos de indexação utilizados nas bases de dados bibliográficas para descrever artigos relevantes no tema, a fim de construir uma estratégia de busca abrangente e específica para cada base de dados incluída. O mapeamento dos termos e descritores, conforme a estratégia PICO, que permeou o planejamento da melhor estratégia de busca é apresentado (Apêndice B).

Destaca-se que uma busca inicial na MEDLINE via PUBMED e na Biblioteca Virtual em Saúde foi realizada para identificar artigos sobre o tema. Após, realizou-se o mapeamento das palavras-texto contidas nos títulos e resumos dos artigos relevantes, e os termos do índice utilizados para descrever os artigos, a fim de desenvolver uma estratégia sensível. Ainda, realizou-se uma busca preliminar na base de dados MEDLINE via PUBMED, a fim de testar os termos e a sensibilidade das estratégias de busca (Apêndice C).

2º momento: Aplicação de estratégias de busca específicas em cada banco de dados incluído no protocolo de revisão.

3º momento: Revisão da lista de referências de todos os estudos recuperadas para leitura na íntegra, a fim de procurar estudos adicionais.

6.3.9 Seleção de estudos

Após a busca, todas as referências identificadas foram agrupadas e carregadas no gerenciador de referências *software* Endnote 20/2020 (Clarivate Analytics, PA, EUA) e após a remoção de duplicatas foram exportadas para o sistema Rayyan do *Qatar Computing Research Institute* (QCRI), o qual foi desenvolvido para auxiliar os pesquisadores no processo de seleção de revisão (OUZZANI, HAMMADY, FEDOROWICZ, ELMAGARMID; 2016). A seleção por

título e resumo foi orientada pelos motivos de exclusão (Razões) e pelos documentos incluídos por (Etiquetas).

No Rayyan, os aplicativos *Blind ON* ou *Blind OFF* foram usados no sistema, o que permitiu gerenciar o cegamento e verificação de conflitos. Realizou-se um teste piloto para treinamento e destreza dos revisores nas ferramentas do software, e após iniciou-se a seleção dos títulos por dois revisores, que realizaram a leitura de modo independente, de acordo com os critérios de elegibilidade desta revisão. Quaisquer discordâncias que surgiram entre os revisores em cada etapa do processo de seleção, foram resolvidas por meio de discussão e/ou por um terceiro revisor com expertise no tema de interesse.

As referências potencialmente relevantes foram recuperadas com o texto na íntegra. O texto completo foi avaliado em detalhes de acordo com os critérios de elegibilidade pelos revisores, de modo independente. Após a leitura de texto completo, os detalhes de citação dos estudos incluídos no *corpus* foram importados para o Sistema JBI para o Controle Unificado, Avaliação, Revisão de Informações, e extração e análise dos dados (JBI SUMARI) (MUNN et al, 2018).

6.3.10 Avaliação da qualidade metodológica

Os estudos selecionados que constituíram o corpus deste estudo foram avaliados criticamente por dois revisores independentes para qualidade metodológica usando o instrumento padrão de avaliação crítica JBI para pesquisa qualitativa, o "*JBI Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research*" (LOCKWOOD, 2015). As divergências que surgiram entre os revisores foram resolvidas através de um terceiro revisor, utilizando-se de painéis de discussão.

A fim de garantir uma compreensão abrangente do fenômeno de investigação, foram realizadas tanto a extração como a síntese de dados para todos os estudos que preencheram os critérios de inclusão, independentemente da qualidade metodológica. Pois, entende-se que, tanto estudos de alta como de baixa qualidade, podem fornecer conhecimentos potencialmente valiosos.

6.3.11 Extração dos dados

Os dados qualitativos foram extraídos dos artigos incluídos nesta revisão usando a ferramenta padronizada de extração de dados, no JBI SUMARI (MUNN et al, 2018), por dois revisores independentes. A extração dos dados ocorreu em duas etapas: A primeira fase consistiu na extração dos detalhes específicos dos estudos primários, acerca do método utilizados para coleta e análise de dados; o país em que desenvolveu-se o estudo; o fenômeno de interesse; o cenário/contexto/cultura; a características dos participantes e tamanho da amostra e a descrição dos principais resultados.

A segunda etapa consistiu na extração das descobertas (*findings*) e suas ilustrações correspondentes (fala do participante) em cada um dos estudos incluídos, de acordo com o objetivo e pergunta primária da pesquisa. Ressalta-se que, no corpo do texto, as ilustrações inseridas na sessão “Resultados” foram mantidas no seu idioma original para apresentação, a fim de evitar possíveis alterações de significados ao traduzir as experiências dos participantes dos estudos primários.

Por fim, as descobertas e suas ilustrações após extraídas, foram atribuídas a um nível de credibilidade, de acordo com o grau de suporte que cada ilustração ofereceu para a descoberta específica à qual estava associada. Assim, atribuiu-se como **Inequivocas (U)**⁴ as descobertas acompanhadas de uma ilustração que estavam além de qualquer dúvida razoável e, portanto, não passíveis de contestação; e **Credível (C)**⁴ as descobertas acompanhadas de uma ilustração sem associação clara com ela e, portanto, abertos a contestação. Caso fosse encontrado uma descoberta não suportada pelos dados, esta então seria atribuída ao nível **Não suportado**.

É importante destacar que concomitantemente à esta etapa, e as etapas subsequentes, realizou-se periodicamente, entre a doutoranda; segundo revisor; orientadora (com *expertise* no tema) e co- orientadora (com *expertise* no método de RSQ), reuniões e discussões por painel (temático e metodológico) para resolver possíveis divergências que surgiram e alinhar a condução da pesquisa.

6.3.12 Síntese de dados

Após a extração dos dados, os resultados da pesquisa qualitativa foram agrupados usando o *software* JBI Sumari com a abordagem de **meta-agregação**, a qual engloba as etapas

⁴ As abreviaturas (U) e (C) correspondem, respectivamente, às palavras *Unequivocal* e *Credible* no seu idioma original. Deste ponto em diante, toda as vezes que forem feitas inferências a essas palavras e seus significados, serão utilizadas as suas respectivas abreviaturas (U) e (C).

de análise do discurso, categorias por agrupamento temático e síntese dos dados. Isso envolveu a agregação ou síntese de descobertas para gerar um conjunto de declarações que representem essa agregação, por meio da reunião das descobertas e da categorização dessas descobertas com base na semelhança de significado (LOCKWOOD, 2020), produzindo assim o agrupamento temático dos dados, que partiu da interpretação dos autores do estudo primário.

Após, essas categorias foram submetidas a uma síntese para produzir um único conjunto abrangente de descobertas sintetizados. Ressalta-se que onde não foi possível o agrupamento textual, os resultados foram apresentados em forma narrativa.

Assim, a síntese dos dados realizou-se em um processo de 3 etapas, conforme as diretrizes para RSQ (LOCKWOOD, 2020):

- a) Extração de todas as descobertas de todos os artigos incluídos com uma ilustração que o acompanha e estabelecido um nível de credibilidade para cada descoberta;
- b) Agrupado em categorias as descobertas suficientemente semelhantes, contendo pelo menos 2 descobertas em cada categoria;
- c) Desenvolvimento de uma ou mais descobertas sintetizadas (meta-agregação), com pelo menos 2 categorias em cada.

6.3.13 Avaliando a confiança nas descobertas

Os resultados sintetizados finais foram classificados de acordo com a abordagem ConQual para estabelecer confiança na produção da síntese de pesquisa qualitativa e apresentados em um resumo descritivo de descobertas (MUNN et al, 2014), contendo os principais elementos da revisão e detalhamento de como a pontuação do ConQual foi desenvolvida. Cada descoberta sintetizada da revisão foi então apresentada, juntamente com o tipo de pesquisa, pontuação para confiabilidade e credibilidade e a pontuação geral do ConQual.

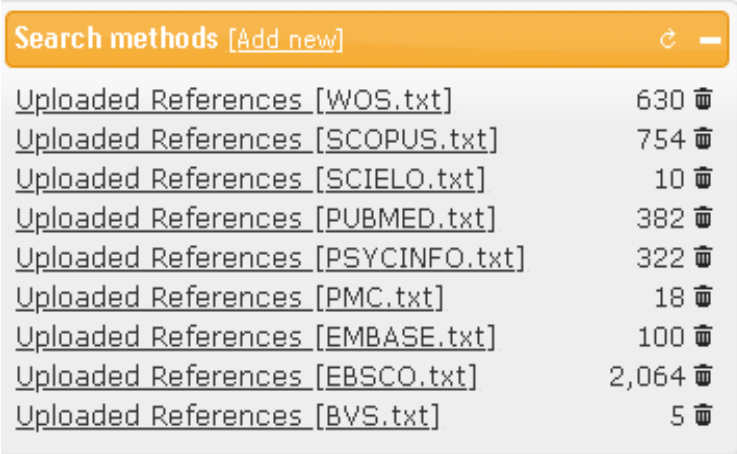
7 RESULTADOS

7.1 INCLUSÃO DOS ESTUDOS

A aplicação das estratégias de buscas nas dez bases de dados resultou num total de 9.839 referências identificadas (Apêndice D). Estas foram agrupadas e carregadas no gerenciador de referências *software* Endnote 20/2020. Na sequência, realizou-se a remoção cuidadosa das duplicatas, resultando em 5.570 referências **excluídas**.

Posteriormente, após essa primeira triagem, as 4.269 referências restantes foram exportadas para o sistema Rayyan. O número de referências em cada base de dados, após a remoção das duplicatas no Rayyan, é apresentado na imagem a seguir:

Figura 2: Número de referências restantes em cada base de dados após a remoção das duplicatas.



Search methods [Add new]	
Uploaded References [WOS.txt]	630
Uploaded References [SCOPUS.txt]	754
Uploaded References [SCIELO.txt]	10
Uploaded References [PUBMED.txt]	382
Uploaded References [PSYCINFO.txt]	322
Uploaded References [PMC.txt]	18
Uploaded References [EMBASE.txt]	100
Uploaded References [EBSCO.txt]	2,064
Uploaded References [BVS.txt]	5

Fonte: Extraído do Sistema Rayyan.

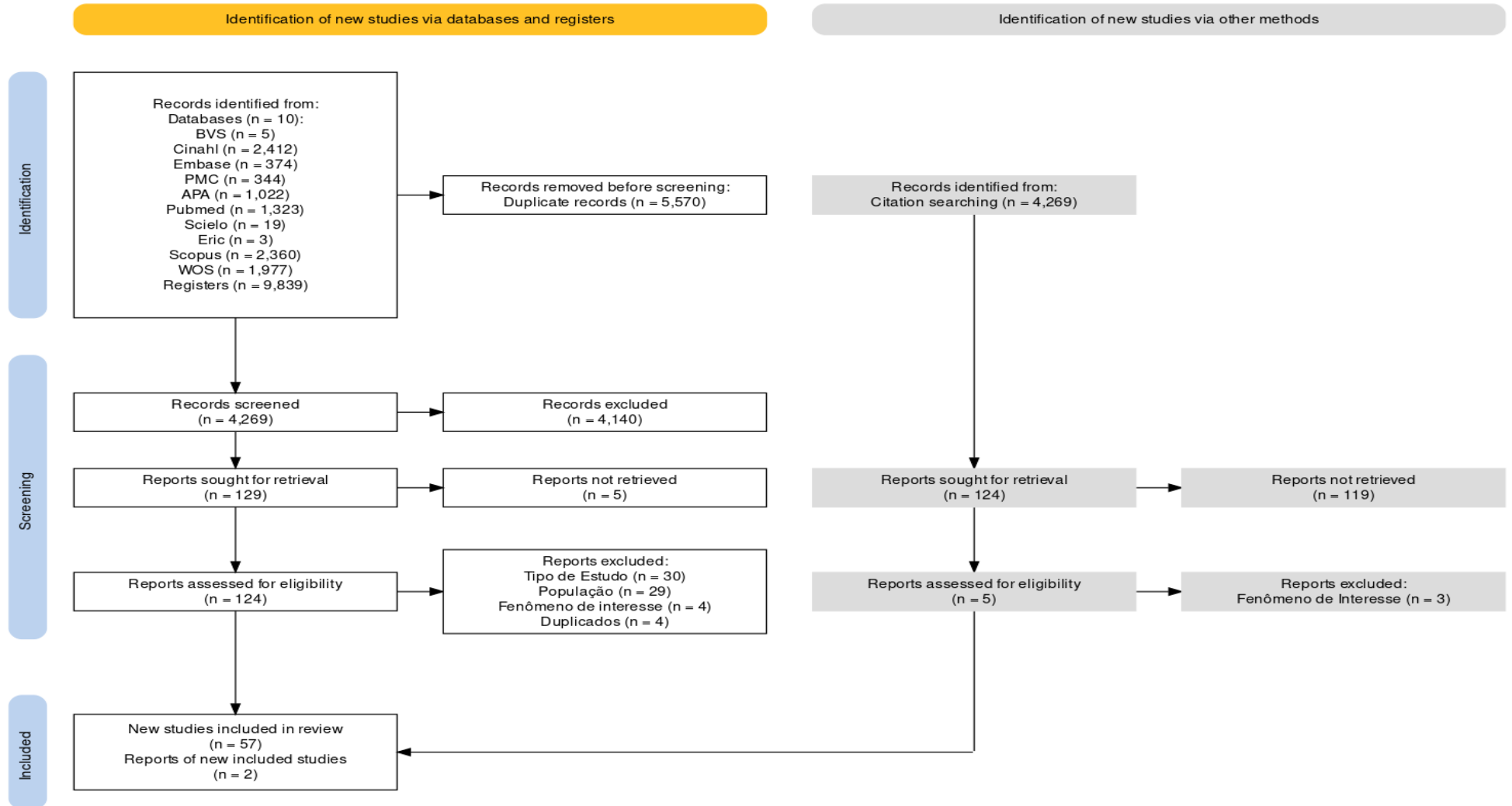
Desta leitura, 4.140 referências foram excluídas de acordo com os critérios de elegibilidade desta revisão, e 129 referências foram selecionadas para leitura do texto na íntegra. Sequencialmente, iniciou-se a recuperação dos textos das 129 referências, sendo que cinco delas não foram possíveis de serem recuperadas integralmente, apesar dos diversos meios e recursos acessados, incluindo e-mail ao autor correspondente, sendo, portanto, excluídos da seleção.

Restando um corpus inicial de 124 estudos, os quais foram submetidos a leitura de texto completo e avaliados em detalhes, de acordo com os critérios de elegibilidade, também pelos dois revisores de modo independente. A finalização dessa etapa resultou nas exclusões de estudos em virtude das seguintes razões (Apêndice E): Tipo de estudo = 30; População = 29; Fenômeno de Interesse = 4 e Duplicados = 4, restando 57 estudos para a etapa de extração dos dados.

Subsequente, realizou-se a leitura do corpo das referências contida nos textos, selecionando-se 05 referências para leitura de texto na íntegra. Estas então foram adicionadas ao Rayyan, e submetidas a leitura criteriosa pelos dois revisores. Desta leitura, 03 foram excluídas conforme os critérios de elegibilidade, e 02 foram incluídos na seleção, resultando em um corpus final de **59 estudos**. Por fim, estes foram exportados para o Sistema JBI para as etapas subsequentes à seleção dos estudos, conforme Protocolo de Pesquisa.

O processo de inclusão e seleção dos estudos é apresentado no fluxograma para qualidade e transparência da redação, o PRISMA (Figura 3), de acordo com o fluxograma “Novos estudos de Revisão” (PAGE et al 2021).

Figura 3: Fluxograma PRISMA do processo de inclusão e seleção dos estudos.



Fonte: Page et al, 2021. Construído no site https://estech.shinyapps.io/prisma_flowdiagram/.

As referências dos estudos primários que compuseram o *corpus* (59) desta RSQ foram exportadas do sistema Rayyan, e estão apresentados no Quadro 3. Estes foram codificados na tabela e corpo do texto com a letra A (artigo), seguidos de um número sequencial, conforme a ordem cronológica dos estudos recuperados.

Quadro 3: Estudos primários que compõem o corpus da RSQ.

CÓDIGO	CITAÇÃO DOS ARTIGOS INCLUÍDOS
A1	Cave, A.; Maharaj, U.; Gibson, N.; Jackson, E. Physicians and Immigrant Patients - Cross-Cultural Communication. Canadian Family Physician. 1995;41:1685-90.
A2	Huisman, K. A. Wife Battering in Asian American Communities. Identifying the Service Needs of na Overlooked Segment of the U.S. Population. Violence Against Women, vol 2, nº 3, September 1996, 260-283.
A3	Downs, K.; Bernstein, J.; Marchese, T. Providing culturally competent primary care for immigrant and refugee women: a Cambodian case study. Journal of Nurse-Midwifery. 1997;42(6):499-55.
A4	Blackford, J.; Street, A. Cultural conflict: the impact of western feminism(s) on nurses caring for women of non-English speaking background. Journal of Clinical Nursing (Wiley-Blackwell). 2002;11(5):664-71.
A5	Johnson, J.L.; Bottorff, J.L.; Browne, A. J.; Grewal, S.; Hilton, B. A.; Clarke, H. Othering and being othered in the context of health care services. Health Communication. 2004;16(2):253-71. http://dx.doi.org/10.1207/S15327027HC1602_7
A6	Latta, R.E.; Goodman, L.A. Considering the Interplay of Cultural Context and Service Provision in Intimate Partner Violence. Violence Against Women. 2005;11(11):1441-64. 10.1177/1077801205280273
A7	Puri S. Rhetoric v. reality: the effect of ‘multiculturalism’ on doctors’ responses to battered South Asian women in the United States and Britain. Patterns of Prejudice. 2005;39(4):416-30. 10.1080/00313220500347873
A8	Thierfelder, C.; Tanner, M.; Bodiang, C. M. K. Female genital mutilation in the context of migration: experience of African women with the Swiss health care system. European Journal of Public Health. 2005;15(1):86-90. doi 10.1093/eurpub/cki120
A9	Johansen, R.E.B. Care for infibulated women giving birth in Norway: an anthropological analysis of health workers' management of a medically and culturally unfamiliar issue. Med Anthropol Q. 2006;20(4):516-44. DOI: 10.1525/maq.2006.20.4.516
A10	Kacen. L. Spousal Abuse Among Immigrants from Ethiopia in Israel. Journal of Marriage & Family. 2006;68(5):1276-90. DOI: 10.1111/j.1741-3737.2006.00328.x
A11	Kallivayalil, D. Feminist therapy: Its use and implications for South Asian immigrant survivors of domestic violence. Women & Therapy. 2007;30:109-27. DOI: 10.1300/J015v30n03_09
A12	Keller, E.M.; Brennan, P. K. Cultural considerations and challenges to service delivery for Sudanese victims of domestic violence: Insights from service

	providers and actors in the criminal justice system. International Review of Victimology. 2007;14:115-41. DOI: 10.1177/026975800701400107
A13	O'Mahony, J.M.; Donnelly, T. T. The influence of culture on immigrant women's mental health care experiences from the perspectives of health care providers. Issues in Mental Health Nursing. 2007;28(5):453-71. DOI: 10.1080/01612840701344464
A14	Lyons, S.M.; O'Keeffe, F.M.; Clarke, A.T; Staines, A. Cultural diversity in the Dublin maternity services: the experiences of maternity service providers when caring for ethnic minority women. Ethnicity & Health. 2008;13(3):261-76. DOI: 10.1080/13557850801903020
A15	Guruge, S.; Humphreys, J. Barriers affecting access to and use of formal social supports among abused immigrant women. Canadian Journal of Nursing Research. 2009;41(3):64-84.
A16	Ben-Porat A. Connecting two worlds: training social workers to deal with domestic violence against women in the Ethiopian community. British Journal of Social Work. 2010;40(8):2485-501. DOI: 10.1093/bjsw/bcq027
A17	Hess, R.F.; Weinland, J.; Saalinger, N. M. Knowledge of female genital cutting and experience with women who are circumcised: a survey of nurse-midwives in the United States. Journal of midwifery & women's health. 2010;55(1):46-54. DOI: 10.1016/j.jmwh.2009.01.005
A18	Kulwicki, A., Aswad, B., Carmona, T, Ballout, S. Barriers in the Utilization of Domestic Violence Services Among Arab Immigrant Women: Perceptions of Professionals, Service Providers & Community Leaders. Journal of Family Violence. 2010;25(8):727-35. DOI: 10.1007/s10896-010-9330-8
A19	Pavlish, C.L., Noor, S., Brandt, J. Somali immigrant women and the American health care system: Discordant beliefs, divergent expectations, and silent worries. Social Science & Medicine. 2010;71(2):353-61. DOI: 10.1016/j.socscimed.2010.04.010
A20	Widmark, C., Léval, A., Tishelman, C., Ahlberg, B. M. Obstetric care at the intersection of science and culture: Swedish doctors' perspectives on obstetric care of women who have undergone female genital cutting. Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2010;30(6):553-8. DOI: 10.3109/01443615.2010.484110
A21	Hasnain, M., Connell, K. J., Menon, U., Tranmer, P. A. Patient- centered care for Muslim women: provider and patient perspectives. J Womens Health (Larchmt). 2011;20(1):73-83.
A22	Ng, C.K., Newbold, B. Health care providers' perspectives on the provision of prenatal care to immigrants. Culture, Health & Sexuality. 2011;13(5):561-74. DOI: 10.1080/13691058.2011.555927
A23	Wade, L. The politics of acculturation: Female genital cutting and the challenge of building multicultural democracies. Social Problems. 2011;58(4):518-37. DOI: 10.1525/sp.2011.58.4.518
A24	Degni, F., Suominen, S., Essén, B., Ansari, W. E., Vehviläinen-Julkunen, K. Communication and Cultural Issues in Providing Reproductive Health Care to Immigrant Women: Health Care Providers' Experiences in Meeting Somali Women Living in Finland. Journal of Immigrant & Minority Health. 2012;14(2):330-43. DOI: 10.1007/s10903-011-9465-6
A25	Otero-Garcia, L., Goicolea, I., Gea-Sánchez, M., Sanz-Barbero, B. Access to and use of sexual and reproductive health services provided by midwives among rural

	immigrant women in Spain: midwives' perspectives. Global Health Action. 2013;6:1-6. DOI: 10.3402/gha.v6i0.22645.
A26	Pearce, S.C., Sokolof, N.J. 'This Should Not Be Happening in This Country': Private-Life Violence and Immigration Intersections in a U.S. Gateway City. Sociological Forum. 2013;28(4):784-810. DOI: 10.1111/socf.12052
A27	Briones-Vozmediano, E., La Parra, D., Vives-Cases, C. Barriers and facilitators to effective coverage of Intimate Partner Violence services for immigrant women in Spain. Health Expectations. 2015;18(6):2994-3006. DOI:10.1111/hex.12283
A28	Byrskog, U., Olsson, P., Essén, B., Allvin, M. K. Being a bridge: Swedish antenatal care midwives' encounters with Somali-born women and questions of violence; a qualitative study. BMC Pregnancy Childbirth. 2015;15:1. DOI: 10.1186/s12884-015-0429-z
A29	Kalengayi, F.K.N., Hurtig, A. K., Nordstrand, A., Ahlm, C., Ahlberg, B. M. 'It is a dilemma': perspectives of nurse practitioners on health screening of newly arrived migrants. Global Health Action. 2015;8(1). DOI: 10.3402/gha.v8.27903
A30	Blum, E., Braiden, R., Heinonen, T. Service Delivery Considerations in Dealing with Honour-based Violence. Canadian Ethnic Studies. 2016;48(3):129-48. DOI: 10.1353/ces.2016.0029
A31	Briones-Vozmediano, E., Davó-Blanes, M.C., García-de la Hera, M.; Goicolea, I., Vives-Cases, C. Professional discourses on intimate partner violence: implication for care of immigrant women in Spain. Gac Sanit. 2016;30(5):326-32. DOI: 10.1016/j.gaceta.2016.04.022
A32	Nithianandan, N., Gibson-Helm, M., McBride, J., Binny, A., Gray, K. M.; East, C., Boyle, J. A. Factors affecting implementation of perinatal mental health screening in women of refugee background. Implement Sci. 2016;11(1):1-12. DOI: 10.1186/s13012-016-0515-2
A33	Ogunsiji, O. Australian midwives' perspectives on managing obstetric care of women living with female genital circumcision/mutilation. Health care for women international. 2016;37(10):1156-69. DOI: 10.1080/07399332.2016.1215462
A34	Eustace, J., Baird, K., Saito, A.S., Creedy, D.K. Midwives' experiences of routine enquiry for intimate partner violence in pregnancy. Women Birth. 2016 Dec;29(6):503-510. DOI: 10.1016/j.wombi.2016.04.010.
A35	Okoro, O.N., Whitson, S. O. HIV risk and barriers to care for African-born immigrant women: a sociocultural outlook. International journal of women's health. 2017;9:421-9. DOI: 10.2147/IJWH.S129355
A36	Peláez, S., Hendricks, K. N., Merry, L. A., Gagnon, A. J. Challenges newly-arrived migrant women in Montreal face when needing maternity care: Health care professionals' perspectives. Globalization & Health. 2017;13:1-9. DOI: 10.1186/s12992-016-0229-x.
A37	Simon-Kumar, R., Kurian, P. A., Young-Silcock, F., Narasimhan, N. Mobilising culture against domestic violence in migrant and ethnic communities: practitioner perspectives from Aotearoa/New Zealand. Health & Social Care in the Community. 2017;25(4):1387-95. DOI: 10.1111/hsc.12439
A38	Milani, A., Leschied, A., Rodger, S. "Beyond Cultural Sensitivity": Service Providers' Perspectives on Muslim Women Experiences of Intimate Partner Violence. J Muslim Ment Health. 2018;12(1):49-75. DOI: 10.3998/jmmh.10381607.0012.103

A39	Mollah, T.N., Antoniadou, J., Lafeer, F. I., Brijnath, B. How do mental health practitioners operationalise cultural competency in everyday practice? A qualitative analysis. BMC Health Services Research. 2018;18. DOI: 10.1186/s12913-018-3296-2
A40	Sabri, B., Nnawulezi, N., Njie-Carr, V.P.S., Messing, J., Ward-Lasher, A., Alvarez, C., Campbell, J.C. Multilevel Risk and Protective Factors for Intimate Partner Violence Among African, Asian, and Latina Immigrant and Refugee Women: Perceptions of Effective Safety Planning Interventions. Race and social problems. 2018;10(4):348-65. DOI: 10.1007/s12552-018-9247-z
A41	Wells, R., Lawsin, C., Hunt, C., Youssef, O.S., Abujado, F., Steel, Z. An ecological model of adaptation to displacement: individual, cultural and community factors affecting psychosocial adjustment among Syrian refugees in Jordan. Global Mental Health. 2018;5:34-46. DOI: 10.1017/gmh.2018.30
A42	Abji, S., Korteweg, A. C., Williams, L. H. Culture Talk and the Politics of the New Right: Navigating Gendered Racism in Attempts to Address Violence against Women in Immigrant Communities. Signs: Journal of Women in Culture & Society. 2019;44(3):797-822. DOI: 10.1086/701161
A43	Origlia Ikhilior, P., Hasenberg, G., Kurth, E., Asefaw, F., Pehlke-Milde, J., Cignacco, E. Communication barriers in maternity care of allophone migrants: Experiences of women, healthcare professionals, and intercultural interpreters. J Adv Nurs. 2019;75(10):2200-10. DOI: 10.1111/jan.14093
A44	Wachter, K., Dalpe, J., Heffron, L.C. Conceptualizations of domestic violence-related needs among women who resettled to the United States as refugees. Social Work Research. 2019;43(4):207-19. DOI: 10.1093/swr/svz008
A45	Binder, A., Denking, J., Rometsch-Ogioun El Sount, C., Windthorst, P., Engelhardt, M., Ringwald, J.; et al. Psychological burden, stressors and resources of social workers working with women and children who suffered extreme violence by the 'Islamic state': A mixed method study. Journal of Psychosomatic Research. 2020;132:1-12. Doi 10.1016/j.jpsychores.2020.109959
A46	Kohrt, B.K., Murray, M.P.; Salinas, L.C. Establishing Context to Build Capacity: A Qualitative Study to Determine the Feasibility, Utility, and Acceptability of a Complex Trauma Training for Psychologists Working in Urban Migrant Communities in Northern Peru. Community Mental Health Journal. 2020;56(8):1508-20. DOI: 10.1007/s10597-020-00598-4
A47	Liebling, H., Barrett, H.; Artz, L. South Sudanese Refugee Survivors of Sexual and Gender-Based Violence and Torture: Health and Justice Service Responses in Northern Uganda. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(5). DOI: 10.3390/ijerph17051685
A48	Milaney, K., Tremblay, R.; Bristowe, S.; Ramage, K. Welcome to Canada: Why Are Family Emergency Shelters 'Home' for Recent Newcomers? Societies. 2020;10(2). DOI: 10.3390/soc10020037
A49	Oscarsson, M.G., Stevenson-Ågren, J. Midwives experiences of caring for immigrant women at antenatal care. Sexual & Reproductive HealthCare. 2020;24. Doi: 10.1016/j.srhc.2020.100505
A50	Rodella Sapia, M.D., Wangmo, T.; Dagron, S.; Elger, B.S. Understanding access to professional healthcare among asylum seekers facing gender-based violence: a qualitative study from a stakeholder perspective. BMC International Health & Human Rights. 2020;20(1). Doi 10.1186/s12914-020-00244-w

A51	Gray, S.; Forster, J.; Revilla, M.; Pantoja Manzanarez, L.; Medina, C.M.; Rizzieri, A.; Binfa, L. Midwives' experiences with screening for intimate partner violence in Santiago, Chile. Health care for women international. 2020;43(7):746-62. DOI: 10.1080/07399332.2020.1797033
A52	Milani, A.; Leschied, A. Muslim women's service utilization for intimate partner violence: Front line service providers' perceptions of what constitutes a culturally informed response. Health care for women international. 2020;43(7):763-83. DOI 10.1080/07399332.2020.1821032
A53	Roberts, D.A.; Abera, S.; Basualdo, G.; Kerani, R. P.; Mohamed, F.; Schwartz, R.; Gebreselassie, B.; Ali, A.; Patel, R. Barriers to accessing preventive health care among African-born individuals in King County, Washington: A qualitative study involving key informants. Plos One. 2021;16(5). DOI: 10.1371/journal.pone.0250800
A54	Block, K.; Hourani, J.; Sullivan, C.; Vaughan, C. "It's about Building a Network of Support": Australian Service Provider Experiences Supporting Refugee Survivors of Sexual and Gender-Based Violence. Journal of Immigrant & Refugee Studies. 2021;20(3):383-97. DOI: 10.1080/15562948.2021.1930321
A55	Messing, J.; Wachter, K.; AbiNader, M.; Ward-Lasher, A.; Njie-Carr, V.; Sabri, B.; Murray, S.; Noor-Oshiro, A.; Campbell, J. "We Have to Build Trust": Intimate Partner Violence Risk Assessment with Immigrant and Refugee Survivors. Social Work Research. 2022;46(1):53-64. DOI: 10.1093/swr/svab030
A56	Min, M.; Wong, T.; Akinsulure-Smith, A.M. Exploring Beliefs and Attitudes Toward Female Genital Mutilation/Cutting Among Healthcare Providers in New York City. Violence Against Women. 2022;28(12):3174-93. DOI: 10.1177/10778012211045710
A57	Murugan, V.; Mahapatra, N.; Rai, A.; Rijhwani, L. South Asian Women's Organizations: An Exploratory Study of Workers' Perceptions on Intimate Partner Violence-Related Help-Seeking. Journal of Family Violence. 2022:1-13. DOI: 10.1007/s10896-021-00354-6
A58	Sabri, B.; Lee, J.; Saha, J. Conducting Intervention Research With Immigrant Survivors of Intimate Partner Violence: Barriers and Facilitators of Recruitment and Retention. Journal of Interpersonal Violence. 2022;37(19):NP18060-NP84. DOI: 10.1177/08862605211035866
A59	Troisi, G.; Margherita, G.; Caffieri, A. Migrant women and gender-based violence: Focus group with operators. J Prev Interv Community. 2022;50(3):286-301. DOI: 10.1080/10852352.2021.1918829

Elaboração: autora

7.2 QUALIDADE METODOLÓGICA

Após o processo de seleção, iniciou-se a avaliação crítica dos 59 estudos (Apêndice F), no Sistema JBI (JBI SUMARI). Os resultados da avaliação crítica mostraram que houve uma variação na qualidade dos estudos, sendo que 54 dos 59 estudos eram de qualidade moderada a alta, pois pontuaram “sim” em 7 a 8 dos 10 critérios. Todos esses estudos exibiram

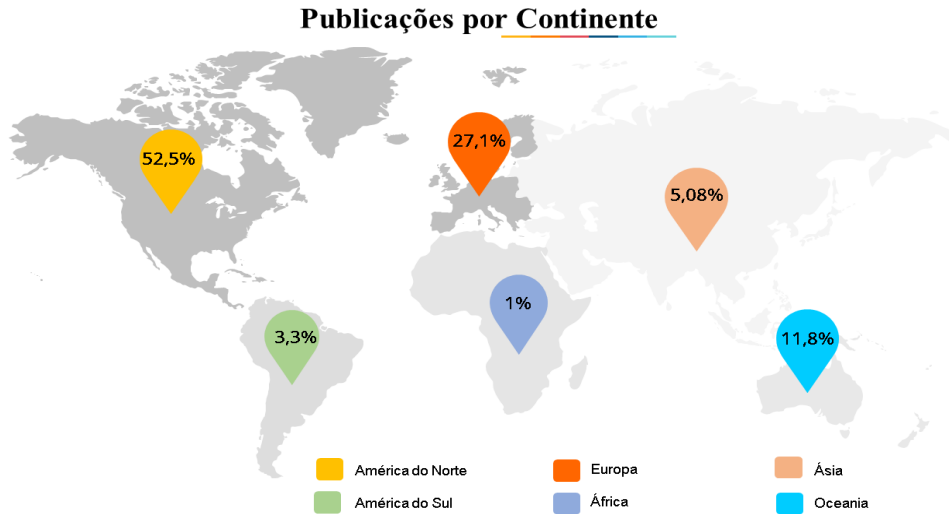
bons detalhes e congruência em métodos, metodologia e relatórios de dados. Entretanto, apenas 15 estudos (25,4%) declararam a sua perspectiva filosófica; e 11 estudos (18,6%) incluíram uma declaração que localiza o investigador cultural ou teoricamente na pesquisa. Da mesma forma, somente 11 estudos (18,6%) discutiram a influência do investigador na investigação.

A maioria dos estudos incluídos são oriundos de pesquisas qualitativa- descritivas, uma abordagem cada vez mais comum em pesquisas aplicadas em saúde, o que pode explicar a falta de uma perspectiva filosófica declarada. Ainda, a ausência de declarações quanto a localização e influência do pesquisador sobre/na pesquisa, também pode ser derivada do perfil da grande maioria dos periódicos científicos, que cobram do pesquisador uma postura de não-posicionamento nos relatórios das pesquisas.

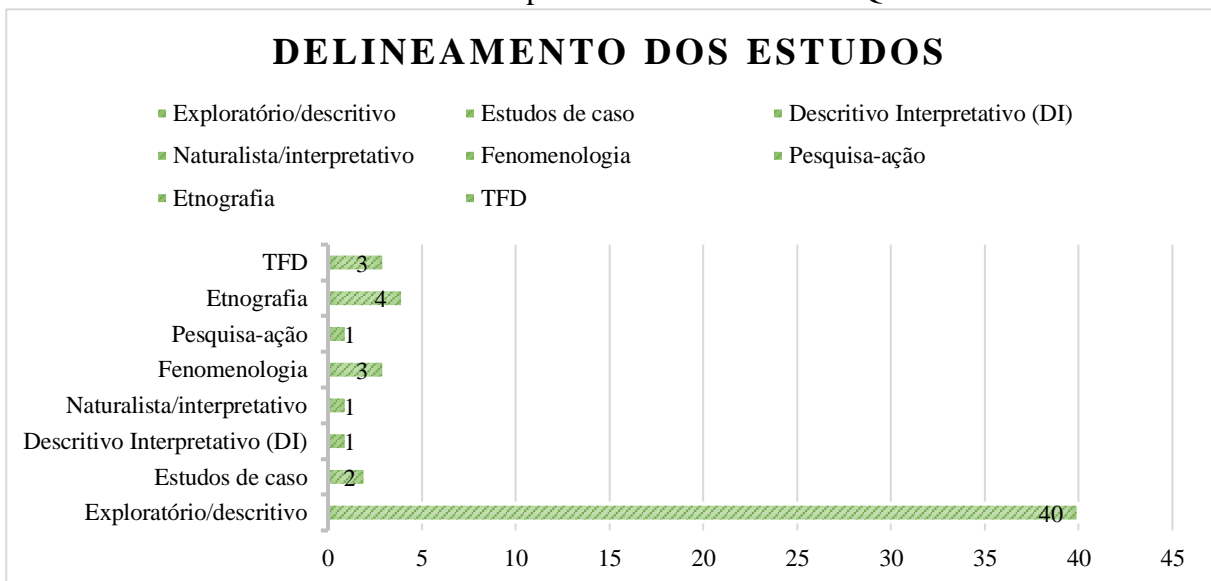
7.3. CARACTERÍSTICAS DOS ESTUDOS INCLUÍDOS

A caracterização dos 59 estudos que formam o corpus desta pesquisa está apresentada em detalhes no Apêndice G, e será apresentada em síntese nos parágrafos a seguir. Assim, quanto ao **tempo cronológico** das publicações, estas foram realizadas entre 1995 e 2022, sendo o maior percentual em 2022 (13,56%).

Quanto às **características geográficas** de desenvolvimento dos estudos primários (Gráfico 1), estes foram realizados em 18 países diferentes, nos continentes da América do Norte (Canadá, Estados Unidos); América do Sul (Peru, Chile); na Ásia (Israel, Jordânia); na Oceania (Austrália, Nova Zelândia); no continente Africano (Uganda) e no continente Europeu (Inglaterra, Finlândia, Suíça, Suécia; Espanha, Irlanda; Noruega, Itália, Alemanha). Destes, o norte do continente americano concentrou o maior percentil de produções com 52,54%, seguidos da Europa com 27,12%; Oceania com 11,86%; Ásia com 5,08%; América do Sul com 3,38% e África com 1%. Destaca-se que um estudo (A5) foi desenvolvido em dois países e continentes distintos ao mesmo tempo (Estados Unidos e Inglaterra).

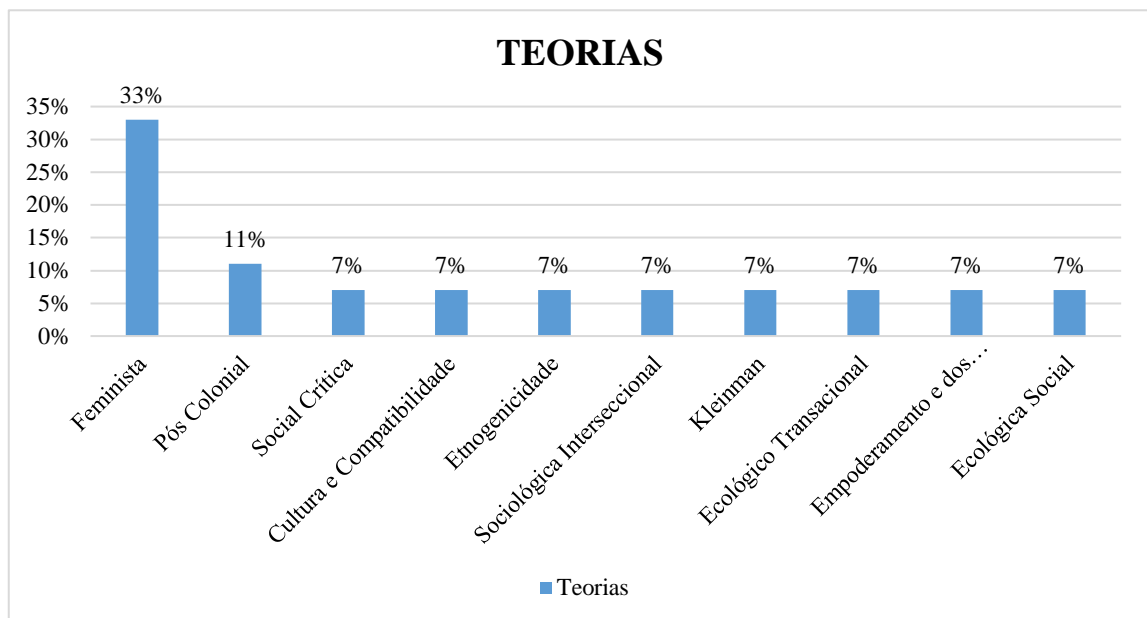
Gráfico 1: Publicações dos estudos por continente.

Quanto ao **tipo de estudo**, 5,09% foram estudos de abordagem mista (A17; A21; A45), tendo o maior percentual o desenvolvimento de estudos de abordagem qualitativa (94,91%). Já em relação ao **delineamento metodológico** (Gráfico 2), predominou-se os estudos de abordagem exploratório/descritivo (73%). Além destes, descritivo interpretativo (DI) (A29); naturalista interpretativo (A24); estudos de caso (A3; A36); da fenomenologia (A33; A38; A52); da pesquisa – ação (A19); da etnografia (A5; A7; A10; A25); da teoria fundamentada nos dados (TFD) (A14; A22; A41). O gráfico a seguir demonstra a porcentagem dos estudos de acordo com o delineamento.

Gráfico 2: Delineamento dos estudos primários incluídos na RSQ.

Foram identificados 15 estudos que utilizaram **Teorias** (Gráfico 3) para iluminar o objeto de pesquisa e perspectivar o desenvolvimento do estudo. A perspectiva feminista prevaleceu em 05 dos 15 estudos (A2; A4; A23; A26; A38), seguidos das Teorias Pós Coloniais (A36; A42), da Teoria Social Crítica (A48), do Modelo de cultura e compatibilidade Multicultural (A23), da Teoria da Etnogenicidade (A12), Teoria Sociológica Interseccional (A54), do Modelo Explicativo de Kleinman (A13), do Modelo Ecológico Transaccional (A41), Teoria do Empoderamento e dos Sistemas (A16), e a Teoria Ecológica Social e dos Determinantes Sociais e de Saúde (A19).

Gráfico 3: Referenciais Teóricos identificadas nos estudos.



Elaboração: autora

Em relação ao **tipo de coleta de dados** (Quadro 4) empregada nos estudos, predominou a técnica de entrevistas individuais e presenciais em profundidade (78%), seguido da técnica de grupo focal (40,7%). Salienta-se que, dos 59 estudos, 30 utilizaram somente uma técnica de coleta de dados, e os demais utilizaram, pelo menos, 02 técnicas (ou mais) simultaneamente.

Quadro 4: Apresentação das técnicas de coleta de dados identificadas nos estudos incluídos na revisão.

TIPO DE COLETA DE DADOS	ESTUDOS	N=
Entrevistas presenciais individuais em profundidade	A2; A3; A4; A5; A6; A7; A9; A10; A1; A13; A14; A15; A19; A20; A22; A23; A24; A25; A26; A27; A28; A29; A30; A31; A32; A33; A35; A36; A37; A38; A39; A40; A41; A42; A43; A44; A45; A47; A48; A49; A50; A51; A52; A53; A54; A56	46
Entrevistas individuais por telefone ou videoconferência	A2; A8; A12; A34; A45; A57; A58	7
Diário de campo	A3; A13; A25;	3
Grupos focais	A1; A4; A5; A14; A15; A16; A18; A24; A26; A27; A30; A31; A35; A37 A40; A43; A44; A45; A46; A47; A48; A50; A55; A59	24
Relatos narrativos	A4; A5; A17	3
Observação participante	A9; A10	2
Inquéritos auto- aplicados com perguntas abertas e narrativas	A4; A17; A21; A35	4
Questionário com perguntas do tipo Likert	A17	1
Entrevistas de casos específicos imediatamente ao acontecido	A9	1
Life Story Board (tecnologia leve visual)	A30	1
Método participativo de recolha dos dados (participantes como co-pesquisadores)	A2; A4	2

Elaboração: autora

No que tange a **análise dos dados** (Quadro 5) empregada nos estudos, identificou-se a prevalência da análise temática (50%), com utilização de análise comparativa constante dos dados (A29; A33; A36); tendo alguns estudos a análise orientada por referenciais teóricos como o do multiculturalismo (A7), Teoria Social Crítica (A48), feminista (A42; A54), Quadro Conceitual de Competência Cultural (A32), Quadro Conceitual Pós- Colonial (A36), perspectiva Construtivista (A40), Modelo Ecológico (A53) e por meio de utilização de Softwares como o MAXQDA para dados qualitativos e métodos misto (A8), QSR NVIVO e

framework (A50). O segundo tipo mais utilizado foi a análise de conteúdo, identificada em 33% dos estudos.

Quadro 5: Apresentação das técnicas de análise de dados empregadas nos estudos incluídos na RSQ.

TIPOS DE ANÁLISES DOS DADOS EMPREGADA	ESTUDOS	N=
Análise de conteúdo (inclui de discurso)	A1; A2; A3; A6; A10; A13; A16; A21; A22; A23; A24; A25; A26; A31, A38; A45; A46; A49; A51; A57	20
Análise temática (inclui teórica, indutiva e dedutiva)	A4; A7; A8; A14; A15; A17; A18; A19; A27; A28; A29; A30; A32; A33; A34; A35; A36; A37; A39; A40; A42; A43; A44; A47; A48; A50; A53; A54; A55; A58	30
Análise descritiva	A9; A11; A12; A20	4
Análise Fenomenológica e Fenomenológica Interpretativa (AFI)	A52; A59	2
Triangulação de dados	A4; A23; A25; A40; A45	5
Orientada pela Etnografia	A5; A48	2
Orientada pela Teoria Fundamentada nos Dados	A56; A41	2

Elaboração: autora

No que diz respeito às **características dos participantes** (Quadro 6) dos estudos primários incluídos na RSQ, identificou-se estudos realizados com profissionais da saúde (65,58%), profissionais de diferentes áreas (24,68%) e membros da sociedade (9,74%). Dentre os profissionais da saúde, observou-se a homogeneidade entre as classes de profissionais médicos (16%), enfermeiros (15%) e assistentes sociais (15%), e dentre os profissionais médicos e enfermeiros, os generalistas foram os mais identificados como participantes nos estudos. Entre os profissionais de diferentes áreas e a sociedade, os policiais e defensores de vítimas e os conselheiros foram os participantes que tiveram maior predominância nos estudos.

Quadro 6: Apresentação dos participantes incluídos nos estudos primários.

CARACTERÍSTICAS DOS PARTICIPANTES		ESTUDOS	N=	
PROFISSIONAIS DA SAÚDE	MEDICINA	Clínicos gerais	A7; A8; A9; A13; A18; A19; A21; A23; A35; A36; A50; A53; A56	13
		Médicos de família	A1; A5	2
		Psiquiatras	A5; A11; A39; A56	4
		Ginecologistas/ obstetras	A8; A9; A14; A20; A22; A24; A32; A43; A56	9
		Controle de infecção	A14	1
	ENFERMAGEM	Enfermeiros	A4; A5; A9; A12; A13; A17; A18; A21; A22; A29; A35; A36; A43; A50; A56	15
		Enfermeira parteira certificada (CNM)	A3; A17	2
		Auxiliares de enfermagem	A14	1
		Enfermeiras parteiras	A14; A24; A56	3
		Enfermeiras de planejamento familiar	A24	1
		Enfermeiras especialistas em saúde mental	A24; A32; A39	3
		Enfermeiras especialistas em saúde dos refugiados	A32; A39	2
		Parteiras	A8; A9; A14; A22; A25; A28; A32; A33; A34; A43; A49; A51; A56	13
	Assistentes sociais	A2; A5; A10; A11; A12; A13; A14; A15; A16; A18; A22; A27; A30; A31; A35; A36; A37; A38; A39; A42; A44; A45; A52; A55; A56; A57; A59	27	
	Psicólogos	A11; A19; A31; A38; A39; A46; A56; A57; A59	9	
	Terapeutas	A26; A36; A55	3	
	Farmacêuticos	A5	1	
	Testadores comunitários de HIV	A35	1	
	Assistentes psicossociais	A41; A47	2	
	Agente de serviços comunitários	A12; A37	2	
OUTROS PROFISSIONAIS	Polícia e Defensores de vítimas	A2; A11; A12; A18; A31; A37; A47; A55	8	
	Sociólogo	A59	1	
	Profissionais da educação	A11; A26; A30; A55	4	
	Intérprete interculturais	A19; A26; A32; A43; A50; A55	6	
SOCIEDADE	Líderes comunitários	A6; A15; A18; A35; A48; A53	6	
	Líderes religiosos	A18; A47; A55	3	
	Conselheiros	A10; A18; A26; A37; A38; A39; A43; A47; A52; A57	10	

Representantes políticos; formadores de Políticas e representantes de universidades	A47; A50	2
---	----------	---

Elaboração: autora

E em relação ao **cenário** dos estudos, estes desenvolveram-se majoritariamente na área urbana (93,22%), e uma pequena porcentagem em áreas rurais (6,78%). Quanto aos contextos, foram identificados os contextos sociais e de saúde (68%), contexto comunitário (17%), contexto de proteção e segurança (6%) e contexto do reassentamento dos refugiados (10%). O quadro 7 apresenta os cenários e contextos identificados nos estudos primários com os estudos codificados identificados em cada um deles, e o número total de estudos em cada cenário/contexto específico.

Quadro 7: Apresentação do cenário/contexto dos estudos primários incluídos na RSQ.

	CENÁRIO/CONTEXTO	ESTUDOS	N=
SOCIAL E SAÚDE	Hospitais	A1; A4; A6; A7; A8; A9; A20; A23; A36; A56;	10
	Centros de Saúde de cuidados primários e cuidados gerais na área urbana	A3; A19; A26; A29; A32; A34; A39; A40; A51; A55; A56	11
	Centros de crise de estupro	A6	1
	Centros de Saúde Mental	A6; A11; A13; A32; A39; A41; A46	7
	Centro de cuidados primários na área rural	A25; A34; A39	3
	Consultórios particulares	A8; A56	2
	Centros de planejamento familiar	A8; A24	2
	Clínicas urbanas de pré-natal	A9; A17; A20; A28; A34; A49	6
	Clínicas rurais de pré-natal	A49	1
	Maternidades públicas	A14; A17; A20; A32; A33; A34; A43	7
	Agências de cuidado em VPI e de prevenção da violência	A16; A26; A27; A30; A31; A42; A44; A52; A54; A57; A58	11
	Serviços e organização prestadora de serviços de HIV	A35	1
	Agências de serviço social	A38; A40; A42; A44; A52; A55	6
COMUNIDADE	Contexto da comunidade onde vivem mulheres refugiadas	A5; A10; A12; A15; A18; A21; A22; A37; A39; A42	10
	Centros comunitários	A6; A19; A46; A48; A53	5
	Organização de Base Comunitária	A35; A12	2
	Rede comunitária de agências que trabalhavam com traumas de guerra	A30	1

PROTEÇÃO	Casas abrigo para violência doméstica	A2; A6; A38; A48; A52	5
	Contextos de segurança e proteção (tribunal, departamento de polícia)	A6; A55	2
REASSENTAMENTO	ONGs de apoio para refugiados	A19; A26; A27; A30; A35; A48; A54; A57; A58; A59	6
	Agência de reassentamento	A44	1
	Programa de admissão humanitária	A45	1
	Assentamentos de refugiados	A47; A50; A59	3

Elaboração: autora

7.4 SÍNTESE

Os resultados da pesquisa evidenciaram 219 descobertas. Destas, 211 foram classificadas como inequívocas (U) e 08 como credíveis (C). As 219 descobertas foram agrupadas com base na semelhança de significado para formar categorias (meta agregação). Foram produzidas um total de 18 categorias:

- 1) A experiência dos profissionais de saúde com a organização do sistema implica na atenção à saúde das mulheres refugiadas em situação de violência;
- 2) A falta de habilidades culturais dos profissionais de saúde dificulta o vínculo e/ou a continuidade da atenção à saúde das mulheres refugiadas em situação de violência;
- 3) A história de vida das mulheres refugiadas em situação de violência choca/sensibiliza os profissionais;
- 4) As habilidades culturais dos profissionais de saúde promovem o vínculo com as mulheres refugiadas em situação de violência;
- 5) As habilidades culturais e o desejo de ajudar dos profissionais de saúde facilitam a atenção e o acesso aos serviços de saúde;
- 6) Atividades grupais com as mulheres promove conhecimentos;
- 7) Compreensão, Linguagem, Idioma e Comunicação limitada como uma barreira para atenção à saúde das mulheres refugiadas em situação de violência;

- 8) Conflitos culturais dos profissionais da saúde implicam na prática da atenção às mulheres refugiadas em situação de violência;
- 9) Crenças pessoais, visão de mundo e compreensão da violência e seus aspectos culturais;
- 10) Estereótipos, preconceitos e discriminação;
- 11) Experiências dos profissionais de apoio com outras organizações;
- 12) Falta de conhecimento dos profissionais acerca dos protocolos de atendimento e/ou sistemas/ instituições/ organizações de apoio que podem recorrer;
- 13) O conhecimento teórico dos profissionais de saúde e/ou o reconhecimento e consideração da cultura das mulheres promovem a atenção à saúde das mulheres refugiadas em situação de violência;
- 14) Os profissionais recebem apoio da instituição para adquirir conhecimento e habilidades culturais;
- 15) Os profissionais sentem dificuldades em promover cuidado e atendimento devido a barreiras socioculturais impostas pela família e/ou comunidade;
- 16) Percepções, expectativas e experiências de atendimento dos profissionais da saúde às mulheres refugiadas em situação de violência;
- 17) Percepções de conhecimento e formação profissional deficientes para abordar e prestar atendimento sobre a violência, com as mulheres refugiadas;
- 18) Sentimento pessoal de incapacidade e/ou medo de abordar questões relacionados a VCM em populações multiculturais.

Apresenta-se a seguir a meta agregação, bem como os resumos das categorias com suas respectivas descobertas nas tabelas 1 a 6. As descobertas de cada estudo e suas ilustrações são detalhadas no Apêndice H, e exemplos de ilustrações estão incluídas na discussão de cada uma das categorias abaixo. Destaca-se que, das 18 categorias, duas (6,14) não passaram pelo processo de meta agregação, visto que nestas foi atribuído apenas uma (01) descoberta em cada uma delas, sendo, portanto, apresentadas de modo descritivo ao final da apresentação das metas-agregações.

7.4.1 Síntese 1

EXPERIÊNCIA DOS PROFISSIONAIS COM A ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA E OUTRAS ORGANIZAÇÕES. Na experiência dos profissionais há desestruturação dos serviços e falta de recursos humanos, financeiros e estruturais das organizações que prestam assistência às mulheres, tanto nas instituições governamentais quanto não governamentais. Essa metassíntese foi derivada de **duas** categorias (1;11), totalizando 36 descobertas (Quadro 8).

Categoria1: A experiência dos profissionais de saúde com a organização do sistema implica na atenção à saúde das mulheres refugiadas em situação de violência.

Esta categoria agrupa descobertas que discutem a falta de informação do sistema; de espaço de abrigo; de recursos humanos, financeiros e estruturais disponíveis, e falta de serviços culturalmente competentes, implicando negativamente na atenção à saúde das mulheres refugiadas em situação de violência. A categoria também expressa a pressão sobre os profissionais para dar conta do tempo e número de pessoas atendidas nas instituições de saúde.

Finding⁵: Falta de serviços coordenados (U)

"One of the settlement workers sent this woman to the inappropriate person. She went there, then the person sent her to another person. At that place she didn't get the proper help, and she came to me. Oh my god! I felt so sorry for her. She has language problems, she is not young, she is scared, too, and her only child is not happy with her decision, and she is feeling guilty about disclosing abuse". (A15; p.74)

Finding: O grande fator medo - pressão para dar conta do tempo (U)

"You may have just spent 3 or 4 hours with the woman on that day and I really experience frustration trying to justify this time to management. . . the "bean counters" – they just don't get it." (A34; p.4)

Categoria 11: Experiências dos profissionais de apoio com outras organizações.

Esta categoria agrupa descobertas que discutem e evidenciam a falta de cooperação, coordenação, comunicação e trabalho em rede entre os serviços e organizações (governamentais e não governamentais) que atendem mulheres refugiadas em situação de violência.

⁵ Ou seja, a “descoberta”, que é seguida de uma ilustração (fala do participante)

Finding: Muitas pessoas envolvidas, mas com pouca coordenação (U)

"So they have a lot of people that interfere... sometimes you get different reports from various individuals about the same patients... Then you cannot really know what is what until you bring the patient here...". (A29, p.5)

Finding: Falta de comunicação e coordenação entre prestadores de serviços de diferentes sectores (U)

"Because we don't have funds to [help women affected by HBV] we're sort of trying to get other organizations to work with us. Sometimes we're relying on them to provide us [with] information. Sometimes they have their own mandate which conflicts with our mandate because they want to bring the family together and settle them in Canada; we want to protect the women, so there's that collision". (A30; p.142)

Quadro 8: Meta agregação 1.

FINDING	CATEGORIA	SÍNTESE
Tempo, eficiência, finanças (U)	<p>(1)</p> <p>A experiência dos profissionais de saúde com a organização do sistema implica na atenção à saúde das mulheres refugiadas em situação de violência</p>	<p>EXPERIÊNCIA DOS PROFISSIONAIS COM A ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA E OUTRAS ORGANIZAÇÕES</p>
Ausência de serviços culturalmente sensíveis (U)		
Falta de serviços coordenados (U)		
Disponibilidade – Barreiras (U)		
Eficácia – Barreiras (U)		
Contextos de Recepção – Barreiras (U)		
Gerir a saúde ou controlar a imigração? (U)		
Falta de espaços de abrigo para mulheres jovens que fogem da violência baseada na honra (U)		
Falta de serviços culturalmente sensíveis e adequados à idade nos abrigos (U)		
Papel e identidade social/profissional (U)		
Fatores comuns no nível da comunidade - Fontes formais de apoio (U)		
Barreiras encontradas pelo provedor (U)		
Prestação de Serviços - Outros Serviços Prestados (U)		
Participação das Organizações da Sociedade Civil (OSC) e das ONG locais - Incutir Esperança (U)		
Falhas do sistema – Status (U)		
O papel das parceiras e as condições de trabalho - Desafios profissionais (U)		
Continuidade do cuidado (U)		
Formas de superar barreiras - Cuidados baseados e liderados pela comunidade (U)		

Formas de superar barreiras -Humildade cultural e cuidado culturalmente competente (U)		
Fatores organizacionais que afetam a capacidade do prestador de serviços de apoiar sobreviventes - Financiamento insuficiente e a curto prazo (U)		
Fatores individuais que desafiam as respostas dos prestadores de serviços: Diversidade de sobreviventes de VSG e suas experiências (U)		
Serviços atuais e sugeridos - Desenvolvimento de um abrigo muçulmano (U)		
Barreiras à utilização do serviço - Capacidade dos serviços (U)		
Barreiras ao Recrutamento - Barreiras culturais (U)		
Barreiras ao Recrutamento -Barreiras relacionadas com organizações que atendem mulheres imigrantes (U)		
Necessidades especiais das mulheres asiáticas (U)		
Fazendo a pergunta - falta de apoio relacionado ao tempo de atendimento (U)		
O grande fator medo - pressão para dar conta do tempo (U)		
Falta de serviços linguisticamente e culturalmente adequados (U)		
FINDINGS	CATEGORIA	
Muitas pessoas envolvidas, mas com pouca coordenação (U)		
Falta de comunicação e coordenação entre prestadores de serviços de diferentes setores (U)		
Participação das Organizações da Sociedade Civil (OSC) e das ONG locais - Prestação de Apoio Emocional (U)		
Fatores organizacionais que afetam a capacidade do prestador de serviços de apoiar sobreviventes - Colaboração, parcerias e encaminhamentos entre organizações (U)		
Serviços atuais e sugeridos - Colaboração e parceria (U)		
Experiências de Trabalhadores da SAWO Dando Apoio aos Sobreviventes - Contato inicial dos sobreviventes com a SAWO (U)		
	(11) Experiências dos profissionais de apoio com outras organizações	

Experiências de Trabalhadores da SAWO Dando Apoio aos Sobreviventes - Aliança Terapêutica (U)		
---	--	--

Elaboração: autora

7.4.2 Síntese 2

CONHECIMENTO DEFICIENTE DOS PROFISSIONAIS PARA PROMOVER ATENÇÃO E SUPORTE ÀS MULHERES REFUGIADAS, relacionados a ausência de treinamentos, ausência de habilidades para trabalhar com populações específicas para o qual prestam atendimento, bem como a falta de familiaridade com o sistema em rede de saúde para trabalhar com mulheres refugiadas em situação de violência. Essa metassíntese foi derivada de **duas** categorias (12;17), totalizando 12 descobertas (Quadro 9).

Categoria 12: Falta de conhecimento dos profissionais acerca dos protocolos de atendimento e/ou sistemas/ instituições/ organizações de apoio que podem recorrer.

Esta categoria agrupa descobertas que discutem a falta de habilidades dos profissionais com protocolos específicos e rede de apoio para dar suporte às mulheres refugiadas em situação de violência que os profissionais poderiam recorrer para ajudar as mulheres refugiadas.

Finding: Intérpretes de comunicação, de línguas e interculturais (U)

"There is a lack of knowledge [among health professionals] about how to call a translator or an intercultural interpreter. So sometimes they use phone services. In emergency situations, patients use internet translators [Google translator]". (A50; p.5-6)

Finding: Recursos que poderiam melhorar a triagem de VPI [Violência por parceiro íntimo] (U)

"I believe that what is lacking [is the knowledge] of the places where we can turn to". (A51; p.11)

Categoria 17: Percepções de conhecimento e formação profissional deficientes para abordar e prestar atendimento sobre a violência, com as mulheres refugiadas.

Esta categoria agrupa descobertas que discutem que os profissionais refletem e reconhecem que não possuem treinamento e habilidades culturais adequado e suficiente para trabalhar com as populações multiculturais que eles atendem.

Finding: Fazendo a pergunta - papel da parteira na investigação de violência (U)

“...the practical side of asking is really neglected. Even coming to work as a qualified midwife (CNM), this was lacking in our orientation. You’re just expected to know what to do by osmosis. .It’s one of those things that is just quietly ignored in a way”. (A34; p.4)

Finding: Cuidados iguais de saúde (U)

“It’s interesting because even myself I always think of these women as a final outcome, as women coming for health care, and as a health care professional, I say to myself: “Just be fair and provide equal care.” Now, you pushed me to think about this... What is equal care? Is it the same we give to everyone, but does not respect these women’s stories? Or is it a different type of care we are talking about? If this is it, truly, more than being guided by my intuition I really don’t know what to do because there are so many factors conflating that I really don’t know how to proceed”. (A36; p.6)

Quadro 9: Meta agregação 2.

FINDING	CATEGORIA	SÍNTESE
Falta de sensibilidade cultural dos profissionais para atender mulheres imigrantes agredidas (U)	(12) Falta de conhecimento dos profissionais acerca dos protocolos de atendimento e/ou dos sistemas/ instituições/ organizações de apoio que podem recorrer	CONHECIMENTO DEFICIENTES DOS PROFISSIONAIS PARA PROMOVER ATENÇÃO E SUPORTE ÀS MULHERES REFUGIADAS
Intérpretes de comunicação, de línguas e interculturais (U)		
Recursos que poderiam melhorar a triagem de VPI (U)		
FINDING	CATEGORIA	
Inconsistências nas regras e práticas - Nova atribuição, mas falta de treinamento e recursos (U)	(17) Percepções de conhecimento e formação profissional deficientes para abordar e prestar atendimento sobre a violência, com as mulheres refugiadas	
Pouca ou nenhuma conscientização sobre a violência baseada na honra entre os provedores de serviços (U)		
Habilidades (U)		
Formas de superar barreiras - Mais divulgação de saúde liderada e centrada na comunidade (U)		
Serviços atuais e sugeridos - Práticas e educação culturalmente informadas (U)		
Fazendo a pergunta - papel da parteira na investigação de violência (U)		
O grande fator medo - ausência de formação e qualificação (U)		
Cuidados iguais de saúde (U)		
Conhecimento das parteiras sobre VPI (U)		

Elaboração: autora

7.4.3 Síntese 3

AS HABILIDADES CULTURAIS DOS PROFISSIONAIS PROMOVEM ATENÇÃO À SAÚDE. O desejo de obter conhecimento cultural, de ajudar as mulheres e as habilidades culturais adquiridas facilitam o acesso, a atenção em saúde e o vínculo das mulheres refugiadas com os profissionais e com os serviços. Essa metassíntese foi derivada de **três** categorias (4;5;13), totalizando 43 descobertas (Quadro 10).

Categoria 4: As habilidades culturais dos profissionais de saúde promovem o vínculo com as mulheres refugiadas em situação de violência

Esta categoria agrupa descobertas que discutem acerca das habilidades culturais reconhecidas pelos profissionais, as quais viabilizam relacionamento e vínculo com as mulheres refugiadas para as quais dispõem atendimento.

Finding: Relações Enfermeiras/ Parteiras-Mulheres Somalis (U)

"It is not easy to build a good relationship with a person who does not speak your language, does not know you, who has been traumatised by civil war, been abused sexually, does not trust anybody and feels like living in a different world. At the first meeting, Somali women are interested in discussing personal problems, and they are interested in discussing contraception. In order to come closer to them, to build up a relationship with them, you need to listen to them telling their histories, starting from the civil war and its consequences on families and women to the Somalis' difficulties to be integrated in Finland. To build up a good relationship with Somali women, do not ever start talking about contraception or their religion (Islam) to them until they are the first to talk about those things" (A24; p.335)

Finding: Experiências dos prestadores e as abordagens para a avaliação de riscos - Construindo Relacionamentos (U)

"We have to build trust. Building trust has to do with knowing how you're going to approach your [client]. The cultural piece has to be handled very delicately because we want to make sure that they can trust us to come back. If we're gonna approach that issue [of IPV], then we have to start slowly, so maybe they can disclose the third or fourth visit". (A55; p.57)

Categoria 5: As habilidades culturais e o desejo de ajudar dos profissionais de saúde facilitam a atenção e o acesso aos serviços de saúde

Esta categoria agrupa descobertas que discutem que as habilidades e o conhecimento cultural, bem como o desejo pessoal de ajudar as mulheres refugiadas em situação de violência facilitam a atenção em saúde e o acesso aos serviços.

Finding: Acessibilidade - Facilitadores (U)

"We help any woman at risk of social exclusion, irrespective of whether she has papers or not, whether she's from Spain or elsewhere. / . . / We don't even ask if she's registered with her local council, or where she lives, none of that. Any woman who's at risk, who's in a situation that means she needs help, must be helped". (A27; p.3000)

Finding: Reinfibulação (U)

"We have many women from the Sudan, Somalia, and Ethiopia who come to us for care. We always ask about what they want us to do after the delivery. There was only one woman who wanted her labia to remain open. The other 30 women I've delivered wanted the labia closed as before. We always do the repair as requested." (A17; p.49)

Categoria 13: O conhecimento teórico dos profissionais de saúde e/ou o reconhecimento e consideração da cultura das mulheres promovem a atenção à saúde das mulheres refugiadas em situação de violência

Esta categoria agrupa descobertas que discutem que os profissionais buscam conhecimento teórico de acordo com a cultura dos seus pacientes, bem como reconhecem e consideram as questões culturais ao dispender o tratamento às mulheres refugiadas

Finding: Mobilizar a cultura nas estratégias de intervenção - Usando tropos culturais como ferramentas (U)

"I can use spirituality as a way of explaining healing... Most ethnic religions believe in karma, so you can talk about the actions coming back to you... So sometimes I can focus on that . . . if you hit, it is bad karma and it will follow you..." (A37; p.1393)

Finding: Conhecimentos e competências de intervenção (U)

"Initially, I thought that I don't need to be taught about my own community. But I slowly began to understand that the fact that I'm Ethiopian doesn't make me an expert about Ethiopian culture—just as someone who's Israeli isn't necessarily an expert on Israeli culture... I learned a lot about the Ethiopian community and how to work with them. In particular, I learned how to work with Ethiopian men in a certain way in a one-to-one setting, and how to work with them in another way in a group setting..." (A16; p.2495)

Finding: Responsabilidade (U)

"This woman's life experience and the magnitude of her losses are totally outside my frame of reference. How can I take good care of her? What might I miss? I'm going to need to learn a lot more about her culture in order to provide the comprehensive primary care she deserves". While proceeding with the history-taking, the CNM carefully, but sensitively, seeks clues about Sokha's health needs (A3; p.502)

Quadro 10: Meta agregação 3.

FINDING	CATEGORIA	SÍNTESE
Relações conjugais antes da imigração para Israel (C)	<p style="text-align: center;">(4)</p> <p>As habilidades culturais dos profissionais de saúde promovem o vínculo com as mulheres refugiadas em situação de violência</p>	
Relações Enfermeiras/ Parteiras-Mulheres Somalis (U)		
Abordando a violência no encontro de cuidado - Estabelecendo relacionamentos de confiança (U)		
Confiança nos sistemas jurídicos e de saúde (U)		
Experiências dos prestadores e as abordagens para a avaliação de riscos - Construindo Relacionamentos (U)		
A falta de confidencialidade compromete os serviços árabe-americanos, enquanto a intrusão da comunidade põe em perigo o trabalho positivo dos provedores árabe-americanos (U)		
FINDING	CATEGORIA	<p style="text-align: center;">AS HABILIDADES CULTURAIS DOS PROFISSIONAIS PROMOVEM ATENÇÃO À SAÚDE.</p>
Conformidade (C)	<p style="text-align: center;">(5)</p> <p>As habilidades culturais e o desejo de ajudar dos profissionais de saúde facilitam a atenção e o acesso aos serviços de saúde</p>	
Violência doméstica e serviços relacionados que parecem ser mais competentes culturalmente (U)		
Reinfibulação (U)		
Prática obstétrica (U)		
Visão geral da controvérsia(U)		
Disponibilidade – Facilitadores (U)		
Acessibilidade – Facilitadores (U)		
Aceitabilidade – Facilitadores (U)		
Eficácia- Facilitadores (U)		
Abordando a violência no encontro de cuidado - Veja a singularidade de cada mulher (U)		
Identificar a violência em toda a diversidade - Enfrentando diferentes visões e espectros de violência (U)		
Gerenciando o cuidado obstétrico de mulheres circuncidadas (U)		
Construindo concordância cultural (U)		
Desafio de entender o mundo um do outro (U)		
Tratamento para Trauma (U)		
Falhas do sistema (U)		
Ser capaz de transmitir e receber informações - A importância do relacionamento (U)		
Barreiras ao rastreio de rotina (U)		

A abordagem do provedor é tão importante quanto a ferramenta de triagem (U)		
Serviços atuais e sugeridos - Prevenção e identificação precoce (U)		
Crenças e atitudes do próprio provedor de serviços em relação ao FGC - Esforços para dar sentido ao FGC (U)		
Construir uma relação de confiança (U)		
Reações dos Prestadores de Serviços Sobre a Experiência FGC dos Clientes - Desejo de educar seus clientes (U)		
Perfil da violência familiar étnica - Prazos mais longos (U)		
Ser capaz de transmitir e receber informações - Origens variadas (U)		
FINDING	CATEGORIA	
Responsabilidade (U)		
Desenvolver uma parceria sustentada entre o prestador de cuidados de saúde individual e o cliente (U)		
Dificuldade de Acesso a Serviços de Saúde Mental: A Influência das Crenças e Práticas Espirituais (U)		
Conhecimentos e competências de intervenção (U)		
Mudanças de atitudes em relação à violência doméstica contra as mulheres (U)		
Percepções do provedor sobre os fatores que contribuem para experiências positivas (U)		
A Lógica dos Médicos (U)		
Herança Cultural – Gênero (U)		
Mobilizar a cultura nas estratégias de intervenção - Usando tropos culturais como ferramentas (U)		
Fatores organizacionais que afetam a capacidade do prestador de serviços de apoiar sobreviventes - Divulgação e consulta significativas da comunidade (U)		
Questões culturais (U)		
Formas de superar barreiras -Desafie as normas sociais/culturais de maneira apropriada (U)		
	(13) O conhecimento teórico dos profissionais de saúde e/ou o reconhecimento e consideração da cultura das mulheres promovem a atenção à saúde das mulheres refugiadas em situação de violência	

Elaboração: autora

7.4.4 Síntese 4

SENTIMENTOS E CRENÇAS DOS PROFISSIONAIS ENVOLVEM O ATENDIMENTO DISPENDIDO ÀS MULHERES REFUGIADAS. Sentimentos, crenças e compreensão acerca dos aspectos culturais que envolvem a violência contra as mulheres refugiadas implicam nas experiências e expectativas da atenção à saúde dessas mulheres. Essa metassíntese foi derivada de **três** categorias (3;9;18), totalizando 27 descobertas (Quadro 11).

Categoria 3: A história de vida das mulheres refugiadas em situação de violência choca/sensibiliza os profissionais.

Esta categoria agrupa descobertas que discutem acerca dos sentimentos dos profissionais ao dispender atendimento, uma vez que os mesmos sentem-se emocionalmente sensibilizados e chocados com as histórias de vida das mulheres refugiadas, permeadas pela violência e trauma.

Finding: Crenças religiosas (U)

"In one case, she shocked me when she mentioned Islam abuses women. I said, "In what way?". She said, "Yeah, God said woman was created from rib, Adam's rib, Eve was created from Adam's rib so basically she is not a full person". I said, "But she is a person". She said, "In the Qur'an, God speaks to a man that he put them in power and he created us women as weak". I said, "How you do you interpret that into accepting the abuse as okay? I understand a woman is created biologically and psychologically different than men, but why are you blaming God and religion? And did you read the Qur'an yourself?" She said "no", [so I said,] "So, where did your education about the religion come from?" She said, "From my father and the religious school". (A38; p.67)

Finding: Sustentando a competência cultural (U)

"I can feel the pain quite intensively sometimes. I can feel pain. There's been lots of times where I just left that counselling room and I've gone to the toilets and cried... So I try to put them on my case notes and I leave it behind because the stories we hear are really horrible ... So yes, there is quite a lot of heaviness that we carry and being aware again of how it impacts on you is - is really my duty to take care of myself". (A39; p.8)

Categoria 9: Crenças pessoais, visão de mundo e compreensão da violência e seus aspectos culturais.

Esta categoria agrupa descobertas que discutem as crenças e visões pessoais dos profissionais acerca da violência contra a mulher, bem como as questões culturais que envolvem o atendimento a grupos étnicos.

Finding: Violência contra a mulher como prática universal (U)

"I am not judging any form of violence because I think violence is violence and must be condemned in all forms... {...} a murder is a murder, right? Sexual assault is a sexual assault under the criminal code... Is it any different in South Asian communities than it is in mainstream communities or in other communities? The notion of control and power in that context is still applicable". (A42; p.806)

Finding: Crenças e atitudes do próprio provedor de serviços em relação ao FGC [mutilação genital feminina] - Conciliando contextos culturais do FGC com as próprias visões pessoais dos provedores (U)

"I think it's really important to manage my own cultural context, because I think that as an American, the mentality about it is that obviously it's a violation against human rights and so forth. So, I think it's easy to see it as this evil thing that's being done, without considering how that might affect how people talk about it to you or whether they even report it – even if it wasn't a negative experience for them, that they might be embarrassed to talk about it if they feel like you have negative opinions about it". (A56; p.15)

Categoria 18: Sentimento pessoal de incapacidade e/ou medo de abordar questões relacionadas a violência contra a mulher em populações multiculturais.

Esta categoria agrupa descobertas que discutem que os profissionais verbalizam que não se sentem capacitados e preparados para abordar o assunto da violência nos atendimentos às mulheres refugiadas.

Finding: O grande fator medo - medo para perguntar sobre VPI [violência por parceiro íntimo] e sentimento de responsabilidade (U)

"We are potentially opening this can of worms here; I'm asking a woman some really difficult questions, what on earth will I do with the answers? If I can't do anything then I should not be asking, and if I'm not ready to deal with some pretty nasty disclosures then I shouldn't ask". (A34; p.4)

Finding: A experiência dos sul-asiáticos na Inglaterra (C)

"It doesn't feel right for me to interfere in problems I don't fully understand. I've always believed that it's probably best for someone else in the family to know. They are better connected with people that can actually help the woman. It's been hard to know when I should mention something, and to whom, but usually if I don't tell a family member, I don't know what else to do. Their situations are much more complicated. I will admit that white women are easier to serve than Asian women. They lack a certain . . . cultural baggage that I just do not know how to handle". (A7; p.426).

Quadro 11: Meta agregação 4.

FINDING	CATEGORIA	SÍNTESE
As vozes das mulheres britânicas do sul da Ásia (U)	<p style="text-align: center;">(3)</p> <p>A história de vida das mulheres refugiadas em situação de violência choca/sensibiliza os profissionais</p>	
Explorando questões obstétricas apresentadas por mulheres circuncidadas (U)		
Crenças religiosas (U)		
Sustentando a competência cultural (U)		
Somos tão vulneráveis: não há ferramentas para lidar com essa violência (U)		
Vivendo com consequências duradouras da VPI (U)		
Compreensão do Trauma e Impacto no Serviço (U)		
Questões de Gênero - Necessidade de serviços especializados informados sobre o gênero (U)		
O papel das parteiras e as condições de trabalho - Reflexões e desenvolvimento (U)		
Reações dos Prestadores de Serviços Sobre a Experiência FGC dos Clientes - Processamento Paralelo das Experiências de FGC Relatadas pelos Clientes (U)		
FINDING		
Crenças sobre consequências (U)	<p style="text-align: center;">(9)</p> <p>Crenças pessoais, visão de mundo e compreensão da violência e seus aspectos culturais</p>	SENTIMENTOS E CRENÇAS DOS PROFISSIONAIS ENVOLVEM O ATENDIMENTO DISPENDIDO ÀS MULHERES REFUGIADAS
Ser culturalmente competente (U)		
Forças estruturais e sistemas interligados de opressão (U)		
A violência como questão comunitária (U)		
Compreensões situadas da violência contra a mulher e da cultura-como-significação: Integrando universalismo, violência estrutural, e comunidade na prestação de serviços e advocacia (U)		
Questões de Gênero - Falta de compreensão de gênero (U)		
Fatores organizacionais que afetam a capacidade do prestador de serviços de apoiar sobreviventes - Fornecer caminhos diversificados e não relacionados à violência para a divulgação de VSG (U)		
Reações dos Prestadores de Serviços Sobre a Experiência FGC dos Clientes - Ênfase em manter uma atitude de não-julgamento e mente aberta (U)		
Crenças e atitudes do próprio provedor de serviços em relação ao FGC - Conciliando		

contextos culturais do FGC com as próprias visões pessoais dos provedores (U)		
Crenças e atitudes do próprio provedor de serviços em relação ao FGC - Entendimentos tendenciosos do FGC (U)		
Intervenção (C)		
Violência contra a mulher como prática universal (U)		
FINDING	CATEGORIA	
A experiência dos sul-asiáticos na Inglaterra (C)	(18) Sentimento pessoal de incapacidade e/ou medo de abordar questões relacionados a VCM em populações multiculturais	
Assistência ao parto norueguesa e cuidados para mulheres infibuladas (U)		
Crenças sobre capacidades (U)		
O grande fator medo - medo para perguntar sobre VPI e sentido de responsabilidade (U)		
Fazendo a pergunta - perguntas sensíveis (U)		

Elaboração: autora

7.4.5 Síntese 5

PERCEPÇÕES, EXPECTATIVAS E EXPERIÊNCIAS DOS PROFISSIONAIS RELACIONADOS AS QUESTÕES CULTURAIS DAS MULHERES. Os profissionais possuem percepções e expectativas de atendimento às mulheres, relacionadas às suas questões culturais e experiências desafiadoras. Essa metassíntese foi derivada de **duas** categorias (15;16), totalizando 44 descobertas (Quadro 12).

Categoria 15: Os profissionais sentem dificuldades em promover cuidado e atendimento devido a barreiras socioculturais impostas pela família e/ou comunidade.

Esta categoria agrupa descobertas que discutem acerca das dificuldades dos profissionais em promover cuidado e apoio às mulheres refugiadas em situação de violência devido às normas culturais da família e/ou comunidade a que a mulher pertence, e também ao medo delas em sofrer estigma e ostracismo da sua família e comunidade.

Finding: Fatores de nível comunitário que afetam a prestação de serviços de VSG [violência sexual e de gênero]: vergonha, estigma e julgamento da comunidade (U)

"I tried here to intervene, to put a safety plan, or to put limits for the partner, and to raise their awareness that these things are not accepted. But usually the wives didn't allow me to intervene, because they felt like they were going to lose their family, lose their husband and lose their

children if they disclose this information, and their husband would know that they disclose these issues, because they are keeping them secret, and they are struggling with these issues in silence". (A54; p.6)

Finding: As normas culturais para a honra familiar versus a vergonha forçam as vítimas de abuso a esconder e /ou aceitar o abuso e rejeitar a alternativa para o divórcio (U)

"I know that the problems that we've had with the community is the culture, the situation back in Iraq such that if a woman was in a domestic violence situation, tried to go to her family, her family would say, you belong to your husband, you go back". (A18; p.733)

Finding: Crenças e costumes patriarcais (U)

"The term [IPV] itself is new in their culture. Some understand that hitting is not acceptable and that it is considered abuse. Emotional abuse, financial abuse, those different kinds of abuse is not in the dictionary. She does not recognize it as abuse. Even rape within the marital relationship is not seen as abuse. If the husband is doing it, that's ok". (A38; p.64)

Categoria 16: Percepções, expectativas e experiências de atendimento dos profissionais da saúde às mulheres refugiadas em situação de violência.

Esta categoria agrupa descobertas que discutem as experiências de atendimento dos profissionais e os desafios atrelados, bem como as expectativas e atitudes tomadas frente às situações de violência contra mulheres refugiadas.

Finding: Percepções dos profissionais de saúde sobre os desafios no cuidado às mulheres refugiadas (U)

"...there are associated factors that may facilitate or complicate your job, such as how well you master the language, how well-educated you are, or even, how familiar you are with the implicit, tacit, and invisible social rules..." (A36; p.4)

Finding: Perfil da violência familiar étnica - Medo da autoridade e sistemas complexos (U)

"I use the Refuge safety plan... they don't have the same friend/family support so there is not always a lot of options...we ask who can they call . . . sometimes they have no one . . . sometimes they name one of our volunteers... we don't have a 24-hour service... we try explain about ringing 111 or the Police . . . what will happen if they call them . . . even ringing 111 they have no interpreter... the Police will take an interpreter if they know that one is needed, but that is not always the case especially if the first call has been misunderstood....so we have to teach them how to use that service..." (A37; p.1392)

Quadro 12: Meta agregação 5.

FINDING	CATEGORIA	SÍNTESE
Conceitualização (C)	(15)	

Dificuldade de Acesso a Serviços de Saúde Mental: Estigma Cultural e Social (U)	Os profissionais sentem dificuldades em promover cuidado e atendimento às mulheres refugiadas devido às barreiras socioculturais impostas pela família e/ou comunidade	PERCEPÇÕES, EXPECTATIVAS E EXPERIÊNCIAS DOS PROFISSIONAIS RELACIONADOS AS QUESTÕES CULTURAIS DAS MULHERES
A cultura como fonte de dificuldades com o planejamento familiar para as mulheres imigrantes (U)		
Parteiras rurais perceberam dificuldades de acesso e uso de serviços de pré-natal e pós-parto entre mulheres imigrantes (U)		
Protótipos culturais de mulheres afetadas pela violência por parceiro íntimo (U)		
Estigma do HIV com viés de gênero (U)		
Normas e expectativas culturais discriminatórias de gênero (U)		
Perfil da violência familiar étnica - Silêncio e estigma (U)		
Imigração - Comportamento abusivo relacionado à imigração (U)		
Cultura Coletivista e Autoritária (U)		
Honra e Vergonha (U)		
Karama (dignidade) - Recusando ajuda (U)		
Demandas - Incongruência com o próprio sistema de valores (U)		
Fatores de nível comunitário que afetam a prestação de serviços de VSG: vergonha, estigma e julgamento da comunidade (U)		
Avaliando o risco quando as for (U)ças obrigam as mulheres a permanecer (U)		
Barreiras à utilização do serviço - Sensibilização das mulheres para os serviços (U)		
Experiências Recebendo Ajuda de Fontes Informais (U)		
Condicionais estruturais e culturais - Constrangimentos culturais (U)		
As normas culturais para a honra familiar versus a vergonha forçam as vítimas de abuso a esconder e /ou aceitar o abuso e rejeitar a alternativa para o divórcio (U)		
Crenças e costumes patriarcais (U)		
Imigração - Parentalidade transcultural (U)		
Barreiras contextuais e culturais sobre a violência que interferem na resposta dos serviços de saúde (U)		
FINDING	CATEGORIA	
Políticas conflitantes - Necessidades individuais ou da população? (C)	(16)	

Percepções dos profissionais de saúde sobre os desafios no cuidado às mulheres refugiadas (U)	Percepções, expectativas e experiências de atendimento dos profissionais da saúde à mulheres refugiadas em situação de violência	
Perfil da violência familiar étnica - Medo da autoridade e sistemas complexos (U)		
Combater as barreiras linguísticas (U)		
Confiança, isolamento (U)		
Expectativas dos médicos (U)		
Entendendo os problemas de saúde para mulheres que vivem com circuncisão (U)		
"Eu só quero que eles me ajudem" (U)		
Demandas - Exposição ao conteúdo / sintomas do trauma (C)		
Formas de superar barreiras -Desafie as normas sociais/culturais de maneira apropriada (U)		
Experiências dos prestadores e as abordagens para a avaliação de riscos - Abordagem Conversacional (U)		
Experiências dos prestadores e as abordagens para a avaliação de riscos - Avaliação de Riscos como Educação e Intervenção (U)		
Facilitadores de Recrutamento - Aproximar participantes por meio de organizações de DV (U)		
A invisibilidade da violência: as meninas desaparecem (U)		
Trabalho em equipe (U)		
Esforços, conscientização, soluções possíveis (C)		
Barreiras Culturais: Aceitação da Violência Doméstica (U)		
Barreiras para procurar ajuda - Falta de Conscientização sobre VPI/DV e Serviços Disponíveis (U)		
Interação dos Prestadores de Serviços com a Sociedade Maior em Relação ao FGC (U)		
Identificar a violência em toda a diversidade - Encontrar formas adequadas de perguntar (U)		
Acessibilidade – Barreiras (U)		
Fatores comuns de risco e proteção da VPI/HPI em diferentes níveis - Leis e Regulamentos nos Estados Unidos (U)		

Elaboração: autora

7.4.6 Síntese 6

FALTA DE HABILIDADES E SENSIBILIDADE CULTURAL LIMITAM A ATENÇÃO À SAÚDE E SE TORNAM BARREIRAS NO ATENDIMENTO. Os profissionais demonstram atitudes preconceituosas e de falta de habilidades culturais no atendimento às mulheres refugiadas, erguendo-se barreiras ao acesso e vínculo das mulheres com os profissionais e serviços. Essa metassíntese foi derivada de **quatro** categorias (2;7;8;10), totalizando 55 descobertas (Quadro 13).

Categoria 2 -A falta de habilidades culturais dos profissionais de saúde dificulta o vínculo e/ou a continuidade da atenção à saúde das mulheres refugiadas em situação de violência.

Esta categoria agrupa descobertas que discutem a falta de disposição dos profissionais para conhecer a cultura da população a quem dispense atendimento, bem como falta de habilidades para trabalhar com populações multiculturais e falta de sensibilidade cultural, dificultando a atenção em saúde das mulheres refugiadas em situações de violência.

Finding: Acesso ao sistema de saúde (U)

“During the first meeting, the cultural barrier appears to be the most difficult to overcome. The provider has very little knowledge about the Cambodian way of life. Without solid information on which to base assessments, interpretations may be skewed by one's own cultural understandings and biases. Moreover, it is not immediately apparent whether Sohka has assimilated and adopted American health beliefs, perspectives, and practices or retains traditional approaches. These factors may all act as barriers, despite the provider's desire to provide high-quality health care to Sohka and her Family”. (A3; p.502)

Finding: Cesáreas (U)

“Even in cases in which infibulated women expressed extreme fear of childbirth, it seemed that health care workers tended to forget the general knowledge they had to handle such situations, as expressed by a Somali midwife: “But why did I never think of this? Somali women are often traumatized, and we have specialized training in dealing with traumatized women and fear of childbirth. I just never thought of it, that this knowledge could be applied to Somali women”. (A9; p.535)

Categoria 7 - Compreensão, Linguagem, Idioma e Comunicação limitada como uma barreira para atenção à saúde das mulheres refugiadas em situação de violência.

Esta categoria agrupa descobertas que discutem as dificuldades de comunicação relacionadas ao idioma e aos intérpretes culturais, implicando na dificuldade de estabelecer

relacionamento/vínculo e atenção em saúde. Ainda, esta categoria discute acerca das dificuldades dos profissionais de entender os significados usados nas falas alegóricas (gírias culturais) das mulheres refugiadas.

Finding: Serviços de saúde impostos (U)

"We had to bring a woman in for an emergency operation. I felt like I was raping her, terrible, violating, crossing a line, forced to use some kind of catheter without being able to explain her the why and wherefore". (A43; p.2206)

Finding: Necessidades linguísticas (U)

"Some of the interpreters that are available may not be sympathetic to the issues and may try to twist her words around...I know some of the interpreters that are just out there in the community are completely oblivious to the issues of domestic violence and they don't know how to interpret and then they feel like, 'Well I better help the person', and they won't interpret what you're trying to say to the woman. They'll just say it in other ways. And again, most of the interpreters out there are males". (A2; p.268)

Categoria 8 - Conflitos culturais dos profissionais da saúde implicam na prática da atenção às mulheres refugiadas em situação de violência.

Esta categoria agrupa descobertas que discutem que os profissionais não reconhecem (validam) a cultura, e/ou não concordam com as práticas culturais impostas ou realizadas pelas mulheres ou sua comunidade. Apresenta ainda os dilemas éticos dos profissionais em relação às práticas culturais, implicando na desassistência às mulheres.

Finding: Crenças socioculturais (U)

"But now, when it comes to sociocultural issues it's really hard for them because in addition to not having the language and feeling isolated, the only way you have to be emotionally linked to your family is by means of your rituals, your traditions, your beliefs. And for different reasons, usually genuine reasons, we have a hard time to respect them. The more typical ones are the need of the placenta to be planted, burnt, or eaten depending on different rituals; and the request of having just female staff around them. And we cannot please them with these requests because of the law and regulations: First, here in Quebec, all sample materials extracted are saved here at the hospital for safety reasons, so you may like it or not, we cannot give you the placenta; second, because of gender equity and because this is a teaching hospital, you will be appropriately served, but by whoever is available". (A36; p.5)

Finding: Comunicação (U)

"(. . .) I thought, well, after the delivery, when she had those tears, I thought 'well what happens if I suture it as I think it's supposed to be, will I have all her relatives coming after me then'

[laughs]. But I came to the conclusion that I couldn't do it any other way. I can't make a cultural decision as a doctor, I have to make medical decisions, and the only right decision is to suture it as I had been taught – which I told them [the family]”. (A20; p.556)

Finding: A interpretação dos médicos americanos sobre a “sensibilidade cultural” (U)

“No, I do not understand the culture. But is that my job?’ ... I think that one problem with this whole cultural sensitivity movement is that it can make a doc feel as though he’s useless because he’s not Latino, or Asian, or whatever. It places you in an awkward position. You’re expected to ‘understand’, whatever that means, but then you’re also told that you never will because of your own difference in background”. (A7; p. 424).

Categoria 10- Estereótipos, preconceitos e discriminação.

Esta categoria agrupa descobertas que discutem que os profissionais de saúde demonstram atitudes preconceituosas, estereotipadas e xenofóbicas em relação aos grupos multiculturais.

Finding: Preconceitos dos profissionais da saúde (U)

“Black people are always late, Latinos are not able to be responsible, and you keep on going... So picture this: a woman comes here, speaks no English or French, has her other two kids around her because she’s not yet working so they don’t go to daycare and her husband is working... So she’s not a priority because if she gets the care, who is going to take care of the kids? Just practical issues, you know.... I frequently ask myself whether these prejudices are going to stop... We tried education; we trained some of our professionals on multicultural issues... Well, it minimised the negative impact, but it is still there. If there is a clue coming out from this study, I would like to know what is it, if there is anything else we can do, that would be helpful to know”. (A36; p.5-6)

Finding: Eles e nós (U)

One participant commented that it should not be ‘them versus us’ but indeed this negative comparison is a theme that comes through the language used to refer to Irish women ‘versus’ ethnic minority women. ‘But you see some partners are getting very angry because our own nationality, our own people have to wait in line, they go for their appointments and these people just float in the door ...’. (A4; p.268)

Quadro 13: Meta agregação 6.

FINDING	CATEGORIA	SÍNTESE
Acesso ao sistema de saúde (U)	<p style="text-align: center;">(2)</p> <p>A falta de habilidades culturais dos profissionais de saúde dificulta o vínculo e/ou a continuidade da atenção à saúde das mulheres refugiadas em situação de violência</p>	<p>FALTA DE HABILIDADES E SENSIBILIDADE CULTURAL LIMITAM A ATENÇÃO À SAÚDE E SE TORNAM BARREIRAS</p>
Entrega de Shukri (U)		
Cesáreas (U)		
A Relação Paciente-Parteira: Cuidado e Emoção (U)		
Dificuldade de Acesso a Serviços de Saúde Mental: Não familiaridade com a biomedicina ocidental (U)		
Conhecimento e utilização dos serviços (U)		
A continuidade inadequada dos serviços de prevenção e intervenção da violência doméstica conduz às barreiras mais problemáticas relacionadas com a prestação de serviços (U)		
Expectativas divergentes - Expectativas sobre interações com a saúde (U)		
Preocupações silenciosas – Tristeza (U)		
Política e prática (U)		
Expectativa de consciência cultural (U)		
Relações Médicos-Mulheres Somalis (U)		
Percepções dos médicos sobre as atitudes culturais das mulheres somalis em relação à saúde reprodutiva nas clínicas (U)		
Abordando a violência no encontro de cuidado - Alcançar a competência cultural (U)		
Visões discordantes sobre o rastreamento de saúde - Diferentes percepções e expectativas (U)		
Fatores de Risco e Proteção Culturalmente Específicos da VPI/HPI em Diferentes Níveis - Fatores culturalmente específicos no nível social (U)		
Fatores organizacionais que afetam a capacidade do prestador de serviços de apoiar sobreviventes - Emprego de trabalhadores bilíngues e biculturais qualificados e apoiados (U)		
Opiniões conflitantes no uso de serviços tradicionais e prestadores de serviços, como abrigos e intervenções policiais, limitam as oportunidades de intervenção em violência doméstica na comunidade árabe (U)		
FINDING	CATEGORIA	
Compreensão, linguagem e comunicação (U)		

Práticas de alteridade dos profissionais de saúde - Explicações racializante (U)	(7) Compreensão, Linguagem, Idioma e Comunicação limitada como uma barreira para atenção à saúde das mulheres refugiadas em situação de violência	
Dificuldade de Acesso a Serviços de Saúde Mental: Compreensão Cultural da Relação Prestador de Cuidados de Saúde-Cliente (U)		
Dificuldades de comunicação (U)		
Crenças discordantes sobre a saúde (U)		
Percepções do provedor sobre os fatores que contribuem para experiências negativas (U)		
Expectativa de linguagem (U)		
Identificar a violência em toda a diversidade - A linguagem compartilhada é uma chave (U)		
Barreiras linguísticas e a complexidade do trabalho com intérpretes (U)		
Imigração - Barreira linguística (U)		
Falha de comunicação (U)		
Serviços de saúde impostos (U)		
Demandas - Barreiras linguísticas (U)		
Necessidades linguísticas (U)		
Ser capaz de transmitir e receber informações -Problemas de comunicação (U)		
Experiências dos prestadores e as abordagens para a avaliação de riscos - Encontrando as palavras certas (U)		
FINDING	CATEGORIA	
Conflitos culturais na prática de enfermagem - equidade de gênero nos cuidados (U)	(8) Conflitos culturais dos profissionais da saúde implicam na prática da atenção às mulheres refugiadas em situação de violência	
Conflitos culturais na prática de enfermagem - reforço do patriarcado: contradição na prática (U)		
A interpretação dos médicos americanos sobre a “sensibilidade cultural” (U)		
Reinfibulação (U)		
Corte e costura na assistência ao parto (U)		
Dor no parto e seu manejo (U)		
Diferenças culturais (U)		
Comunicação (U)		
Crenças socioculturais (U)		
Conflitos culturais na prática de enfermagem - equidade e não igualdade (U)		
Conflitos culturais na prática de enfermagem - expectativas feministas de papéis com base no gênero (U)		
FINDING	CATEGORIA	
Presunções negativas, estereótipos (U)		

Práticas de alteridade dos profissionais de saúde - Explicações Essencializantes (U)	(10) Estereótipos, preconceitos e discriminação	
Práticas de alteridade dos profissionais de saúde - Explicações culturalistas (U)		
Eles e nós (U)		
Eles e nós – Racismo (U)		
Práticas discriminatórias e racistas (U)		
As vítimas são credíveis e os criminosos responsáveis? (U)		
Barreiras ao Acesso a Cuidados de Saúde Preventivos - Discriminação baseada em várias identidades (U)		
Barreiras à utilização do serviço - Marginalização (U)		
Preconceitos dos profissionais da saúde (U)		

Elaboração: autora

A seguir apresenta-se a descrição das duas categorias que não fizeram parte das meta-agregações:

Categoria 6: Atividades grupais com as mulheres promovem conhecimentos

A descoberta refere-se às atividades em grupo coordenadas pelos profissionais da saúde com mulheres refugiadas, sendo que estas promovem o conhecimento acerca dos aspectos da prevenção e quebra do ciclo da violência, bem como leis e órgãos de proteção no país de asilo.

Finding: Apoio e aconselhamento na Nova Sociedade - Uma ponte para apoiar e conscientizar sobre os direitos (U)

“...there I think, if we could get all our Somali women to step into our groups. I think we would do a lot of good there...because you should probably dare, you get a bigger opportunity to come into the Swedish society and know how it works. What laws we have here. And learn to know, that ‘this was not ok, this that I have been subjected to earlier. You don’t act in that way’”. (A28 - p. 7).

Categoria 14: Os profissionais recebem apoio da instituição para adquirir conhecimento e habilidades culturais.

A descoberta demonstra que o profissional relata que sua instituição apoia e incentiva a qualificação profissional com abordagem cultural.

Finding: Institucionalização da competência cultural (U)

"The organisation provides a lot of avenues for people to do professional development training if they want to... they really champion professional development... which really helps". (A39; p. 7)

7.5 AVALIANDO A CONFIANÇA NAS DESCOBERTAS – ABORDAGEM CONQUAL

Os resultados sintetizados finais foram classificados de acordo com a abordagem ConQual para estabelecer confiança na produção da síntese de pesquisa qualitativa e estão ilustrados no Quadro 14. Para chegar à pontuação do item “Confiabilidade”, calculou-se o quantitativo de respostas positivas (YES) nos itens Q2, Q3, Q4, Q6 e Q7 do instrumento padrão de avaliação, o Critical Appraisal.

Ressalta-se que nesta etapa a confiabilidade rebaixou 01 nível – de alto para moderado - em todas as meta- agregações, visto a fragilidade nos estudos quanto aos itens Q6 e Q7, ou seja, a grande maioria dos estudos não tinham nenhuma declaração sobre a localização do pesquisador e nenhum reconhecimento de sua influência na pesquisa. Para chegar à pontuação do item “Credibilidade”, considerou-se as descobertas com atribuições “inequívocas” (U) e “Credíveis” (C).

Quadro 14: Avaliando a confiança nas descobertas.

Sintetização das descobertas	Tipo de estudo	Confiabilidade	Credibilidade	Pontuação Conqual	Comentários
(1) Experiência dos profissionais com a organização do sistema e outras organizações	Qualitativo	Moderado (Rebaixamento 1 nível*)	Não rebaixamento	Moderado	<u>Confiabilidade:</u> 24/36 descobertas vieram de estudos com moderada confiabilidade, pois obtiveram 2/3 respostas “sim” para as questões relacionadas à adequação da condução da pesquisa. <u>Credibilidade:</u> Manteve o nível pois todas as 36 descobertas foram inequívocas.
(2) Conhecimento deficiente dos profissionais para promover atenção e suporte às mulheres refugiadas	Qualitativo	Moderado (Rebaixamento 1 nível*)	Não rebaixamento	Moderado	<u>Confiabilidade:</u> 9/12 descobertas vieram de estudos com moderada confiabilidade, pois obtiveram 2/3 respostas “sim” para as questões relacionadas à adequação da condução da pesquisa. <u>Credibilidade:</u> Manteve o nível pois todas as 12 descobertas foram inequívocas.
(3) O conhecimento e habilidades culturais dos profissionais promovem atenção à saúde	Misto	Moderado (Rebaixamento 1 nível*)	Rebaixamento 1 nível**	Baixo	<u>Confiabilidade:</u> 34/43 descobertas vieram de estudos com moderada confiabilidade, pois obtiveram 2/3 respostas “sim” para as questões relacionadas à adequação da condução da pesquisa. <u>Credibilidade:</u> Rebaixado para 1 nível devido à combinação de conclusões inequívocas (41U) e credíveis (2C).
(4) Sentimentos e crenças dos profissionais envolvem o atendimento dispendido às mulheres refugiadas	Qualitativo	Moderado (Rebaixamento 1 nível*)	Rebaixamento 1 nível**	Baixo	<u>Confiabilidade:</u> 21/27 descobertas vieram de estudos com moderada confiabilidade, pois obtiveram 2/3 respostas “sim” para as questões relacionadas à adequação da condução da pesquisa. <u>Credibilidade:</u> Rebaixado para 1 nível devido à combinação de conclusões inequívocas (25U) e credíveis (2C).
(5) Percepções, expectativas e experiências dos profissionais relacionados as questões culturais das mulheres	Misto	Moderado (Rebaixamento 1 nível*)	Rebaixamento 1 nível**	Baixo	<u>Confiabilidade:</u> 39/44 descobertas vieram de estudos com moderada confiabilidade, pois obtiveram 2/3 respostas “sim” para as questões relacionadas à adequação da condução da pesquisa. <u>Credibilidade:</u> Rebaixado para 1 nível devido à combinação de conclusões inequívocas (40U) e credíveis (4C).
(6) Falta de habilidades e sensibilidade cultural limitam a atenção à saúde e se tornam barreiras no atendimento	Misto	Moderado (Rebaixamento 1 nível*)	Não rebaixamento	Moderado	<u>Confiabilidade:</u> 37/55 descobertas vieram de estudos com moderada confiabilidade, pois obtiveram 2/3 respostas “sim” para as questões relacionadas à adequação da condução da pesquisa. <u>Credibilidade:</u> Manteve o nível pois todas as 55 descobertas foram inequívocas.

Legenda:

* Rebaixado 1 nível devido a problemas comuns de confiabilidade nos estudos primários incluídos (a maioria dos estudos não tinha nenhuma declaração sobre a localização do pesquisador e nenhum reconhecimento de sua influência na pesquisa).

** Rebaixado 1 nível devido a uma mistura de descobertas inequívocas e credíveis.

8 DISCUSSÃO

No que concerne à característica temporal dos estudos que compuseram o *corpus* deste estudo, o tema da Competência Cultural voltado para a população de mulheres refugiadas com experiências de violência entrecruzadas seguiu em uma crescente de produção desde 1995, alcançado seu ápice produtivo em 2022. O que demonstra que o tema vem ganhando visibilidade e preocupação no âmbito da saúde. Infere-se que isso pode estar relacionado ao crescente número de guerras e conflitos mundiais, obrigando populações inteiras de um país a migrar e se refugiar, e conseqüentemente, provocando uma grande mudança no padrão populacional e cultural. O que implica na necessidade de pensar e compreender como os serviços e profissionais da saúde vem atuando e se preparando para atender a essa nova demanda populacional que se desenha na seara social e de saúde.

Quanto ao número de produções por país/continente, identificou-se acentuada porcentagem de produções no continente Americano (Norte), seguido do continente Europeu. Entende-se que isto também se relaciona a esse fluxo migratório intenso, pois, conforme dados da ONU (2022), mais de 108,4 milhões de pessoas foram forçadas a abandonar suas casas somente em 2022. Destes, os Estados Unidos vem sendo o principal país de destino e refúgio, seguidos da Alemanha e Espanha (GLOBAL TRENDS, 2022), o que pode justificar as produções por continentes identificadas neste estudo.

A América do Sul, embora seja uma das principais rotas migratórias, principalmente da população advinda da Venezuela (GLOBAL TRENDS, 2022), apresentou uma porcentagem muito baixa de estudos no tema. A ausência de estudos científicos publicados no âmbito brasileiro também deflagra preocupação, visto que na última década o Brasil recebeu 348.067 solicitações protocoladas para reconhecimento da condição de refugiado, com maior pico em 2019, mostrando a importância do Brasil como polo migratório (CONARE, 2023). Ainda, em 2022, o Brasil recebeu solicitações de pessoas provenientes de 139 países, ampliando a miscigenação e diversidade cultural da população brasileira (CONARE, 2023). Esses dados, associados a ausência de estudos brasileiros identificados nesta revisão, aponta uma importante lacuna do conhecimento científico no contexto brasileiro quanto aos modelos de atendimento em saúde atuais e vigentes.

Dos estudos que utilizaram teorias para iluminar o objeto de pesquisa, observou-se maior engajamento com as teorias feministas, o que demonstra coerência e convergência com a investigação da violência contra mulheres que se refugiam, pois, o feminismo pode ser visto

como um Projeto de Conhecimento, problematizando análises categóricas e os entrecruzamentos dos marcadores sociais de diferenças para entender as violências que atingem esse grupo de mulheres, chamando a atenção para a inextricabilidade das identidades sociais dentro de um indivíduo, e refutando o gênero como elemento centralizador das experiências de violências (COLLINS, 2017; CRENSHAW, 2002). A vertente feminista coloca em pauta uma multiplicidade de questões que permeiam o ser no mundo das mulheres que migram, vistas a partir de uma perspectiva integrada e buscando evidenciar agenciamentos, diferenças e desigualdades que as situam no tecido social (BRAH, 2006; HAMANN et al., 2020).

Não compreende somente o somatório de operadores de dominação ou apenas o reconhecimento de sistemas opressivos, mas questiona a hierarquização destes eixos relacionados a sistemas assimétricos de saber-poder (POCAHY, 2012). Na esteira do pensamento e posicionamento feminista, compactua-se com esta vertente teórica, a qual a doutoranda vem dedicando-se ao seu estudo, buscando dar visibilidade às mulheres refugiadas na esfera do sujeito- cidadão (AYRES, 2012), como sujeitos de direitos, e que assim devem ser reconhecidas como tal por programas e políticas públicas de saúde, e em todos os segmentos sociais em que estiverem inseridas, e refutando análises de processos migratórios apenas pelo viés gênero, ou então sanitarista/securitivo/demográfico, sem considerar as complexidades inerentes ao refúgio.

Quanto às características dos participantes dos estudos primários, além dos profissionais da saúde, identificou-se profissionais atuantes em outras áreas do conhecimento, e ainda membros da sociedade como líderes comunitários e religiosos, atuando diretamente na assistência e enfrentamento às violências contra as mulheres refugiadas. O que entende-se ser muito positivo e permite inferir que a atuação do profissional da saúde não pode ser um trabalho isolado quando se busca um plano de segurança, uma rede de apoio e proteção e recursos para a mulher refugiada em situação de violência, mas pautar-se em trabalhos com viés multidisciplinar e intercomunitário. Para o profissional de saúde, é importante esta percepção e compreensão de que, além da saúde, outras áreas do conhecimento também são pontos de conexão do trabalho em rede, assim como membros-chave da comunidade para um trabalho coletivo na busca por soluções e enfrentamento às violências, atuando em estreita colaboração com demais profissionais e membros da comunidade.

Na verdade, no contexto brasileiro, essa interdisciplinaridade é prevista na Rede de Atendimento à mulher em situação de violência, a fim de contemplar todas as esferas de cuidado à mulher. A Rede atua (ou deveria atuar) de forma articulada entre as instituições/serviços

governamentais, não-governamentais e a comunidade, visando à ampliação e melhoria da qualidade do atendimento; à identificação e encaminhamento adequado das mulheres em situação de violência; e ao desenvolvimento de estratégias efetivas de prevenção (BRASIL, 2011). No entanto, é preciso compreender as particularidades que envolvem, tanto individual como coletivamente, as mulheres refugiadas, necessitando assim, de uma Rede de Atendimento e Proteção com algumas singularidades, dentre elas, a cultural.

Por exemplo, no caso das mulheres indígenas, para o preenchimento da ficha de notificação do SINAN, quando da ocorrência de situações de violência para esse grupo populacional, há uma ficha adicional de notificação (BRASIL, 2019), a fim de relatar os aspectos culturais que envolvem a mulher e a violência sofrida, o que possibilita traçar um perfil epidemiológico deste grupo. Essas singularidades não ocorrem para demais grupos específicos, como os refugiados. Tampouco as refugiadas são efetivamente contempladas na ficha padrão de notificação de violência. Da mesma forma, o preparo da Rede de Atendimento para atender populações multiculturais ainda é desconhecido, tornando-se um campo a ser explorado pelos pesquisadores.

Quanto aos participantes da área da saúde, observou-se predominância da área médica e enfermagem. Destes, observou-se ênfase nas pesquisas com profissionais atuantes na área da saúde da mulher, desde o planejamento familiar, assistência pré e pós natal, assistência ao parto e cuidados ginecológicos. Estas pesquisas forneceram uma visão geral das dificuldades relatadas pelos profissionais em abordar as questões de violência nos encontros de cuidado de saúde feminina, bem como das dificuldades de prestar cuidado às mulheres em situação de violência cultural provenientes do seu país de origem, como a mutilação genital feminina ou a violência baseada na honra, ambos já anunciados pela Organização Mundial da Saúde e organizações conjuntas (OMS, 2008) como crime grave e violação dos Direitos Humanos, mas ainda praticado em muitos países, por muitas culturas. Os assistentes sociais também tiveram a mesma porcentagem de participação nos estudos, o que é coerente com o importante trabalho que realizam junto às mulheres em situação de violência, e também a grupos multiculturais, configurando-se profissionais-chave no enfrentamento às violências.

Destaca-se para apenas dois estudos (A47; A50) que tiveram como participantes os representantes políticos e formuladores de políticas públicas, o que se entende que aqueles que estão à frente das tomadas de decisão políticas e sociais não estão sendo devidamente contemplados nas pesquisas, mostrando uma importante lacuna para os pesquisadores. Nesse lastro, salienta-se que podem existir diferentes barreiras à não adoção de políticas públicas

eficazes pelos gestores e governantes, desde a falta de capacidade técnica à falta de desejo político. Os resultados de um estudo (HJORT et al; 2021) realizado com 2.150 municípios brasileiros para medir a demanda e a resposta dos prefeitos às informações de pesquisa demonstraram que a falta de acesso às evidências científicas é uma barreira relevante na elaboração e implementação de políticas públicas. Ainda, o estudo demonstrou que **o acesso direto com gestores mostrou-se um instrumento eficaz para tornar as políticas públicas com base em evidências uma realidade em contexto brasileiro** (HJORT et al; 2021).

Desta forma, discute-se que as evidências científicas precisam ser produzidas também **com e para** os gestores e formuladores de políticas públicas, quando se busca evidenciar e modificar uma realidade já conhecida pela prática baseada em evidências. O economista John Maynard Keynes (1992) escreveu que “Não há nada que um governo odeie mais do que estar bem informado; pois torna o processo de tomada de decisões muito mais complicado e difícil”, referindo-se que a informação compele a um esforço raciocinativo e justificatório para tomarem suas decisões. Quanto mais informação, maior tende a ser esse esforço, pois, desde Sócrates, sabe-se que, quanto mais alguém acumula conhecimento, mais tem consciência da própria ignorância (PINHEIRO, 2020). Nesse sentido, reforça-se a importância do comprometimento e estreitamento das relações entre ciência e política, e discute-se que este é o caminho mais eficaz para transformar a saúde pública.

Em relação ao cenário do estudo, observou-se predominância dos centros de saúde urbanos, com percentual extremamente baixo de serviços em áreas rurais. Embora o maior contingente populacional esteja concentrado na área urbana, os contextos rurais de saúde e a população rural ainda é negligenciada nas pesquisas em saúde. Historicamente, a desigualdade de oferta e a acessibilidade geográfica das ações dirigidas às comunidades rurais ainda prevalecem, e a constituição dos serviços situam-se nas áreas urbanas, sendo seletivos para responder a determinada demanda (COSTA et al, 2017), como das mulheres refugiadas. E por isso é tão necessário dar visibilidade às essas mulheres que se reterritorializam na área rural.

Os serviços gerais de saúde, como hospitais e centros de cuidados primários foram os contextos mais pesquisados. Quanto aos serviços especializados em saúde, destacou-se aqueles voltados para o cuidado pré natal e de saúde da mulher, seguido dos centros de saúde mental e de cuidados especializados para violência doméstica. Quanto aos serviços de saúde da mulher, tiveram grande ênfase o atendimento às mulheres com mutilação genital feminina (MGF) e os cuidados obstétricos e de saúde decorrentes dessa violência. O que fica evidente os impactos e investimentos na saúde que precisam ser feitos em decorrência da violência, principalmente

porque a mutilação genital tem impactos a curto e longo prazo na saúde – física e mental (OMS, 2008), o que requer acompanhamento dessa mulher por toda a sua vida.

É importante lembrar que a MGF é uma prática baseada na discriminação de gênero, que viola os Direitos Humanos, Direitos Sexuais e Reprodutivos e a dignidade da pessoa humana; reforça e estimula o ciclo da pobreza; causa complicações físicas que podem afetar a mortalidade e morbidade infantil, bem como complicações na gravidez e no parto e na aquisição de HIV, hepatites e outras doenças (OMS, 2008). Além disso, ela vai contra os ODS no que diz respeito à igualdade de gênero e erradicação das violências.

O contexto da comunidade e das agências informais e redes comunitárias também foi evidenciado em vários estudos, elucidando como as comunidades se organizam nos serviços de saúde e em organizações informais para prestar apoio e assistência aos refugiados. A participação da comunidade mostrou-se fundamental para encontrar soluções duradouras para o enfrentamento às violências. Nesse sentido, salienta-se que reconhecer a necessidade de colaboração interdisciplinar e intercomunitária é primordial para encontrar soluções que abordem a complexidade da violência contra as mulheres refugiadas, levando em conta as especificidades culturais.

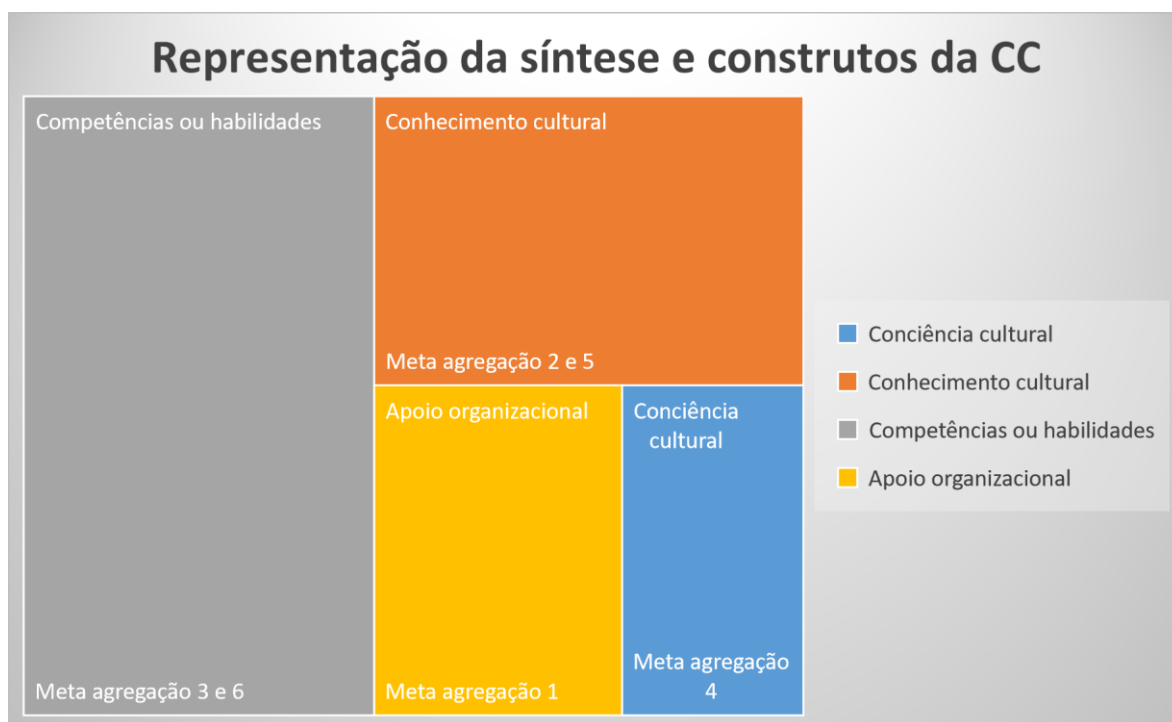
Embora sejam promulgadas respostas comunitárias coordenadas, elas são muitas vezes um esforço colaborativo de sistemas formais de prestadores de serviços, em oposição a organizações comunitárias e de base. Assim, torna-se fundamental encontrar formas de incorporar diversas perspectivas profissionais e aumentar a participação comunitária para encontrar soluções viáveis para a violência em diversas comunidades, além de estabelecer parcerias entre profissionais e comunidade para discutir as implicações da cultura, e poder criar intervenções mais fortes e mais eficazes (BENT-GOODLEY, 2007).

8.1 CONVERGÊNCIA TEÓRICA DA COMPETÊNCIA CULTURAL COM AS META-AGREGAÇÕES

Tendo em vista responder às perguntas específicas do estudo em tela, o conjunto de dados das seis meta-agregações são apresentados e debatidos quanto à sua convergência com os quatro construtos teóricos do Modelo de Competência Cultural (BALCAZAR, 2009). Assim, identificou-se que o construto da **Consciência Cultural** convergiu com a meta-agregação 04, agregando 27 descobertas; o **Apoio Organizacional** com a meta-agregação 01, agregando 36 descobertas; o **Conhecimento Cultural** convergiu com as metas-agregações 02 e 05,

agregando 56 descobertas; e a **Competência ou habilidades práticas culturais** convergiu com as metas-agregações 03 e 06, agregando 98 descobertas. A densidade desta convergência é representada na figura 4.

Figura 4: Representação da convergência teórica com as metas-agregações.



Os quatro construtos formam um conjunto necessário para alcançar a competência cultural. Logo, são indissociáveis e complementares. Entende-se neste estudo que, a competência cultural quando compreendida na sua totalidade (os quatro construtos interligados) ou alcançada, pode ser chamada de **inteligência cultural**, visto que o pensar e o agir culturalmente estarão alinhados. Assim, por vezes, o termo “inteligência cultural” será mencionado neste escrito, para referir-se ao alcance dos profissionais em tornar-se culturalmente competente. A seguir, apresenta-se a discussão inerente a cada construto e a convergência com meta-agregações específicas já descritas.

8.1.1 Consciência cultural

O construto da Consciência Cultural convergiu com a meta-agregação 4, a qual agregou evidências acerca dos sentimentos e crenças pessoais dos profissionais, os quais implicaram, ora positivo, ora negativamente no atendimento dispendido às mulheres refugiadas.

Os profissionais relataram suas crenças e visões de mundo acerca dos aspectos culturais e/da violência, e nesses relatos, observou-se imposição de percepções pessoais sobre problemas coletivos, visões equivocadas do que é ser culturalmente competente e suas crenças limitantes para atender essa demanda populacional.

Discute-se que não foi por efeito de “casualidade” que este construto foi o menos identificado nos estudos e relatos dos profissionais, conforme demonstrado na Figura 4. Pois, apreciar e compreender uma cultura envolve, primeiramente, a análise dos seus próprios preconceitos em relação ao Outro (FOUCAULT, 2008), reconhecer a alteridade presente em cada sujeito, e reconhecer que existem posições privilegiadas na sociedade, e que a cultura como marcador social, entrecruzados com outros marcadores, possuem ação determinante na sociedade sobre seu posicionamento no mapa social (BERGER, LUCKMANN, 2014).

Nesse sentido, a ausência de consciência cultural reflete, entre outros, também na construção da empatia pelo Outro (FOUCAULT, 2008) e no seu acolhimento. É por isso que a máxima “cuidar do outro porque poderia ser um familiar”, que impera no senso comum e entre as categorias de profissionais da saúde, é completamente refutada pela doutoranda. O cuidado deve residir no respeito e consideração ao sujeito, na esfera do sujeito-cidadão (AYRES, 2012), respeitando-se sua existência e alteridade. Deste modo, o cuidado precisa ser individualizado, afetuoso e humanizado independente de nos reconhecermos no outro, sob o risco de se cometer injustiças e desassistência. Assim, a empatia se constrói pelo desejo genuíno de cuidar, e acolher é reconhecer o que o Outro traz como legítima e singular necessidade de saúde.

As diretrizes da Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2013) do SUS vai ao encontro de toda a problemática das dificuldades na atenção à saúde diante da diversidade cultural. Ela deixa claro a importância da comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto, que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras. As quais inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si. No entanto, em sentido inverso às práticas desumanizadoras, reflete-se acerca do que representa de fato o “cuidado humanizado”, e como ele é efetivado na prática.

Essa prática se revelou bastante desafiadora, principalmente pela ausência do despertar da consciência cultural. A distância cultural e social entre profissionais de saúde e mulheres refugiadas pode acarretar em disparidades importantes na prestação de cuidados, se essas disparidades não forem bem abordadas. Usando o conceito de capital cultural de saúde inspirado em Bourdieu, Dubbin et al (2013) analisaram como os cuidados de saúde centrados

no paciente são mais facilmente obtidos por pacientes que compartilham posição socioeconômica e compreensão cultural com os profissionais de saúde.

No entanto, para superar essas desigualdades na prestação de cuidados, os profissionais precisam compreender e refletir sobre os seus próprios preconceitos quando interagem com os pacientes, a fim de facilitar uma boa comunicação e interação, ou seja, desenvolver primeiramente a consciência cultural. Pode-se argumentar que os cuidados direcionados com consciência cultural criam uma maior sensibilidade dos profissionais, para que o capital cultural de saúde e as necessidades das mulheres refugiadas sejam melhor compreendidos, valorizados e incluídos na prestação de cuidados e que isto levará a uma maior comunicação, confiança, concordância, e, portanto, melhor qualidade de cuidados para essas mulheres.

Contextualizando o cenário brasileiro, pode-se dizer que nosso país é vasto em contrastes de realidades culturais. Os profissionais atendem, no seu dia a dia, além da população autóctone com diferentes culturas e particularidades regionais, também populações que são inerentes à uma transição populacional constante, visto aos crescentes processos de migração e refúgio no mundo todo. Assim, o profissional já não atende mais somente brasileiros, mas uma miscigenação populacional, composta por migrantes e refugiados, descendentes de imigrantes e brasileiros naturalizados. Nessa seara, questiona-se verdadeiramente o quanto os profissionais possuem competências culturais desenvolvidas para dispender o cuidado acolhedor, empático e respeitoso, necessário no atendimento à toda população, mesmo para os autóctones com entrecruzamentos culturais.

A cultura molda experiências, cria percepções e impacta a forma como pensamos, sentimos, absorvemos, refinamos, justificamos e solidificamos as informações. Determina como vemos a nós mesmos e aos que nos rodeiam, e determina fundamentalmente quem somos (BENT-GOODLEY, 2005; KANUHA, 1994; MYERS, 1995). Isso faz parte de uma consciência sobre os aspectos culturais que envolvem o sujeito no mundo, e esta consciência pode ou não estar presente.

Embora as mulheres refugiadas possam partilhar experiências semelhantes, a forma como a cultura é vivenciada é única para cada indivíduo (SOKOLOFF, 2005). É necessário ter uma compreensão clara das experiências e circunstâncias únicas do indivíduo para se envolver plenamente na avaliação e no planejamento. Ninguém pode ou deve diminuir esta experiência. Não se trata simplesmente de identificar uma prática cultural, mas também é importante

compreender como a cultura, tal como vivenciada pela pessoa, influencia tudo o que ela faz, pensa e compreende (LEE ET AL., 2002).

Assim, reconhece-se que o processo de aprendizagem da competência cultural é complexo e transcende o desenvolvimento de sensibilidade cultural e autoconhecimento. E por este processo estar relacionado a um profundo entendimento da história dos grupos minorizados e marginalizados, do processo de colonização e de como isso impacta a saúde das populações que compõem o país hoje, e para além disso, utilizar esse entendimento de maneira positiva na construção das relações de cuidado. Em geral, discute-se que, para os profissionais de saúde, não basta demonstrarem possuir boa capacidade de reflexão acerca de como seus valores influenciam as relações interpessoais (sensibilidade cultural), é preciso apresentar atitudes culturalmente competentes (GOUVEIA, SILVA, PESSOA; 2019).

A competência cultural permite que o profissional entenda melhor certos comportamentos, tradições, pensamentos e até mesmo crenças enraizadas em certo grupo de pessoas, em decorrência de sua cultura. enxergar uma realidade além da sua própria é um exercício contínuo que os profissionais precisam realizar. Se a capacidade vem através de um conjunto de habilidades, vivência e conhecimento profundo, significa que tudo isso pode e deve ser aprendido.

Nesta esteira do pensamento, infere-se que não existe uma receita, um roteiro para se tornar culturalmente competente. A competência cultural não está em uma “prateleira” de fácil acesso, não pode ser adquirida em um ou vários cursos de aperfeiçoamento profissional, por melhor que ele seja. Ela provém de um *continuum* de **vivências pessoais, conhecimentos aprofundados e habilidades profissionais adquiridas**. Ou seja, o profissional desenvolve a inteligência cultural permanentemente na prática, e na reflexão sobre essa prática. Esse entendimento, no âmbito institucional e de gestão das instituições também é fundamental, pois, não basta proporcionar uma capacitação para os profissionais e achar que isto é o suficiente para que os mesmos desenvolvam a inteligência cultural necessária, é preciso estímulo e ações conjuntas contínuas.

Isso percebe-se como verdadeiro, diante das descobertas pertencentes a esse construto quanto ao choque cultural relatado pelos profissionais em relação às experiências de violências e de vida das mulheres refugiadas. Pois, embora entenda-se que essa sensibilização emocional é entendida como presença de consciência cultural, ainda assim, a competência cultural não irá preparar o profissional para esses choques de realidades culturais. É uma construção e reflexão contínua sobre os problemas sociais e complexidades humanas e sociais.

Ainda assim, é importante discutir que a sensibilização após tomada da consciência cultural desperta a empatia, na compreensão da vivência do Outro. Verificou-se também a presença de percepções positivas de que os profissionais precisam gerenciar seu próprio contexto cultural, para que possam fornecer cuidados culturalmente competentes, em contraponto a outros que mostraram que ainda há muito preconceito, crenças e visão de mundo equivocada sobre os aspectos que envolvem a violência contra as mulheres. Deste modo, o despertar da consciência cultural precisa envolver os elementos culturais entrecruzados nesta relação de cuidado com a mulher, e também os elementos da violência.

Desta forma, **a consciência dá início à competência cultural** pois, como enfermeiros, não basta apropriarmos dos conceitos de competência cultural ao nível discursivo. É imprescindível que a enfermagem realmente integre e operacionalize, com a devida expressão na ação, de uma forma crítica e consciente, já que o cuidar implica compreender a essência humana, apreender o significado da existência de si e do outro, para prosseguir sob a conduta mais apropriada (ZAGONEL & PERSEGONA, 2008).

8.1.2 Apoio Organizacional

O apoio organizacional foi o segundo construto menos evidenciado nos relatos de experiência dos participantes, e quando mencionados, mostraram-se na forma de ausências e lacunas de apoio para prática profissional. A convergência deste construto com a meta-agregação 1 deu-se pela agregação de 36 descobertas acerca das experiências dos profissionais com a organização do sistema, e seu trabalho com outras organizações que prestam assistência às mulheres refugiadas. As descobertas evidenciaram, de modo geral, que o apoio das instituições de saúde, das organizações que prestam atendimento às mulheres refugiadas, sendo elas públicas ou privadas, no âmbito urbano ou rural, é ineficiente/insuficiente.

Reforça-se que o apoio organizacional se ancora no valor institucional atribuído à promoção da prática multicultural e as oportunidades organizacionais voltadas para as práticas individuais dos profissionais para se tornar culturalmente competente (BALCAZAR et al, 2009). Discute-se que esse construto pode ser considerado mais complexo para se alcançar a competência cultural, pois, envolve um conjunto de atores sociais, financeiros, estruturais e sistêmicos.

Quanto ao conjunto de **atores sociais**, entende-se e se coloca neste estudo pela doutoranda que estes alocam-se subjetivamente em contextos macro e outro micro, conforme também já discutido por outros autores (GARCIA, 2001; SOUZA, 2009). Assim, no macro

estão os gestores, governantes e formuladores de políticas e programas, como um conjunto que precisa estar em sincronia para o direcionamento dos modelos de saúde vigentes; e no contexto micro, que diz respeito aos profissionais da saúde que estão na linha de frente do cuidado. Da complexidade que envolve este construto, infere-se que os atores sociais (principalmente o macro) são os mais complexos para se mobilizar quanto ao trabalho com inteligência cultural.

No contexto macro, para modificar a realidade que hoje impera sobre a invisibilidade das mulheres refugiadas, principalmente pela ausência de políticas públicas específicas, é preciso realizar construções argumentativas sobre a problemática, a fim de elevar a discussão aos setores que têm poder de decisão sobre tal, e obter o apoio organizacional necessário, em todas as esferas de gestão do SUS (União, Estados e Municípios). Neste apoio inclui-se tudo o que foi evidenciado como ausência neste estudo: recursos humanos no contexto micro (com inteligência cultural); financeiros e estruturais, programas de capacitações para os profissionais, programas de intervenções, estruturação dos serviços com sensibilidade cultural, comunicação e desfragmentação dos serviços e estruturação da rede que contemple grupos multiétnicos. Ainda, tão importante quanto, o apoio significa elaborar e viabilizar a utilização de protocolos, programas e políticas públicas específicas a fim de compor um modelo de atendimento em saúde pautado em competência cultural.

Nessa esteira, tem-se a concepção da política pública como construção argumentativa e discursiva, fundamentada no reconhecimento de que a linguagem não apenas reflete o que concebemos como realidade, mas também constitui, molda e, por vezes, até mesmo determina o que entendemos por realidade (FISCHER, GOTTWEIS, 2012). A realidade, portanto, é algo a ser percebido como produto da prática discursiva, e da reflexão dessa prática. Compreendendo que toda ação humana é intermediada e imersa em um rico contexto simbólico social e cultural e entendendo a política pública (prática discursiva) como uma ação humana, ideias e valores passam a ser considerados e observados na análise das políticas públicas por essa abordagem (KOGA et al, 2020).

A política como prática discursiva/argumentativa, deve refletir essa realidade através, principalmente, da ciência. O estudo já mencionado anteriormente (HJORT et al; 2021) identificou que os decisores políticos estão interessados nos resultados de evidências científicas, e estão dispostos a rever as suas crenças anteriores e a agir com base nessas evidências. No entanto, resultados de outro estudo (KOGA et al, 2020) identificaram que os **formuladores de políticas públicas brasileiras** apoiam-se, de modo geral, em quatro fontes de informação: os que se baseiam em informações produzidas pela própria administração

pública; outros que se apoiam em diversos tipos de informações externas; um terceiro grupo que utiliza informações de fontes acadêmicas (síntese de evidências); e, um perfil que confia em informações de cunho mais pessoal. Especificamente quanto às evidências científicas, os autores identificaram que a credibilidade e o prestígio da fonte, além da aplicabilidade dos estudos produzidos, foram fatores que **ampliariam sua utilização** em âmbito federal (KOGA et al, 2020).

Outro ponto importante para apresentar aqui é que Koga et al (2020) não observaram, do ponto de vista organizacional, muitas estratégias para incorporação e disseminação de um enfoque de Políticas Públicas Baseadas em Evidências (PPBE), havendo principalmente esforços individuais para utilizar evidências científicas no processo decisório, e **não como um apoio organizacional**. Esses dados desafiam a abordagem da PPBE na medida em que demonstra que diversas fontes informam as políticas públicas brasileiras, sendo as evidências produzidas pela própria administração pública as de maior relevância. O que é digno de preocupação pois, se os gestores estão dispostos a considerar as evidências científicas, ao mesmo tempo, parece haver poucos esforços ou um distanciamento para se chegar até elas.

O estudo de Koga et al (2020) também identificou que, do ponto de vista organizacional, não foram observadas muitas estratégias para incorporação e disseminação de uma ênfase de PPBE, havendo poucos canais de diálogo formal e intermediação com a academia. Nesse sentido, os autores evidenciaram que menos de um terço dos participantes identificou a existência de alguma estrutura organizacional dedicada à interlocução com estudiosos e acadêmicos. Chama-se a atenção, ainda, para o fato de que 43% dos participantes desse referido estudo não souberam dizer se tal estrutura existia em seu órgão, o que novamente sinaliza baixa institucionalização ou disseminação de uma cultura de PPBE nas organizações federais.

Os dados desses dois estudos (KOGA et al, 2020; HJORT et al; 2021) são trazidos aqui como forma de suscitar reflexões de que, embora haja muitos esforços acadêmicos e científicos para o alcance da visibilidade do problema da violência contra mulheres refugiadas, e da qualificação da prática profissional e dos serviços oferecidos no SUS, esse conhecimento pode não estar atingindo o alcance suficiente para modificar as práticas, as políticas e as pesquisas. O que configura-se como uma antítese do apoio organizacional, já que o apoio e as ações e orientações em saúde precisam partir do(s) (atores) macro para o micro.

Para fins de esclarecimento, as “Políticas Públicas Baseadas em Evidências” (PPBE) correspondem a um tipo de política baseada na investigação, que aplica procedimentos

rigorosos e sistemáticos para a coleta de dados, preocupando-se com a transformação desses dados em conhecimento formal, que seja efetivamente útil na tomada de decisões dos governantes e formuladores de políticas (BRACHO, 2010). A importância da solidificação da PPBE ancora-se no combate a negacionistas de várias colorações, descrentes do conhecimento científico e da expertise, desestruturando o que hoje percebemos como o “frágil edifício da governança democrática contemporânea” (PIMENTA DE FARIA, 2022, pág. 11).

Essa ausência de diálogo entre academia e gestores pode-se dizer que hoje, reflete na prática ao grupo de refugiados. Pois, é imperativo discutir que a Política Pública voltada para as mulheres refugiadas, no contexto brasileiro, ainda não foi construída. Entretanto, recentemente, o governo brasileiro divulgou a Portaria GM/MS Nº 763, de 26 de junho de 2023, que institui o Grupo de Trabalho (GT) no âmbito do Ministério da Saúde, com a finalidade de elaborar proposta para estabelecimento da Política Nacional de Saúde das Populações Migrantes, Refugiadas e Apátridas. Este GT é composto por sete secretarias, e liderado pela Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA). É imperativo mencionar que essa tomada de decisão partiu após um episódio de surto de sarna com uma população de afegãos, acampados em um aeroporto de São Paulo, segundo informações veiculadas em todos os canais de notícias brasileiras.

Ressalta-se que a secretaria de Políticas para as Mulheres **não foi convidada** a fazer parte da construção desta política, tampouco o Departamento de Gestão do Cuidado Integral (DGCI), comunidade científica ou representantes da sociedade que vivenciam a realidade do refúgio. Desta forma, é dever mencionar preocupação com a probabilidade de ser construída sob o caráter sanitário/securitivo/fiscalizador que esta política pode ter sobre a população de refugiados, e o grande risco de o viés gênero não ser contemplado efetivamente nesta política, quicá a questão cultural e da violência contra as mulheres que migram e se refugiam. Ainda, há possibilidade das evidências científicas no tema também não serem consideradas para a construção de uma PPBE.

Discutindo os atores sociais no contexto micro, estes relataram sobrecarga de trabalho, principalmente em relação a pressão da instituição para dar conta da demanda de pacientes, primando pela quantidade - e não qualidade. Torna-se realmente difícil trabalhar com competência cultural e aplicar um cuidado centralizado no paciente com sobrecargas e estresses laborais. Reduzir as barreiras organizacionais e sistêmicas também implica em fornecer recursos humanos, diminuindo a pressão sobre os profissionais para dar conta de uma demanda exacerbada, possibilitando ao profissional trabalhar com dedicação e enfoque no cuidado

centrado no paciente. Destaca-se para uma única descoberta evidenciando o apoio institucional ao profissional para se qualificar para o atendimento a populações multiculturais.

Quanto ao conjunto de recursos **financeiros, estruturais e sistêmicos** que pertencem ao construto do apoio organizacional, nos estudos recuperados nesta revisão, estes foram identificados como precários, quando não escassos. Nos relatos da falta de estrutura física, são os espaços que compõem a rede de enfrentamento como casas abrigo adequadas para populações multiculturais que mais foram sinalizados.

Fornecer recursos financeiros, estruturais e sistêmicos é planejar a estrutura dos serviços para atender as populações. Pensar na estrutura dos serviços é pensar no acesso à saúde desta população, a partir das suas especificidades culturais e também na condição dos refugiados e em suas desvantagens cumulativas. O fenômeno migratório precisa ser compreendido como um determinante social de saúde complexo e multifatorial. Essa diversidade de fatores determina as condições de saúde dessa população (GRANADA et al., 2017).

Os achados evidenciaram ainda, de forma intensa, a ausência de serviços culturalmente competentes, principalmente para atender demandas relacionadas ao gênero e as situações de violências e de seus enfrentamentos. Destaca-se que um sistema culturalmente competente é aquele que valoriza a diversidade, está consciente das dinâmicas inerentes da interação cultural, divulga o conhecimento cultural na instituição, avalia-se constantemente e busca estratégias para se adaptar à diversidade (BENT-GOODLEY, 2007).

A capacidade desse sistema de fornecer cuidados culturais está intimamente relacionado às condições do seu país, da presença de políticas públicas, da segurança e senso de justiça implantados e da postura dos líderes políticos. É um conjunto de atores (macro e micro), econômico, estrutural e financeiro que determinam as condições de um país. Ainda, existe uma correlação direta evidenciada (GIWPS, 2023) entre o bem-estar das mulheres (de diferentes origens e culturas) e o bem-estar do seu país. Desta forma, os investimentos na promoção da igualdade de gênero são também investimentos na paz, segurança e prosperidade, e por tudo isso, esse construto (apoio organizacional) da competência cultural é também uma discussão política.

A fim de clarificar o que foi supracitado, traz-se elementos de um importante estudo (GIWPS, 2023) desenvolvido neste ano, realizado em 177 países, que avaliou a **qualidade de vida para mulheres** e mediu indicadores como inclusão, acesso à justiça e segurança. O estudo capturou e quantificou as três dimensões da inclusão das mulheres (econômica, social e

política), justiça (leis formais e discriminação informal) e segurança (nos níveis individual, comunitário e social) por meio de 13 indicadores.

Os índices evidenciaram que ampliou-se as disparidades de gênero no emprego remunerado e nos encargos de cuidados, e aumentou os riscos de violência por parceiro íntimo. A Dinamarca ficou em primeiro lugar no ranking com os melhores índices de qualidade de vida, evidenciando a **presença de políticas públicas** progressistas e bem implementadas, e com um código legal totalmente equitativo de gênero. O Brasil ficou na 115ª posição (de 177) neste ranking como país com mais qualidade de vida para as mulheres (GIWPS, 2023), o que mostra a fragilidade no nosso país no que tange a inclusão, justiça e segurança para as mulheres.

O Brasil teve a pior pontuação entre os países das Américas e Caribe quanto à representação parlamentar de mulheres, com 14,8%, o que pode influenciar fortemente nos projetos sociais, políticas e programas voltados para as mulheres. Ainda nesse sentido, o índice mediu a violência política contra as mulheres. Os dados revelaram que o México, o Brasil, a Nigéria, a República Democrática do Congo e Mianmar registaram as taxas mais elevadas de violência política contra as mulheres em 2022. Nesse sentido, discute-se que para que as mulheres participem de forma significativa nos espaços cívicos e nas funções de tomada de decisão, elas devem ser capazes de fazê-lo com segurança, sem riscos de violência política (GIWPS, 2023).

No ranking inverso, o país com índice de maior pobreza e desigualdades para as mulheres foi atribuído ao Afeganistão, país que gera muitos refugiados, todos os anos. Os índices também evidenciaram que em todos os dez países mais pobres, as mulheres frequentaram a escola por 3 anos apenas em média; menos de 5% das mulheres têm acesso à sua própria conta bancária; e mais de 90% das mulheres vivem em estreita proximidade com conflitos armados. As taxas de mortalidade materna do Afeganistão estão entre as 10 piores do mundo. De acordo com vários estudos, os conflitos armados aumentam as mortes maternas, amplificam os riscos de violência baseada no gênero, levam a níveis desproporcionais de abandono escolar das jovens e criam barreiras às oportunidades de subsistência das mulheres (GIWPS, 2023).

Finalmente, as descobertas sintetizadas do estudo em tela permitem refletir, quanto ao construto do apoio organizacional, que a competência cultural deve ser exigida tanto no âmbito da investigação quanto nos sistemas de cuidados, especialmente àqueles que recebem financiamento público. Pesquisadores e/ou provedores que receberem fundos públicos devem

ser capazes de fornecer evidências de procedimentos e práticas culturalmente competentes, que orientem a PPBE e que demonstrem compreensão e respeito pelas diversas populações.

Para o apoio organizacional, fica claro que a competência cultural deve ser evidente na prática, mas também deve ser evidente na estrutura administrativa, nas políticas e nos procedimentos, no pessoal, na composição do conselho, nas medidas e ferramentas de avaliação e na concepção de investigações. Se continuarmos a encorajar o uso da competência cultural sem ter consequências por não usar uma abordagem culturalmente competente, então muitos provedores e pesquisadores continuarão a rejeitar o uso dessa abordagem (BENT-GOODLEY, 2007). Afinal, pode-se contratar uma pessoa da mesma cultura para prestar serviços de saúde ou fazer uma pergunta de investigação, mas se o programa/serviço não for culturalmente relevante ou a intervenção não for desenvolvida dentro de um quadro cultural, então o resultado ainda assim será incerto.

8.1.3 Conhecimento Cultural

O construto do conhecimento cultural convergiu com a meta-agregação 2, a qual agregou evidências que mostraram que o conhecimento deficiente dos profissionais dificulta a promoção e atenção do cuidado às mulheres refugiadas; e com a meta-agregação 5, que agregou evidências acerca das percepções, expectativas e experiências dos profissionais relacionados às questões culturais das mulheres refugiadas. Este construto agregou 56 das 219 descobertas.

Reforça-se que este construto viabiliza para o profissional à familiarização com outras características culturais, história, valores, sistemas de crenças e comportamentos das pessoas sob seus cuidados. Ele permite a compreensão do profissional acerca de padrões comportamentais aprendidos em um grupo cultural, incluindo as maneiras pelas quais os membros deste grupo falam, pensam e se comportam e seus sentimentos, atitudes e valores (BALCAZAR et al, 2009).

Mas ao mesmo tempo deve orientar que, mesmo havendo padrões de comportamento em diferentes culturas, a singularidade e individualidade do sujeito precisa ser o centro do cuidado. Pois, não existe uma universalidade identitária que muitas vezes é imposta a grupos específicos (CARVALHO, 2000; CRENSHAW, 2002; GEHLEN, 2019) - como os refugiados. O conhecimento dos processos históricos de violência, a compreensão das forças estruturais e sistemas interligados de opressão como determinantes da violência são conhecimentos importantes para todos os profissionais que atuam na linha de frente do cuidado, visto que

espera-se que o profissional tenha minimamente condições de compreender o funcionamento das sociedades e dos determinantes sociais e de opressões que geram violências, desigualdades e vulnerabilidades.

Concernente às experiências de atendimento e de cuidado dos profissionais da saúde identificadas neste estudo, estes reconheceram a deficiência de conhecimento, tanto sobre os aspectos da violência quanto os aspectos culturais das mulheres refugiadas sob seus cuidados. Essa ausência de conhecimento perpassou os protocolos, programas e órgãos específicos voltados para mulheres refugiadas em situação de violência que poderiam acessar para promover cuidado e enfrentamento às violências. Perpassou também o modelo de cuidado despendido às mulheres, o qual mostrou-se frágil e por vezes, incompatível com as necessidades das mulheres. Nesse sentido, a significância dos achados deste construto reside principalmente na evidência de que o Conhecimento Cultural está diretamente conectado à capacidade de elaborar modelos de atendimento e de cuidado individualizados e condizentes com as necessidades de cada sujeito sob seus cuidados.

A falta de conhecimento cultural também acarretou no uso de modelos tradicionais e ocidentais de cuidado, e ainda imposição de aculturação pelas mulheres, pois como o profissional não conseguiu/não quis adaptar-se a uma prática de cuidado cultural, na visão dele, a aculturação pela refugiada deveria ser obrigatória para viver no novo território migrado. Os achados mostraram que a falta de conhecimento gerou despreparo e inabilidades que impactaram no modelo de assistência escolhido para atender as mulheres refugiadas.

Essa ausência de conhecimento transformou-se, primeiramente, em expectativas frustrantes de atendimento, em que os profissionais não conseguiram estabelecer vínculo, o cuidado prestado não foi efetivo e eficiente, edificando-se barreiras importantes de cuidado. Houve também barreiras socioculturais impostas pelas mulheres refugiadas, relacionados às práticas culturais da sua origem/comunidade, e que os profissionais não conseguiram/souberam como transpor. O medo das mulheres em sofrer estigma e ostracismo pela sua comunidade étnica ao denunciar violências foi um dos aspectos que os profissionais não souberam como trabalhar, mas em nenhum momento relatam em usar abordagens que envolvessem a comunidade para desconstruir práticas coletivas e culturais de violência, e promover a equidade de gênero. Nesse lastro, a culpabilização das mulheres e de sua cultura para não romper com ciclos de violências foi fortemente evidenciada.

A relevância da cultura na resposta à violência contra mulheres refugiadas e pertencentes a grupos multiétnicos é um debate importante a ser feito aqui. Há argumentações

de que a violência existe independentemente da cultura e distinguir questões culturais pode aludir à noção de que os perpetradores são de alguma forma menos responsáveis pela prática de atos de violência, ou que a cultura está na raiz dos comportamentos abusivos (BENT-GOODLEY, 2007). Este dilema é particularmente problemático, pois assim, o desafio de acrescentar este componente a uma questão já complexa pode ser surpreendente. À medida que continuamos a desenvolver intervenções baseadas em evidências, somos chamados a responder às influências culturais.

Deste modo, ao examinar o papel que a cultura desempenha na violência, é importante ter o conhecimento que possuir uma orientação cultural específica não é um indicador de que a violência ocorrerá. No entanto, a compreensão da orientação cultural proporciona um sentido de direção sintonizado, uma consciência alargada dos fatores potenciais e uma lucidez aguçada das barreiras e pontos fortes latentes que podem ser usados para enfrentar os desafios da violência. E esse conhecimento é fundamental para a prática profissional.

Nessa direção, os achados apontam para a necessidade de discernir as influências culturais e outros elementos entrecruzados, como as considerações de classe associadas à vida em comunidades pobres e com dificuldades econômicas, que na grande maioria das vezes, são consequências da própria migração e refúgio (GEHLEN, 2019; ACNUR, 2020) Finalmente, a cultura não deve ser vista como uma barreira, mesmo que o profissional encontre dificuldades em trabalhar com populações multiculturais, ou de prestar um cuidado culturalmente competente.

À medida que se considera a importância das influências culturais e sociais, é igualmente importante adquirir uma maior compreensão dos pontos fortes culturais que podem ser utilizados de forma mais eficaz e eficiente para ajudar as mulheres a encontrar soluções para acabar com a violência nas suas vidas, além de permitir aos profissionais mais oportunidades de cuidado e de construção de modelos assistenciais mais eficientes. Além disso, é importante discutir que não se pode compreender completamente a violência contra mulheres refugiadas e as disparidades na saúde sem examinar a forma como elas se cruzam com os marcadores sociais de diferenças como raça, etnia, gênero, cultura, nacionalidade, o status socioeconômico e outras considerações de construção social (VENTURI, 2012). O exame de uma questão sem considerar os padrões de opressão resulta numa análise incompleta.

Intervenções baseadas em evidências são alternativas importantes para promover conhecimento sobre temas e culturas. Estas intervenções podem incluir uma ou mais estratégias como substituição de estereótipos, individualização, tomada de perspectiva, contra- imagem

estereotipada e aumento de oportunidades de contato com membros de fora do grupo étnico (HERSHBERGER, 2022). Essas estratégias podem implicar uso de tecnologias para despertar a consciência e o conhecimento cultural. Entende-se que o impacto dos preconceitos implícitos nas disparidades nos cuidados de saúde e nos encontros de cuidado podem ser diminuídos se os profissionais reconhecerem os seus próprios preconceitos e praticarem as competências de tomada de perspectiva e individualização.

Nesse sentido, um estudo (FERNANDES et al, 2023), que buscou identificar quais jogos já foram criados para promover a integração aos cuidados de saúde de populações refugiadas, evidenciou o desenvolvimento de oito jogos, cujos objetivos, entre outros, foi diminuir estereótipos e melhorar a empatia à refugiados, e promover uma maior sensibilidade cultural, já que ouvir, ver e sentir as histórias dos refugiados pode desenvolver empatia nos utilizadores e aumentar o seu conhecimento e compreensão das vidas, necessidades e desejos dos mesmos. Os autores identificaram que um desses jogos, o *Life Course Game* (HERSHBERGER, 2022) possui grande potencial de aplicação aos profissionais de saúde, visto que ajudam a aumentar a proficiência e sensibilidade cultural de indivíduos nas profissões de saúde.

A metodologia dos jogos é realmente importante para trabalhar com populações/temas como mulheres refugiadas em situação de violência, pois possibilitam transmitir uma mensagem política, fazendo com que as pessoas pensem sobre certos eventos e reflitam sobre seu próprio comportamento; aumentam a conscientização e evocam empatia pelos grupos representados. Os jogadores podem sentir culpa, arrependimento, alegria, orgulho, ou vergonha das escolhas feitas no jogo e, no processo, tomar consciência e identificar emoções diferentes, com dilemas éticos, abrindo portas para a verdadeira empatia. Esse aspecto é importante para alterar estereótipos e melhorar as atitudes dos profissionais de saúde para com esses grupos (FERNANDES et al, 2023).

Identificou-se que diferenças sociais, culturais e linguísticas entre profissionais de saúde e mulheres refugiadas afetaram a interação, a confiança e a comunicação, o que levou à redução da qualidade dos cuidados prestados. Os problemas de comunicação têm sido diretamente associados em diversos estudos à cuidados de saúde abaixo do ideal para mulheres migrantes, implicando em disparidades e agravamentos de quadros clínico, como o aumento das taxas de mortalidade perinatal (ESSEN, BODKER, SJOBERG, 2002; SAASTAD, VANGEN, FROEN, 2007; VILLADSEN, IMS, ANDERSEN; 2019). O aumento da competência cultural e os cuidados direcionados às refugiadas são estratégias importantes para

melhorar os cuidados de saúde para mulheres de minorias étnicas, no entanto, ainda faltam evidências sobre como implementar isso da melhor forma.

Busca-se destacar que, as experiências de atendimento às mulheres refugiadas sintetizadas neste estudo perpassam o Cuidar. E o Cuidar é o cerne da enfermagem, é essencial para a vida, o bem-estar e a dignidade no enfrentamento às violências. Em uma linha tênue, discute-se que a cultura é a base essencial no cuidado, e nos Encontros de Cuidado. O conhecimento cultural promove, portanto, a capacidade de desenvolver o **Cuidado Cultural**.

A enfermeira e teórica Leininger, na década de 1960, cunhou a frase “cuidado culturalmente congruente” inserido no contexto da enfermagem transcultural (LEININGER, 1978). Alguns dos princípios básicos da enfermagem transcultural proposto por Leininger incluíram a diversidade e universalidade do cuidado cultural; dimensões da estrutura cultural e social (fatores que incluem religião, estruturas sociais e economia que diferenciam as culturas); e a preservação ou manutenção do cuidado cultural (que se relaciona com atividades de cuidado de enfermagem que auxiliam culturas específicas a reterem os valores culturais centrais relacionados à saúde) (LEININGER, 1978). Essa teoria mudou a forma de se pensar e praticar cuidados a populações multiculturais, e trouxe contribuições muito importantes para a enfermagem, para o cuidado com atravessamentos de cultura, e para a ciência.

Ao longo dos anos, muitas teorias do cuidado intercultural foram tecidas, estudadas e aprimoradas de acordo com a modificação dos contextos históricos e sociais, e com as transformações da sociedade. Nesse sentido, é imperativo discutir o entendimento de que, nesta vertente, as teorias devem servir para orientar, mas não podem ser conhecimentos engessados, sem levar em consideração as transformações sociais. Isso também é verdadeiro para os modelos já construídos de Competência Cultural.

O conceito de enfermagem transcultural modificou-se e hoje se observa diversos teóricos trabalhando com o conceito de cuidado intercultural (ALVESSON, SKÖLDBERG, 2008; WIKBERG, 2020). O cuidado intercultural é descrito, por sua vez, em três dimensões: “cuidar como ontologia” (princípios e pressupostos universais sobre cuidar), “cuidar como fenômeno” (formas abstratas de cuidar como conforto, amor, toque, presença e respeito) e “cuidar como prática” (atividades de cuidado de enfermagem que o enfermeiro realiza, por exemplo, ouvir ou conversar com o paciente), vendo as dimensões como diferentes camadas de conhecimento (WIKBERG, 2020).

O cuidado cultural deve, portanto, ser entendido como o “cuidar numa determinada cultura”, e deve ser dinâmico, mesmo que existam características comuns. O cuidado cultural é

variável com o tempo, ou seja, modifica-se nas gerações e mudanças no encontro com outras culturas, sofrendo processos de aculturação. Circunstâncias externas, como educação e economia, também influenciam o cuidado. Portanto, é importante que os enfermeiros sejam cautelosos ao aplicar teorias de cuidado, evitando generalizações culturais e considerando as necessidades e circunstâncias individuais de cada paciente. Pois, os cuidados variam em diferentes culturas e contextos. Existem diferentes tradições e práticas de cuidado esperadas na assistência às mulheres em situação de violência, em diferentes culturas.

Quando o profissional de saúde respeita a mulher e tem algum conhecimento da sua cultura, ela ousa fazer perguntas sensíveis e difíceis. Quando o interesse real é demonstrado, juntamente com o conhecimento especializado e o carinho, a confiança e vínculo é formada e a mulher tem a coragem de contar sobre as suas reais vivências e necessidades.

Frente a isso e ao conjunto de achados sintetizados neste estudo, principalmente considerando como o conhecimento cultural é fundamental para elaborar um modelo de atendimento em saúde, teceu-se uma abordagem de Cuidado Cultural para mulheres refugiadas em situação de violência, com a finalidade de viabilizar orientações e reflexões para um modelo de cuidado com competência cultural. Pois o cuidado intercultural não ocorre automaticamente na relação entre profissional e paciente, ele necessita de conhecimento e planejamento prévio.

É importante mencionar que hoje predominam no contexto brasileiro os Modelos de Atenção à Saúde **Médico Hegemônico** e/ou **Sanitarista** (PAIM, 2003). Esses modelos têm por características não contemplar efetivamente a integralidade do cuidado e atuarem por demanda espontânea, não trabalhando aspectos da prevenção e do cuidado ao paciente como um todo, o que impacta nas populações multiculturais devido a essa verticalidade e centralidade na doença. Deste modo, para dar conta das mulheres refugiadas, o Modelo de Atenção precisa priorizar “necessidades” e não “demandas”. Conforme sugerido por Paim (2003) os modelos de atenção vigentes precisam ser reorganizados a partir de propostas alternativas que contemplem oferta organizada, acolhimento, ações programáticas em saúde e promoção da saúde.

Desse modo, visando contribuir com a necessária adequação dos Modelos de Atenção em saúde vigentes, entende-se, a partir da construção deste estudo, que um modelo de atendimento que contemple um quadro cultural precisa abranger algumas dimensões de cuidado. Assim, este estudo tece dimensões que a doutoranda entende ser necessários para um cuidado que respeite e seja orientado por um quadro cultural, os quais componham as dimensões do Cuidado Universal e Equitativo, o Cuidado Cultural, o Cuidado Contextual e Cuidado Único entre o profissional e o sujeito. Contextualiza-se que, de modo geral, o modelo

de atendimento em saúde é a forma na qual a instituição e os profissionais se organizam, considerando a assistência em si, os encontros de cuidado e o que a tecnologia tem a oferecer para esse setor.

O **cuidado universal** independe de tempo e lugar, e contempla a dignidade, respeito e segurança cultural. Deve centrar-se na abordagem dos direitos humanos em que a dignidade do ser humano seja respeitada independentemente da origem. O cuidado equitativo deve orientar o cuidado, levando em consideração as particularidades e necessidades individuais de cada mulher, mesmo que pertencentes ao mesmo grupo étnico.

O **cuidado cultural** significa que são considerados fatores culturais e outros fatores de base (sociais, econômicos, educacionais, etc.), o desejo pessoal da mulher de aculturar-se ou não, e o acesso aos cuidados e a rede de enfrentamento às violências. Na perspectiva do profissional, significa consciência do preconceito, conhecimento cultural, gerenciar seu próprio contexto cultural para que não influencie no cuidado dispendido, desenvolver habilidades para trabalhar com populações multiculturais, segurança cultural, igualdade de gênero e aculturação, e modificação no padrão de cuidado à mulher em situação de violência, adaptando os cuidados de saúde e a cultura de cuidado de acordo com as necessidades da mulher.

O **cuidado contextual** significa reconhecer os contextos em que essa mulher está inserida, e fazer análises de como esse contexto se comporta como rede de apoio ou como contexto de violências. Ainda, na perspectiva do profissional, deve-se criar espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade, propiciem mudanças no processo de trabalho e sejam lugares de encontro entre as pessoas.

O **cuidado único** significa que a comunicação funciona, a mulher é respeitada e as suas necessidades são satisfeitas, e então a confiança pode ser construída. A perspectiva de cuidado único é destacada em atividades de cuidado como ouvir a história da mulher, ser flexível, ser aberto, mostrar coragem, estar disposta a compreender a situação de vida da mulher, não ser crítica, resolver conflitos, mantendo a continuidade e o relacionamento.

Entende-se neste estudo que, se as quatro dimensões forem consideradas, tem-se a possibilidade de promoção da saúde e do bem-estar, o sofrimento pode ser aliviado, e redes de enfrentamento às violências podem ser alcançadas, mesmo que seja uma jornada lenta por meio do trabalho e do vínculo estabelecido. Poderá haver menos mal-entendidos e conflitos, menos experiências negativas e a relação de cuidado será mantida, mesmo que o profissional não concorde com a mulher em todas as questões. Os conflitos éticos do profissional em relação à cultura do paciente precisam ser gerenciados e discutidos em equipes multidisciplinares para

chegar a uma resolução e não deixar a mulher desassistida. O choque cultural e a sensibilização pelas histórias de vida relatadas pelas mulheres não podem ser fatores impeditivos para exercer o cuidado à elas. Se isso for muito difícil para o profissional, um trabalho multidisciplinar é muito valorizado.

Conforme evidenciado nos relatos que compõem este construto do Conhecimento Cultural, pôde-se identificar três contextos de circunstâncias externas que influenciam o cuidado, na perspectiva do profissional. Assim, o cuidado é influenciado pela sociedade em geral, pela comunidade étnica da mulher e pelo entorno imediato da mulher. No contexto da **sociedade**, destaca-se as circunstâncias políticas e econômicas, os atos, decretos e recomendações que afetam a capacidade de cuidá-la. Podem existir, por exemplo, atos e decisões políticas (locais ou nacionais) que dificultem a assistência às mulheres refugiadas.

No contexto **comunitário**, pode haver figuras da comunidade étnica como líderes comunitários e religiosos influenciando a mulher e sua família acerca das questões de violência. A comunidade étnica tem papel fundamental na decisão de iniciar a Rota Crítica (SAGOT, 2007) e romper ciclos de violência. O estigma e ostracismo que muitas comunidades impõem às mulheres quando estas decidem denunciar violências ainda é um grande obstáculo no cuidado à elas. No contexto do **entorno da mulher**, os familiares são elementos-chave, tanto a sua própria família como a de seu marido, que muitas vezes também são agentes perpetradores de violências.

O poder na experiência de cuidar existe em todas as dimensões do cuidado e se expressa na relação entre profissional e mulher. Nos encontros de cuidado interculturais, os conflitos e experiências negativas nestes encontros podem levar a mudanças na cultura dos cuidados, onde a mulher é cuidada, ou no cuidado único que a mulher recebe, quando o profissional compreende o significado de cuidar ou a situação de vida da mulher. Também pode ser a mulher que passa a confiar no profissional e a mudar a sua atitude em relação à ele nos encontros de cuidado.

8.1.4 Competência, aptidão prática ou habilidades culturais

Este construto convergiu com a meta-agregação 3, a qual agregou evidências que as habilidades culturais dos profissionais adquiridas **promovem** atenção à saúde e facilitam o vínculo entre as mulheres e os profissionais e serviços; e a meta-agregação 6 que agregou evidências no sentido oposto, ou seja, que a falta de habilidades e sensibilidade cultural **limitam**

a atenção à saúde e se tornam barreiras no atendimento. Este foi o construto mais evidenciado nos relatos dos profissionais, conforme demonstrado na Figura 4.

Reforça-se que o desenvolvimento de habilidades/competências/aptidão práticas ancora-se na capacidade do profissional de se comunicar de forma eficaz e empática com o paciente, na capacidade de incorporar crenças, valores, experiências e aspirações do paciente na prestação e planejamento dos serviços, e no desenvolvimento da comunicação e habilidades que lhes permitem identificar os fatores não observáveis mencionados anteriormente e reconhecerem como os fatores externos e internos atuam no encontro cultural. Trabalhar com competência cultural orienta condutas e auxilia no desenvolvimento de estratégias de cuidado compatíveis com as visões de mundo das pessoas que recebem a assistência (BALCAZAR et al, 2009).

As descobertas sintetizaram experiências em que conhecimento da cultura, dos aspectos da violência e de seus entrecruzamentos e influências; e as habilidades práticas para atender as mulheres em situações de violência, diversas vezes se entrecruzaram. Mostrando que os construtos são indissociáveis, e adquirir habilidades requer um conhecimento aprofundado da cultura. Os achados do estudo mostraram que a falta de competência cultural dos profissionais impactou os serviços de saúde, e que alguns profissionais demonstraram uma prática profissional pautada em uma abordagem cega à cultura, com enfoque em ‘cuidados iguais’. Também evidenciou-se comunicação ineficiente diante de conflitos culturais e barreiras erguidas frente a isso.

No construto da competência e habilidades, é imperativo mencionar que no decurso do atendimento ao paciente, a enfermagem - e demais áreas da saúde - centram-se na necessidade de dispender o cuidado pautado em um raciocínio clínico. No entanto, a capacidade de desenvolver um raciocínio social é realmente negligenciada. Ou seja, independente do contexto de atuação profissional (hospital, atenção básica, saúde pública ou privada), o profissional precisa ponderar: Quem é a população sob meus cuidados? Para quem estou prestando atendimento? Há particularidades em cada um dos meus pacientes? Quais são as suas demandas? A capacidade de exercer um raciocínio social é uma habilidade que precisa ser praticada e aplicada. E ela precisa perpassar o entendimento amplo dos marcadores sociais que se entrecruzam para potencializar situações já agravadas.

Clarifica-se que quanto aos marcadores sociais de diferenças, estes são componentes determinantes em nossa sociedade para a sustentação de preconceitos, atitudes estigmatizantes e comportamentos discriminatórios que permeiam as relações sociais, tanto na esfera pública

como na privada (VENTURI, 2012). Por exemplo, as mulheres que migram acumulam fatores de opressão, que podem ser em função de seu gênero, por sua situação como migrantes/refugiadas e ainda por processos de estigmatização em função de marcadores sociais à elas atribuídos socialmente (CSEM, 2016; GEHLEN, 2019). Faz-se necessário para o profissional, portanto, desenvolver um raciocínio social que contemple o entendimento dos marcadores sociais como inerentes à sociabilidade humana, e compreender seus entrecruzamentos que causam desigualdades, injustiças e iniquidades em saúde, principalmente quando os marcadores sociais interseccionados forem causadores de identidades estereotipadas - como acontece com as mulheres refugiadas.

Discute-se a partir dos achados que, para o desenvolvimento de habilidades práticas culturais, é importante que os investigadores e os prestadores de serviços se envolvam numa maior colaboração entre disciplinas e sistemas para melhor servir as necessidades das mulheres refugiadas em situação de violência. Reforça-se que a solução para as questões da violência contra a mulher não pode ser encontrada em nenhuma profissão, mas necessita o reconhecimento e necessidade de colaboração interdisciplinar para encontrar soluções que abordem a complexidade da violência, trabalhando de forma conjunta com atuação em rede. Fazer com que os serviços tenham a capacidade de atuar em rede, e que as mulheres refugiadas sejam incluídas e realmente se sintam parte desta rede, também é uma competência e habilidade do profissional e do serviço.

Nesse sentido, para adquirir as habilidades práticas necessárias, entende-se existir a necessidade do engajamento dos profissionais também atuando como pesquisadores nas melhores formas de intervenção, a fim de determinar as melhores práticas profissionais. É evidente que não existe uma abordagem que funcione para todos, por isso é vital envolver-se em pesquisas que testem programas, serviços e práticas que possam ajudar a resolver a violência dentro de diversos enquadramentos.

Destaca-se ainda, que é importante também levar em consideração, além das práticas baseadas em evidências, as melhores práticas que são utilizadas nos sistemas culturais/informais e na comunidade de cuidados. Não se deve presumir que as comunidades não sabem como desenvolver os seus próprios serviços. Por exemplo, as comunidades nativas americanas desenvolveram uma série de métodos indígenas para lidar com a violência doméstica, como o Método Navajo de Pacificação, através de leis tribais sobre violência doméstica (HEGENAN, OLSON; 2004).

Uma questão adicional resultante da falta de competência cultural foi a incapacidade de se conectar com as mulheres refugiadas. O prestador de serviços não pôde compreender como desenvolver um relacionamento devido a valores culturais diferentes. Outras vezes, a mulher pôde sentir-se desconfortável em partilhar os seus assuntos pessoais e suas vivências de violências com alguém de uma origem cultural diferente porque sente que a pessoa pode não compreender a sua situação ou porque não quer educar a pessoa sobre a sua cultura para receber serviços.

Outro ponto muito importante clarificado pelos achados é que os profissionais não sabem “como fazer a pergunta de violência”. Muitos fatores foram apontados, desde preconceitos, senso de não-responsabilidade, ausência de conhecimento e falta de preparo profissional. Contudo, o fator decisivo foram as crenças e/ou habilidades limitantes de não saber qual conduta tomar frente a uma afirmação positiva de vivência de violência pela mulher refugiada. O que se pode inferir que é uma inabilidade do profissional, e uma lacuna do serviço, que pode não oferecer protocolos e diretrizes para tomadas de decisões para com mulheres pertencentes a grupos multiculturais. Ainda, as habilidades da capacidade de trabalho intersetorial e multidisciplinar precisam ser trabalhadas com os profissionais enquanto equipe e trabalho em rede.

Supõe-se que a formação dos profissionais da saúde voltado para a compreensão de diferentes culturas e de países específicos, poderia melhorar o entendimento entre prestadores e utilizadores (LK, 2011). No entanto, isto tem levado a arquétipos culturais de pacientes (por exemplo, “pacientes venezuelanos”), o que é uma representação errônea, uma vez que todas as culturas são dinâmicas e as pessoas, mesmo provenientes do mesmo país de origem, são muito heterogêneas (VILLADSEN, IMS, ANDERSEN; 2019).

Em vez disso, infere-se que técnicas e habilidades para um diálogo mais centrado na pessoa seria uma abordagem para melhor compreender a diversidade. Discute-se também que utilizar uma abordagem de consultas dirigidas compõem-se estratégias e habilidades importantes. Por exemplo, um estudo (VILLADSEN, IMS, ANDERSEN; 2019) identificou que profissionais que prestam cuidado às mulheres refugiadas consideraram o modelo de consulta direcionada altamente útil para garantir uma boa comunicação e, assim, identificar e acomodar as necessidades individuais das mulheres. Especialmente, o aumento do tempo e da flexibilidade foram mencionados como fundamentais para atender às necessidades muito heterogêneas destas mulheres.

Uma questão importante é que os profissionais de saúde precisam compreender como eles próprios representam uma cultura que se baseia na biomedicina e que, para todos os seres humanos, a cultura molda o pensamento e os comportamentos. Deste modo, a autorreflexão sobre como isto afeta a sua comunicação com as mulheres refugiadas é um ponto de partida importante (VILLADSEN, IMS, ANDERSEN; 2019). Além disso, em resposta ao aumento da diversidade, os sistemas de saúde precisam considerar como as necessidades individuais dos utilizadores correspondem ao resultado de interações entre aspectos culturais, posição social e questões de gênero (SEELEMAN et al, 2015).

Pois, não são apenas as competências dos prestadores de cuidados de saúde individuais que são importantes para as interações interpessoais e a qualidade dos cuidados, mas também para a organização dos cuidados a nível do sistema (SEELEMAN et al, 2015). No entanto, diante das descobertas sinalizadas neste estudo, a forma como estes aspectos são tratados na prática clínica atual, e as abordagens para garantir cuidados centrados na pessoa necessitam de debate e atenção.

Outra habilidade importante para se desenvolver, como uma jornada por toda a vida, é a capacidade de entender que a cultura é viva, dinâmica e muda de ambiente para ambiente e ao longo do tempo (KLEINMAN, BENSON; 2006), conforme as transformações sociais em cada época. Pois, normalmente, a cultura é vista erroneamente como estática, simplista e quase homogênea, o que limita a abertura dos profissionais a considerar variações individuais e sociedades mais complexas, com uma grande variedade de grupos culturais coexistindo. Mas a cultura é um processo através do qual as atividades e condições comuns assumem um tom emocional e um significado moral para os participantes (KLEINMAN, BENSON; 2006).

A cultura molda o pensamento. E todos os seres humanos tendem a atribuir estereótipos nas relações de sociabilidade, por isso, o que é necessário, - e pode ser definido como competência cultural - é que os prestadores de cuidados de saúde reflitam sobre como o seu pensamento está incorporado na cultura, e entender como isso afeta os seus comportamentos ao conhecer pessoas com outras culturas, definidas dinamicamente (SEELEMAN et al, 2015), ou o que Villadsen, Ims, Andersen (2019) chamam de competência cultural dinâmica.

Assim, dizer que é preciso conhecer e respeitar **sempre** a cultura no atendimento ao paciente é muito perigoso e complexo. Pois, e se essa cultura for permeada por violência, machismo, sexismo e violação de direitos humanos (?), como nos casos de mutilação genital feminina, ou cultura de preferência pelo filho e descaso pela filha, quando adoentados. Por isso, a inteligência cultural se faz tão importante em todos os aspectos do cuidado à populações

multiculturais, e as habilidades para trabalhar com um raciocínio social e uma inteligência cultural precisam ser objetivos profissionais permanentes de qualificação e aprimoramento de competências práticas.

Ao finalizar as discussões, reforça-se que, se depois de desenvolver uma consciência crítica, um conhecimento e habilidades culturais, e então pudermos concordar que a cultura é importante e que uma abordagem única na investigação e prestação de serviços sobre violência não serve melhor às mulheres, então são necessárias novas considerações e abordagens verdadeiramente enraizadas na abolição destas desigualdades e na procura de soluções que funcionem (BENT-GOODLEY, 2007). Pois, uma experiência cultural que pode permanecer adormecida, mas que volta a criar problemas sérios para o indivíduo, tem de ser considerada, apesar da sua natureza fluida. A área também deve considerar certos métodos que melhor respondam às perguntas desejadas.

9 PRODUTOS E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se pontual a apresentação dos **Pontos-chave** oriundos dos resultados desta pesquisa de revisão, os quais correspondem a um compilado dos 219 findings. Os achados revelaram que, na experiência do profissional, há barreiras e facilitadores para um cuidado pautado na competência cultural prestado às mulheres refugiadas, mesmo que muitas vezes não percebido como tal. No entanto, considera-se a partir dos achados, que nessa experiência há mais barreiras do que facilitadores, conforme apresentado abaixo.

Essas barreiras e facilitadores, por sua vez, foram classificados em domínios, tais como: **domínio individual do profissional** – suas atitudes, crenças, visão de mundo e abordagens; ao **domínio individual da mulher refugiada** – barreiras contextuais e culturais que são relacionadas à mulher refugiada, mas que na visão do profissional, incidem na sua atuação, visualizando como uma barreira para o cuidado. O **domínio coletivo do profissional**, que engloba atitudes e conhecimento do sistema e contexto coletivo e do trabalho em saúde, assim como formação e treinamento para trabalhar com competência cultural, ampliando-se este domínio à academia e aos centros de treinamento. E por fim, o **domínio institucional**, que relaciona-se às abordagens institucionais, à organização do sistema e das instituições para atender mulheres refugiadas em situação de violência e ao apoio organizacional aos profissionais para habilitar-se e desenvolver cuidados culturalmente competentes.

O Quadro 15 apresenta os domínios relacionados às barreiras para alcançar a competência cultural no cuidado à mulheres refugiadas em situação de violência.

Quadro 15: Pontos-chave da RSQ. Barreiras para alcançar a competência cultura.

Barreiras para alcançar a competência cultural	
Domínio individual do profissional	Domínio individual das mulheres refugiadas
<ul style="list-style-type: none"> - Concepções equivocadas de “cuidados iguais” – priorizar igualdade ao invés da equidade com populações multiculturais; - Crenças equivocadas e limitantes sobre o que é ser “culturalmente competente”; - Visão de mundo de que a violência que a mulher refugiada sofre deve ser discutida dentro do seu contexto familiar e não de um consultório médico; 	<ul style="list-style-type: none"> ● Dificuldades de acesso e vínculo às mulheres refugiadas pelas barreiras culturais impostas por elas e/ou sua família, relacionado a: <ul style="list-style-type: none"> - Barreiras contextuais e culturais que interferem na resposta dos serviços de saúde; - Comportamento de busca de ajuda prejudicado pelo tabu social/cultural da mulher – constrangimento cultural e concepção de que os problemas devem ser resolvidos em casa;

<ul style="list-style-type: none"> - Falta de compreensão do marcador social gênero; - Visão de mundo de que mulheres do mesmo contexto étnico-social (nacional) do profissional são mais fáceis de serem cuidadas porque adotam melhor as boas práticas de saúde; - Ausência de sensibilidade cultural – reduzir uma paciente à sua origem étnica, religiosa ou cultural; - Crenças limitantes sobre capacidade profissional de atender populações multiculturais (e) em situação de violência; - Medo de fazer a pergunta (sobre violência) e senso de responsabilidade limitante; - Crenças limitantes de que não tem o direito de fazer perguntas sensíveis; - Dificuldade de transpor a barreira cultural pela ausência de conhecimento sobre a cultura da população sob seus cuidados; - Abordagem baseada na “medicina tradicional”; - Ignorar as necessidades específicas culturais da mulher; - Falta de paciência e utilização de desculpas como “falta de tempo” para dispender cuidado com competência cultural para populações multiculturais; - Dificuldades de entender a aculturação - Visão de mundo de que as mulheres refugiadas são obrigadas a se familiarizar e se adequar com a cultura da sociedade migrada; - Dificuldade de comunicação e de transpor a barreira linguística; - Imposição de cuidados de saúde por não conseguir comunicar-se por uma linguagem que não seja direta; - Não reconhecer (invalidar) as práticas culturais das mulheres; - Não buscar alternativas para transpor os conflitos culturais e éticos em situações específicas (como mutilação genital feminina); 	<ul style="list-style-type: none"> - Presença do marido ou familiar no “encontro de cuidado”, intimidando a mulher refugiada e o profissional; - Dificuldade de acesso a serviços de saúde pela mulher devido a estigma cultural e social; - Vergonha e pela mulher em relação à experiência de violência; - Segredo familiar: As mulheres refugiadas são incentivadas a manter a violência que sofrem dentro da família, sob risco de ostracismo familiar e cultural; - A cultura como fonte de dificuldades para promover o planejamento familiar; - Naturalização da violência pela cultura da mulher, impedindo o profissional de realizar abordagens e plano de ação para romper o ciclo; - Cultura coletivista e autoritária de abuso pela família: profissional tem dificuldades em construir uma rede de apoio para a mulher pela violência que a mulher sofre dentro da família, como sogra e cunhados; - Estigma de HIV e IST com viés de gênero em mulheres refugiadas – dificuldades de acessar essas mulheres;
--	---

<ul style="list-style-type: none"> - Banalizar a dor e sofrimento de uma mulher com justificativa de que “faz parte da cultura dela”; - Não aceitar as diferenças culturais; - Aplicar presunções negativas, atitudes preconceituosas, xenofóbicas e estereotipadas com base na cultura; - Utilizar termos como “eles” (refugiados) e “nós” (autóctones) para distinguir os pacientes em “encontros de saúde”; - Adotar práticas racistas e marginalizantes; - Adotar explicações racializantes e de culpabilização para situações específicas com populações multiculturais; 	
Domínio coletivo do Profissional	Domínio institucional
<ul style="list-style-type: none"> - Falta de compreensão do sistema, dos serviços em rede e dos profissionais que podem acessar para encaminhar as mulheres refugiadas em situação de violência; - Falta de compreensão dos protocolos específicos para atender mulheres refugiadas em situação de violência; - Falta de treinamento, capacitação e formação profissional (de base acadêmica e institucional) para trabalhar com populações multiculturais (e) em situação de violência; - Opiniões conflitantes entre profissionais no uso de serviços como abrigos e intervenções policiais, limitando as oportunidades de intervenção de violência em comunidades multiculturais. 	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de recursos humanos, estruturais, financeiros para atender as mulheres refugiadas; - Ausência de espaços de abrigo específico para mulheres refugiadas em situação de violência – os abrigos convencionais não dão conta dos autóctones, e muitas vezes não recebem refugiados; - Ausência de trabalho em rede – os profissionais relatam fragmentação, descoordenação e ausência de comunicação entre os serviços; - Demanda maior que a oferta- não há serviços de saúde suficiente para atender a demanda de mulheres refugiadas em situação de violência; - Ausência de serviços culturalmente competentes – com profissionais com competência cultural e intérpretes de saúde; - Pressão das instituições para manter um alto fluxo de atendimento de pacientes; - Ausência de diretrizes e políticas específicas na instituição para orientar o atendimento a populações multiculturais; - Não oferecer trabalhadores bilingues e/ou biculturais qualificados para atendimentos específicos.

Elaboração: autora

O Quadro 16 apresenta os domínios relacionados aos facilitadores para alcançar a competência cultural no cuidado às mulheres refugiadas em situação de violência.

Quadro 16: Pontos- chave da RSQ. Facilitadores para alcançar a competência cultural.

Facilitadores para alcançar a competência cultural	
Domínio individual do profissional	Domínio institucional
<ul style="list-style-type: none"> - Desejar ser um profissional diferente; - Desejar ser mais capacitado; - Empatia e desejo pessoal de ajudar a mulher a sair da situação de violência; - Desejar e buscar conhecimento sobre a cultura das mulheres sob seus cuidados; - Respeitar as questões culturais relacionadas a religiosidade/espiritualidade; - Compreender que possuir a mesma origem cultural do seu paciente não lhe torna um especialista nesta cultura – é preciso ouvi-lo e respeitar suas especificidades; - Mobilizar a cultura como estratégia de intervenção; - Abordagem centrada no paciente; - Abordar as questões de violência nos “encontros de cuidado”; - Construir concordância cultural; - Disposição para compreender “o mundo um do outro”; - Ferramentas de triagem e abordagem do profissional adequadas para identificar situações de violência; - Construir uma relação de confiança e não-julgamento; - Sensibilizar-se com a dor emocional do Outro; 	<ul style="list-style-type: none"> - Trabalho em rede e em estreita colaboração com outras instituições de saúde, instituições de assistência e proteção à mulher, ONGs para refugiados; - Viabilização de trabalho em colaboração com líderes de comunidade e líderes religiosos, formando mobilizadores nas comunidades; - Trabalho em parceria com a polícia, agências de proteção à criança e coletivos de mulheres; - Apoiar os profissionais para adquirir conhecimento e habilidades culturais.

- Conhecimento e compreensão das forças estruturais e sistemas interligados de opressão como determinantes da violência;
- Conhecimento e compreensão amplos acerca da violência;
- Disposição para aprender com a experiência dos outros;
- Compreensão de que os espaços dos serviços de saúde são lugares seguros para a mulher falar sobre as situações de violência vividas;
- Gerenciar seu próprio contexto cultural e visão pessoal nos “encontros de cuidado”;

Domínio coletivo do Profissional

- Entender os problemas da comunidade sob seus cuidados e envolvê-las nas intervenções;
- Usar recursos com representações visuais para difundir na comunidade multicultural as questões relacionadas a violência;
- Realizar atividades grupais (e) com mulheres de mesmo grupo étnico;
- Compreensão da importância do trabalho em equipe e da abordagem multidisciplinar para trabalhar com populações multiculturais.

Elaboração: autora

Os achados do estudo revelam que a falta de competência cultural dos profissionais pode impactar os serviços de saúde de diversas maneiras. A experiência do profissional, em sua grande maioria, evidenciou a utilização de uma abordagem cega à cultura, acreditando que todos devem ser tratados exatamente da mesma forma e receber exatamente o mesmo serviço, utilizando uma abordagem com enfoque em ‘cuidados iguais’. No entanto, é importante deixar em evidência que ignorar os desafios enfrentados por diferentes grupos, nega e invalida as suas experiências.

A partir disso, concluiu-se que uma tríade de consequências do mau uso da cultura pelos profissionais foi identificada nas descobertas como **estereótipos** (julgamentos e pré-conceitos atribuídos às mulheres), **discriminação** (a partir da atribuição dos estereótipos) e **invalidação do sofrimento** (menosprezo da dor e sofrimento causado por algum tipo de violência só porque é uma prática comum na comunidade étnica da mulher, por ex. a mutilação genital feminina), o que impactou no cuidado dispendido e no desejo de ajudar desses profissionais.

Conclui-se também que a falta de competência cultural vai além de uma abordagem prática, mas realmente fala da prestação de serviços que sejam éticos, competentes e eficazes. Ou seja, ela diz respeito ao **profissional** e a **instituição** que os atende. Quando um elemento tão significativo da experiência do paciente é negado, tudo dentro da transação de ajuda é problemático – desde a avaliação da situação da mulher até o método de resposta e plano de ação selecionado (e início da Rota Crítica). É concluinte que, isto também é verdadeiro para os pesquisadores, pois, estudar estas questões da violência contra mulheres, principalmente as que pertencem a grupos multiétnicos, sem utilizar uma abordagem culturalmente competente, pouco contribui para realmente acrescentar à ciência e promover estudos que possam ser aplicados entre grupos.

As considerações finais deste estudo em tela também exigem algumas pontuações nominais frente aos achados deste estudo. Assim, quanto ao termo “**encontro de cuidado**”, entende-se como uma expressão adequada e inclusive sugestiva para ser adotada. A intenção é reduzir relações verticais de cuidado e distanciamento entre profissional-paciente, viabilizando verdadeiros encontros, com primazia no diálogo e respeito mútuo, cujo foco seja o cuidado humanizado, competente e sensível culturalmente, com abordagem centrada no paciente.

Entende-se também que **cultura** precisa ser vista como um importante marcador social, visto ser um fator determinante para estar ou sair de uma situação de violência, além de ser um elemento causador de preconceitos e discriminações. Pois, as situações de violência e de vulnerabilidade a ela, para as mulheres que se refugiam, acentuam-se à medida que mais ou menos marcadores sociais se interseccionam nas suas experiências de vida e nas relações sociais estabelecidas.

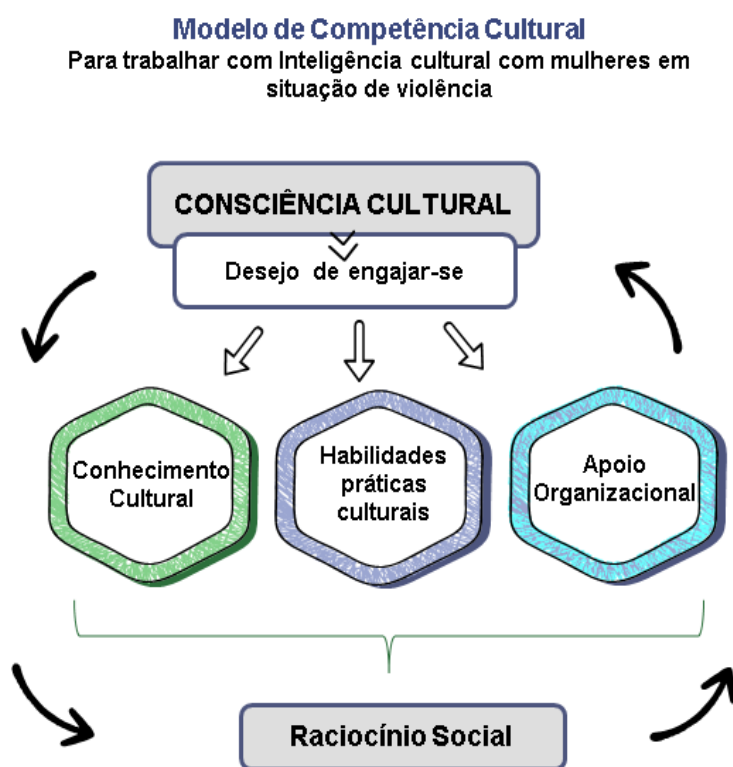
E nessenexo, ressalta-se que conhecer e compreender o impacto dos marcadores sociais de diferenças como determinantes de violência são imperativos para o profissional desenvolver seu **raciocínio social**, e atuar com uma **inteligência cultural**. Assim, a competência cultural é um processo contínuo, no qual se esforça continuamente para alcançar a capacidade de trabalhar eficazmente dentro do contexto cultural do indivíduo e/ou comunidade, de modo que se possa pensar com uma inteligência cultural. Essa capacidade precisa ser tanto do profissional, quanto do serviço.

O modelo de competência cultural utilizado neste estudo menciona que o processo deve iniciar pelo desejo de engajar-se e de se tornar um profissional culturalmente competente. E que após o desejo, o profissional entra em um ciclo de construtos, composto pela consciência, conhecimento e habilidades culturais, e apoio organizacional, e que estes devem percorrer a

experiência do profissional como uma jornada por toda a vida. Quanto a esse último, concorda-se que a competência cultural precisa perpassar toda a vida do profissional, e ir se moldando conforme suas vivências pessoais, conhecimento aprofundado e habilidades adquiridas a fim de trabalhar com inteligência cultural.

No entanto, confronta-se esse modelo quanto ao ponto inicial, pois considera-se que o construto da **Consciência cultural** precisa estar justaposto com o desejo de engajar, para dar início ao processo de tornar-se culturalmente competente. Para tanto, pensando na **contribuição teórica** ao modelo de competência cultural para futuros pesquisadores e pesquisas, apresenta-se um re- desenho (Figura 5) do modelo, desenvolvido a partir dos achados deste estudo:

Figura 5: Re- desenho do Modelo de Competência cultural



Elaboração: autora, adaptado de Balcazar (2009).

Pois, sem uma consciência crítica, reflexiva e compreensiva de que existem outras culturas além da si própria; de que marcadores sociais - como a cultura - edificam posições privilegiadas na sociedade, incluindo diferenças de classe e experiências de opressão; e que sem essa reflexão crítica dos nossos pré-conceitos em relação às pessoas que estão em contextos

diferente do nosso, sem considerar tudo isso, a probabilidade de engajar-se na competência cultural será muito baixa. O ‘ônus da prova’ reside nos achados deste estudo, em que a consciência cultural foi o construto menos evidenciado nas falas dos profissionais, e que está menos presente no modelo de cuidado dispendido aos pacientes/mulheres refugiadas em situação de violência.

O segundo construto que menos foi evidenciado nos achados foi o **Apoio Organizacional**, e quando citados, prevaleceu-se na forma de ausência de apoio e suporte institucional/sistêmico. Considera-se que isto representa uma forte ligação com a ausência da consciência cultural, pois esta falta de compreensão e visão de que a sociedade é composta por expressivos grupos étnicos e multiculturais, e que necessitam de cuidados culturalmente competentes, está presente também nos gestores e formuladores de políticas públicas. E em se tratando de violência contra a mulher refugiada, pode-se inferir que a ausência de dados epidemiológicos que demonstrem a magnitude da violência contra mulheres que migram e se refugiam, corroboram para essa falta de consciência cultural e conseqüentemente, na ausência de políticas públicas específicas e efetivas.

9.1 RECOMENDAÇÕES PARA A POLÍTICA

Nessa linha de pensamento, o estudo em tela introduz recomendações para a **política**, de acordo com o grau de recomendação do ConQual. Ressalta-se que o grau de recomendação para a política (M1), neste estudo de RSQ mostrou-se moderado, no entanto, tendo em vista que: (1) as evidências tem fragilidades; (2) os autores ainda apresentam limitações para se posicionar teoricamente e politicamente nos estudos, e (3) há lacunas existentes acerca dessa problemática no contexto político/de saúde brasileiro, essa recomendação precisa ser vista com cautela. De modo geral, as recomendações para a política são apresentadas com base nos achados, e compõe um conjunto de ações.

Assim, as contribuições caminham no sentido da construção de uma Política Pública (PP) voltada para as mulheres em contexto de diáspora, seja elas em processo de migração voluntária, refugiadas, solicitantes de refúgio aguardando sua concessão ou apátridas. Levando-se em consideração que as políticas públicas têm por essência atuar como um modelo de atendimento em saúde; como um ‘roteiro’ para a assistência, esta precisa contemplar todas as populações, esferas e práticas de cuidado.

Deste modo, essa PP precisa ser perspectivada pela PPBE (Políticas Públicas Baseadas em Evidências), pois são primordiais para as tomadas de decisões bem informadas com vistas a construção de políticas, programas e projetos públicos. Com a PPBE, tem-se a possibilidade de introduzir as melhores evidências de pesquisas disponíveis no coração do desenvolvimento e implementação das políticas públicas (DAVIES, 2004) específicas para as mulheres refugiadas, e que incluam protocolos específicos quando estas vivenciam situações de violência.

A ausência de PP e de instrumentos de notificação e quantificação de violências desse grupo populacional geram importantes lacunas epidemiológicas, além de acarretaram (mesmo que indiretamente) na ausência de consciência cultural pelos profissionais, já que o tema acaba sendo pouco inserido nos espaços de trabalho; e na ausência de apoio organizacional e sistêmico para esta população. **E se os governantes, gestores e formuladores de PP não possuem essa visão, como esperar que os profissionais de saúde o tenham.**

Desta forma, tendo em vista a produção de evidências a partir deste estudo, e do grau de recomendação do ConQual, as contribuições deste estudo para a política e PPBE assentam-se na formulação de dois produtos, com o objetivo de recomendação e orientação:

9.1.1 Produto 1 - Atualização da Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovocada 5.1.

Essa atualização precisa incluir no segundo campo da barra lateral vertical, que diz respeito à “**Notificação Individual**”, o campo específico de preenchimento “**nacionalidade**” de resposta livre, para que o profissional insira a nacionalidade (país de origem) da mulher em situação de violência; e acréscimo do campo “**status de nacionalidade**”, onde o profissional irá inserir as informações a respeito do tipo de status referente à pessoa no Brasil: nascido no Brasil, refugiada, migrante voluntária (quando a pessoa toma a decisão de migrar, sem envolver crise humanitária e violência generalizada no seu país de origem), solicitante de refúgio (para aqueles que solicitaram o status de refugiado e ainda estão aguardando seu status ser deferido), naturalizado brasileiro (pessoa que não nasceu no Brasil, mas se naturalizou brasileira, isto é, possui a cidadania brasileira perante a lei), turista (pessoa estrangeira que encontrava-se somente por período curto e pré-determinado em carácter de visitante), e ignorado, quando a pessoa não quer, não sabe ou não tem condições de expressar seu status de nacionalidade.

A Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovocada 5.1 atualmente em vigência pode ser conferida no link <https://portalsinan.saude.gov.br/violencia-interpessoal-autoprovocada>.

9.1.2 Produto 2- Tradução do conhecimento para gestores e formuladores de políticas públicas: *Policy Brief*

A linguagem científica comumente não é acessível a usuários, profissionais do sistema de saúde e, principalmente, para os tomadores de decisões e formuladores de políticas públicas. Assim, é necessária uma tradução para a utilização dos conhecimentos científicos (VIEIRA; GASTALDO; HARRISON, 2020). Tradicionalmente, a tendência dos acadêmicos é de transferir ou difundir conhecimento, o que frequentemente significa publicar e apresentar os resultados dos estudos em eventos (VIEIRA; GASTALDO; HARRISON, 2020), o que não promove o alcance necessário aos pacientes, profissionais, gestores e tomadores de decisões, e traz empecilhos para transformações na produção de políticas públicas baseadas em evidências.

Deste modo, para a Tradução do Conhecimento (TC) científico para os gestores e formuladores de programas e políticas públicas, tendo em vista o potencial de impacto dos resultados à população de mulheres refugiadas, elaborou-se um *Policy Brief* (Resumo de Política) para ser encaminhado a representantes-chave dos setores que atuam com mulheres refugiadas em situação de violência. Destaca-se que para sua elaboração, seguiu-se as recomendações para elaboração de um *Policy Brief*, conforme workshop internacional promovido pela The Global Health Network (2022). Este resumo de política ainda passará por consultoria com expertise neste tipo de tradução do conhecimento, e também por um designer gráfico, a fim de deixá-lo visualmente atrativo para o público alvo.

Para a utilização do *Policy Brief* como uma ferramenta de disseminação do conhecimento, propôs-se um plano de disseminação dos resultados (Quadro 17) com o objetivo de compartilhá-lo com órgãos, instituições, conselhos e pessoas-chave, em contexto regional, estadual e nacional.

Quadro 17: Disseminação dos resultados considerando órgãos chave.

Nível regional (Santa Maria) e Estadual (Rio Grande do Sul)
--

NEPES - Núcleo de Educação Permanente em Saúde de Santa Maria/RS
4ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS)
Comitê de Atenção a Migrantes, Refugiados, Apátridas e Vítimas de Tráfico de Pessoas do Estado do Rio Grande do Sul (COMIRAT/RS).
Conselhos Profissionais (Enfermagem, medicina, psicologia, serviço social, etc.)
Departamento de Política Pública para Mulher (DPM) do RS – Diretora Tabata Bier
Nível Nacional
Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA)- coordenadora do Grupo de Trabalho (GT) da construção da Política Nacional de Saúde das Populações Migrantes, Refugiadas e Apátridas
Enfª Profª Drª. Ethel Leonor Noia Maciel – Secretária da SVSA (além de estar à frente da Secretaria e do GT, também é atuante na causa das Mulheres na Ciência, e na divulgação da ciência e combate a desinformação).
Ministério das Mulheres e Ministra de Estado das Mulheres

Elaboração: autora

9.2 RECOMENDAÇÕES PARA A PRÁTICA E FORMAÇÃO PROFISSIONAL

As conclusões gerais desta revisão forneceram evidências para orientar também a **prática**. O grau de recomendação, após avaliação ConQual, mostrou-se moderado para a M2 e M6 (conhecimento e habilidades deficientes dos profissionais para promover atenção às mulheres), e baixo para os demais. Reforça-se novamente que o grau de recomendação precisa ser levado com cautela pelos motivos já mencionados. Assim, as recomendações partem das descobertas.

Quanto ao modelo de atenção à saúde tendo em vista as populações culturais, esse precisa levar em conta as **necessidades** de saúde dessas população ao invés de priorizar demandas, com foco na integralidade e equidade. O que fortalece o nosso SUS, tornando-o mais humanizado e resolutivo. Para tanto, sugere-se a adoção e implementação de um Modelo de Atenção pelos profissionais e serviços, com uma abordagem de **Cuidado Cultural**, a qual precisa ser avaliada e testada, a fim de avançar no conhecimento, na prática e na qualificação do cuidado com competência cultural. Para tanto, o desenho de Competência Cultural apresentado nas conclusões deste estudo pode atuar como base para o despertar da consciência cultural e promover o engajamento dos profissionais à uma postura profissional e pessoal de cuidados culturalmente competentes, como uma jornada por toda a vida.

Para a atuação e prática profissional, recomenda-se a utilização de produtos tecnológicos, como, por exemplo, jogos interativos para despertar a consciência cultural, e

orientar os profissionais a trabalhar com inteligência cultural no atendimento a mulheres refugiadas em situação de violência. Os jogos também são uma importante ferramenta para trabalhar com as mulheres e suas comunidades, com vistas ao despertar para as questões da violência e do empoderamento feminino, levando em conta as questões culturais inerentes a cada grupo multicultural para o qual se dispense cuidado.

Este estudo de revisão também permitiu vislumbrar que a **formação** dos profissionais da saúde, sobretudo da enfermagem, precisa ser moldada desde o início com uma inteligência cultural, tendo seu *continuum* iniciado ainda durante a graduação, e incentivado a manter-se por toda a vida profissional. Entende-se que para isso, a competência cultural precisa ser disciplina obrigatória na academia, e revisitada nos programas de pós graduação, frente a sua relevância na seara da saúde. Nesse lastro, para o desenvolvimento da competência cultural, sugere-se utilizar cenários, contextos e estratégias pedagógicas diversas, que perpassem longitudinalmente e integrativamente o currículo, não devendo ser apenas uma disciplina, um estágio ou atividades isoladas, mas, sim, uma **postura institucional**.

9.2.1 Produto 3- Guia de perguntas auto- avaliativas para alcançar a inteligência cultural na prática profissional.

A partir da compreensão de que não há uma “receita” para torna-se culturalmente competente, mas que isso faz parte de um conjunto de vivências pessoais, conhecimento aprofundado e habilidades adquiridas, em um processo que precisa perdurar por toda a vida profissional; tecer recomendações para a prática torna-se, de certo modo, complexo. Assim, com base nos achados deste estudo, realiza-se recomendações para a formulação de um roteiro com perguntas auto- avaliativas direcionados aos profissionais da saúde, a fim de provocar uma reflexão sobre quais atitudes o profissional está exercendo diariamente para alcançar a competência cultural.

Esse roteiro precisa conter perguntas abrangentes acerca dos domínios da consciência cultural, do Conhecimento cultural, das Habilidades e aptidões práticas e acerca do apoio institucional, que permitem ao profissional tecer reflexões sobre sua prática de trabalho, dentro de um Quadro Cultural, com mulheres refugiadas que vivenciam situações de violência. O roteiro precisa ser elaborado de modo que possa ser praticado por qualquer profissional que exerce o cuidado, em qualquer momento de sua vida profissional, de modo frequente, a fim de manter vivo o processo de torna-se culturalmente competente.

9.3 RECOMENDAÇÕES PARA A PESQUISA

Embora esta pesquisa verse acerca da competência cultural para trabalhar com mulheres refugiadas em situação de violência, busca-se colocar em relevo que a competência cultural deve perpassar **todo o atendimento dispendido à população**, seja na atuação clínica, nos diferentes setores e espaços da saúde e assistência, para qualquer tipo de problema/intercorrência que esta população esteja carecendo, seja na seara clínica ou social. Pois ela fornece uma contemplação maior das necessidades da população, levando em conta suas necessidades clínicas, sociais e culturais. Assim, poderemos formar e capacitar profissionais com um olhar para além do raciocínio clínico, mas também com “raciocínio social”, e elevar as práticas avançadas em enfermagem para além da clínica.

As recomendações para pesquisas futuras também caminham no sentido de que, tendo em vista a ausência de estudos produzidos no Brasil, é mandatória a recomendação da realização de estudos primários no âmbito brasileiro, pois pouco se conhece sobre o modelo de atendimento em saúde dispendido às mulheres refugiadas nesse contexto. Da mesma forma, não é possível dizer se a competência cultural para trabalhar com mulheres migrantes e refugiadas é um elemento presente, conhecido e discutido entre os profissionais, em qualquer contexto de saúde brasileiro.

Recomenda-se ainda, o desenvolvimento de pesquisas que avaliem resultados e efetividade de treinamentos voltados para a competência cultural, visto a baixa produtividade de estudos nesse sentido. Pois, à medida que procuramos avançar nas práticas e no cuidado, é fundamental não só aprofundar a nossa compreensão destas questões, mas também envolver-nos em investigação de intervenção para determinar as melhores práticas para trabalhar com diversos grupos culturais, o que inclui estudar modelos de atenção à saúde viáveis e replicáveis. É evidente que não existe uma abordagem que funcione para todos, por isso é vital envolver-se em pesquisas que testem programas, serviços e práticas que possam ajudar a resolver a violência dentro de diversos enquadramentos.

Sugere-se ainda que, em vez de focar apenas nas práticas baseadas em evidências, é importante identificar também as melhores práticas que são utilizadas nos sistemas culturais/étnicos de cuidados e que foram consideradas úteis. Não se deve presumir que as comunidades não sabem como desenvolver os seus próprios serviços. Assim, olhar para a comunidade e aprender com ela também são formas de intervenção, e que podem receber atenção dos pesquisadores.

Ainda, é urgente que gestores e formuladores de programas, intervenções e políticas públicas sejam contemplados como participantes nas pesquisas em saúde. Esta foi uma importante lacuna evidenciada nos estudos, e sendo esses, participantes-chave para o desenvolvimento e implementação de práticas culturalmente competentes, justifica-se a importância de engajar esse público nas pesquisas. Ainda, a competência cultural deve ser exigida no âmbito da investigação e dos sistemas de cuidados, especialmente aqueles que recebem financiamento público. Quanto aos pesquisadores, precisam ser capazes de fornecer evidências de procedimentos e práticas culturalmente competentes, que orientem a PPBE e que demonstrem compreensão e respeito pelas diversas populações.

Há uma série de implicações quando consideramos a próxima onda de pesquisas que abordam a violência contra as mulheres refugiadas e suas intersecções com a cultura. O primeiro passo é compreender que a cultura é importante, e que deve orientar os programas e intervenções para satisfazer as necessidades das populações, principalmente aquelas multiculturais. Este problema requer ênfase e resolução conscientes para aumentar o que sabemos nesta área, e que sejam significativas para as pessoas - não apenas para um grupo - mas representativas de mudanças nas necessidades de um grupo demográfico crescente.

O compromisso em encontrar soluções para acabar com a violência não deve ser esvaziado pela incapacidade de reconhecer que a cultura é relevante para a forma como as mulheres vivenciam a violência e seus contextos de vida. Assim, ao firmar o compromisso em salvar vidas, a investigação científica e a prática no âmbito da violência contra as mulheres que se refugiam devem centrar-se na procura de soluções duradouras para erradicar este problema devastador. Nessa esteira, reflete-se que é apenas através da nossa própria integridade (como pessoa e como profissional) que seremos capazes de reconhecer que a cultura não é um conceito evasivo.

REFERÊNCIAS

ACNUR BRASIL. Agência da ONU para Refugiados. Vozes das pessoas refugiadas no Brasil. Diagnósticos participativos do ACNUR. 2020. Disponível em: <https://www.acnur.org/portugues/wp-content/uploads/2021/06/ACNUR-Relatorio-Vozes-das-Pessoas-Refugiadas-reduzido.pdf>. Acesso em 01 out 2023.

ACNUR BRASIL. Agência da ONU para Refugiados. Deslocamento global atinge novo recorde e reforça tendência de crescimento da última década. Genebra, 2022. Disponível em: <https://www.acnur.org/portugues/2022/06/15/acnur-deslocamento-global-atinge-novo-recorde-e-reforca-tendencia-de-crescimento-da-ultima-decada/>. Acesso em: 04/10/2022.

ASSEMBLEIA GERAL DA ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Paris, 1948, 217 [III] A. Disponível em: <http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>. Acesso em: 13/11/2022.

ASSEMBLEIA GERAL DA ONU. Declaração e Programa de Ação de Viena. In: **Conferência Mundial sobre Direitos Humanos**. 1993. Portal de Direito Internacional. Disponível em: <https://www.oas.org/dil/port/1993%20Declara%C3%A7%C3%A3o%20e%20Programa%20de%20Ac%C3%A7%C3%A3o%20adoptado%20pela%20Confer%C3%Aancia%20Mundial%20de%20Viena%20sobre%20Direitos%20Humanos%20em%20junho%20de%201993.pdf>. Acesso em: 13/11/2022.

AHMAD F, SMYLIE J, OMAND M, CYRIAC A, O'CAMPO P. South Asian Immigrant Men and Women and Conceptions of Partner Violence. **Journal of Immigrant and Minority Health**. 2017 Feb;19(1):57-66.

AKOTIRENE, C. **O que é interseccionalidade?** RIBEIRO, Djamila (Coord.). Belo Horizonte: Letramento/Justificando, 2018.
ASSIS, JF. Interseccionalidade, racismo institucional e direitos humanos: compreensões à violência obstétrica. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 133, p. 547-565, dez. 2018.

ALVESSON M, SKÖLDBERG K. **Tolkning e reflexão**. Vetenskapsfilosofioch kvalitativ metod (Interpretação e reflexão. Filosofia da ciência e método qualitativo). 2ª ed. 2008, Studentlitteratur, Lund, Suécia.

ALMEIDA, S. L. de. Racismo. Enciclopédia Jurídica da PUCSP. Tomo Teoria Geral e Filosofia do Direito, Edição 1, Abril de 2017. Disponível em: <https://enciclopediajuridica.pucsp.br/verbete/92/edicao-1/racismo>. Acesso em: 05 jan 2024.

AYRES, J. R. C. M.; PAIVA, V.; FRANÇA JÚNIOR, I. **Conceitos e práticas de prevenção**: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. In: PAIVA, V.; AYRES, J. R.; BUCHALLA, C. M. (Org.). Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde. Curitiba: Juruá, 2012. v. 1, p. 71-94.

BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

BARRETO, T. M. A. C. et al. Os impactos nos serviços de saúde decorrentes da migração venezuelana em Roraima: ensaio reflexivo. In: BAENINGER, R. et al. (Orgs.). **Migrações Venezuelanas**. Campinas: Núcleo de Estudos de População “Elza Berquó” – Nepo/Unicamp, 2018. p. 369-373.

BARROS, Eunadson Donato de; OLIVEIRA, Caio Côelho de; VIANA, Evelyn Oliveira; ARAÚJO, Igor Eduardo dos Santos; OLIVEIRA, Keitielle Ribeiro, et al. A Proteção da Mulher Refugiada Contra Violência Sexual: Uma Reflexão Jurídica Sobre a Crise Humanitária no Conflito Sírio. **Anais do 13º Congresso Acadêmico sobre Defesa Nacional**. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: https://www.gov.br/defesa/pt-br/arquivos/ensino_e_pesquisa/defesa_academia/cadn/artigos/XIII_cadn/a_protecao_da_mulher_refugiada_contra_a_violencia_sexual_uma_reflexao_juridica_sobre_a_crise_humanitaria_no_conflito_sirio.pdf. Acesso em: 13/11/2022.

BALCAZAR, F. E.; SUAREZ-BALCAZAR, Y; TAYLOR-RITZLER, T. Cultural competence: Development of a conceptual framework, **Disability and Rehabilitation**, 31:14, 1153-1160, 2009. DOI: [10.1080/09638280902773752](https://doi.org/10.1080/09638280902773752)

BAKER, K; BEAGAN, B. Making assumptions, making space: an anthropological critique of cultural competency and its relevance to queer patients. **Med Anthropol Q.** 2014;28:578-98.

BBC. **Coronavírus: Brasil fecha quase toda a fronteira terrestre, mas mantém entrada por aeroportos**. Brasil, 2020. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-51966428>>. Acesso em: 18 nov 2020.

BENT-GOODLEY. T.B. Health disparities and violence against women: Why and How Cultural and Societal Influences Matter. **Trauma, violence, & abuse**, Vol. 8, No. 2, April 2007 90-104 DOI: 10.1177/1524838007301160.

BERGER, Peter L.; LUCKMANN, Thomas. **A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento**. Tradução de Floriano de Souza Fernandes. Petrópolis: Vozes, 2014.

BETANCOURT, J.R., GREEN, A.R. & CARRILLO, J.E. Cultural Competence in Health Care: Emerging Frameworks and Practical Approaches. Field Report. The Commonwealth Fund. www.cmwf.org, 2002.

BLAIR IV, STEINER JF, HAVRANEK EP. Unconscious (implicit) bias and health disparities: where do we go from here? *Perm J.* 2011;15(2):71–78. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)]

BRACHO, T. Políticas basadas en evidencia. La política pública como acción informada e objeto de investigación”. In: MERINO, M. & CEJUDO, G.M. (Eds.). **Problemas, decisions y soluciones**. México D.F.: FCE/CIDE, 2010.

BRAH, A. Diferença, diversidade, diferenciação. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 26, p. 329-376, janeiro/junho de 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cpa/n26/30396.pdf>. Acesso em: 24/09/2020.

BRAH, A. Cuestiones de «diferencia» y feminismos globales. *In*: BRAH, A. **Cartografías de la diáspora: identidades en cuestión**. Tradução de Sergio Ojeda. Traficantes de Sueños: Madri, fevereiro de 2011, p. 111-121.

BRANDINO, G. Agência Patrícia Galvão. **Violência contra mulheres imigrantes é recorrente e subnotificada no Brasil**, 2015. Disponível em: <https://agenciapatriciagalvao.org.br/violencia/violencia-contramulheres-imigrantes-e-recorrente-e-subnotificada-no-brasil/?print=pdf>. Acessado em: 14/10/2018.

BRASIL. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres**. Brasília –DF, 2011.

BRASIL. Estado do Rio Grande do Sul. **DECRETO Nº 49.729, DE 22 DE OUTUBRO DE 2012**. Disponível em: <http://www.al.rs.gov.br/filerepository/repLegis/arquivos/DEC%2049.729.pdf>. Acesso em: 12/09/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização – PNH**. Brasília, DF, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 30 out. 2023.

BRASIL. Presidência da República. **LEI Nº 13.445, DE 24 DE MAIO DE 2017**. 2017. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2017/lei/113445.htm. Acesso em: 13/09/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Departamento de Atenção à Saúde Indígena. **Manual de investigação/notificação de violências em povos indígenas**. Departamento de Atenção à Saúde Indígena. – Brasília: Ministério da Saúde: 2019. 22 p.: il.

BRASIL. Ministério Público do Estado do Pará. Procuradoria Geral de Justiça. Centro de Apoio Operacional Criminal. Núcleo de Enfrentamento à Violência contra a mulher. **Cartilha de Proteção à Mulher: ações para o enfrentamento à violência doméstica e familiar**. BELÉM/PA 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletins Epidemiológicos**. Brasília: MS, 2020a. Disponível em: <<https://coronavirus.saude.gov.br/boletins-epidemiologicos>>. Acesso em: 1o jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ficha de registro individual - Casos de síndrome respiratória aguda grave hospitalizado. SIVEP-Gripe**. Brasília: MS, 2020b. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20200429_N_FichaSIVEPGRIPESRAGHospital31032020_8248374246976398791.pdf>. Acesso em: 19 nov 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 120**, de 17 de março de 2020c. Dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no País de estrangeiros oriundos da República Bolivariana da Venezuela, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância

Sanitária. Brasília: MS, 2020c. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-120-de-17-demarco-de-2020-248564454>>. Acesso em: 18 nov 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Vigilância em Saúde. **Acidentes e Violências**. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/acidentes-e-violencia>. Acesso em 13/11/2022.

BRASIL. Ministério da Defesa. Operação Acolhida. 2022a. Disponível em: <https://www.gov.br/defesa/pt-br/assuntos/exercicios-e-operacoes/acoes-humanitarias/operacao-acolhida>. Acesso em: 02-11-2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Sinan - Sistema de Informação de Agravos de Notificação, 2023. Disponível em: <https://portalsinan.saude.gov.br/>. Acesso em: 21/08/2023.

BRUNET, Alice Einloft; KRISTENSEN, Christian Haag. **Prevalência e fatores associados a sintomas de estresse pós-traumático, depressão e ansiedade em imigrantes haitianos no Rio Grande do Sul**. Dissertação. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Pelotas. 2016.

BÓGUS, Lúcia Maria Machado; RODRIGUES, Viviane Mozine. Os refugiados e as políticas de proteção e acolhimento no Brasil: História e Perspectivas. **Revista Dimensões**, vol.27, 2011, p.101-114. ISSN: 2179-8869

BUCCI, Maria Paula Dallari. O conceito de política pública em direito. In: BUCCI, Maria Paula Dallari (Org) Políticas Públicas: reflexões sobre o conceito jurídico. São Paulo: **Saraiva**, 2006.

BURGESS DJ, FU SS, VAN RYN M. Why do providers contribute to disparities and what can be done about it? **J Gen Intern Med**. 2004;19(11):1154–1159. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)]

BUTLER, J. Political affiliation beyond the logic of repudiation. In: BUTLER, J. **Bodies that matter**. On the Discursive Limits of "Sex". New York London: Roudedge, 1993, p. 111-119.

BUTLER, J. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. Tradução de Renato Aguiar. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

BUTLER, J. **Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do “sexo”**. In: LOURO, Guacira Lopes (Org.). **O corpo educado: pedagogias da sexualidade**. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2007, p. 151-172.

CARPENTER-SONG, EA, Nordquest Schwallie M, Longhofer J. Cultural competence reexamined: critique and directions for the future. **Psychiatr Serv**. 2007;58:1362-5.

CAMPINHA-BACOTE, J. A model and instrument for addressing cultural competence in health care. **Journal of Nursing Education**, 38(5), 203-207, 1999.

CARMO ME, GUIZARDI FL. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cad. Saúde Pública** 2018; 34(3):e00101417

CARVALHO A, COUTINHO E, PARREIRA V, RODRIGUES E. A competência cultural em enfermagem e a mediação intercultural preventiva. Número Temático Mediação Intercultural, Observatório das Migrações (OM) [Internet]. 2018;15:66-81.

CARVALHO, M. P. de. O corpo educado: pedagogias da sexualidade. In **Cadernos de Pesquisa** (Issue 109), 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0100-15742000000100012>. Acesso em: 20 ago. 2023.

CASTAÑO-LÓPEZ, E. et al. Publicaciones sobre mujeres, salud y género en España (1990-2005). **Revista Española Salud Pública**, Madrid, v. 80, p. 705-716, 2006.

CHAPMAN EN, KAATZ A, CARNES M. Physicians and implicit bias: how doctors may unwittingly perpetuate health care disparities. *J Gen Intern Med.* 2013;28(11):1504–1510. [PMC free article] [PubMed]

COCCO, Marta; LOPES, Marta Júlia Marques. Violência entre jovens: dinâmicas sociais e situações de vulnerabilidade. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS) 2010 mar;31(1):151-9. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/10620>. Acessado em: 20/05/2013.

COLLINS, P. H. Se perdeu na tradução? Feminismo negro, interseccionalidade e política emancipatória. **Parágrafo: Revista Científica de Comunicação Social da FIAM-FAAM**, v. 5, n. 1, p. 6–17, 29 jun. 2017. Disponível em: <http://revistaseletronicas.fiamfaam.br/index.php/recicofi/article/view/559>. Acesso em: 18/10/2020.

CEPAL. COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE. Observatório Demográfico, 2021 (LC/PUB.2021/19-P), Santiago, 2022. Disponível em: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/47931/S2100995_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 13/11/2022.

CONARE. COMITÊ NACIONAL PARA OS REFUGIADOS. Ministério da Justiça. **Refúgio em números**, 2023, 8ª edição, 48pg. Disponível em: https://portaldeimigracao.mj.gov.br/images/Obmigra_2020/OBMIGRA_2023/Ref%C3%BAgio_em_N%C3%BAmeros/Refugio_em_Numeros_-_final.pdf. Acesso em: 10/10/2023.

CONVENÇÃO INTERNACIONAL SOBRE A ELIMINAÇÃO DE TODAS AS FORMAS DE DISCRIMINAÇÃO RACIAL. Adoptada, assinada e ratificada pela Assembleia Geral na sua Resolução 2016 A (XX), de 21 de Dezembro de 1965. Entrada em vigor a 4 de Janeiro de 1969, em conformidade com o artigo 19. Série Tratados das Nações Unidas N° 9464, vol. 660, p.195. Disponível em: http://www.cimal.cl/publicaciones/doc_internacionales/discriminacion/convencion_discriminacion_racial.pdf. Acesso em: 20 dez 2023.

COSTA MMM; SCHWINN SA. Desafios às Políticas Públicas no campo da violência de gênero contra mulheres migrantes e refugiadas. IN: XIV Seminário Internacional Demandas Sociais e Políticas Públicas na Sociedade Contemporânea. 2017. Disponível em: <http://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/sidspp/article/view/17719>. Acessado em: 19/06/2020.

COSTA, Marta Cocco da et al. Mulheres rurais e situações de violência: fatores que limitam o acesso e a acessibilidade à rede de atenção à saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 38, n. 2, e59553, 2017. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.59553>. Acesso em 26 out. 2023.

CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Rev. Estud. Fem.**, vol.10, n.1, Jan. 2002, p. 171-188.

CRENSHAW, K; SHEWCHUK, RM; QU, H; STATON, LJ; BIGBY, JA; HOUSTON, TK; et al. What should we include in a cultural competence curriculum? An emerging formative evaluation process to foster curriculum development. **Acad Med.** 2011;86:333–41.

CRENSHAW, K. Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color. **Stanford Law Review**, vol. 43, n. 6, Jul./1991, p. 1241-1299.

CROSS, T. Towards a culturally competent system of care: a monograph on effective services for minority children who are severely emotionally disturbed. Washington DC: CASSP Technical Assistance Center Georgetown University Child Development Center; 1989.

CRUMPTON, Anita Kalunta. Attitudes and solutions toward intimate partner violence: Immigrant Nigerian women speak. **Criminology & Criminal Justice.** 2017;17(1):3-21.

DANIYAL, S. Not China, not Italy: India's coronavirus lockdown is the harshest in the world. Schroll.in. 3 abr. 2020. Disponível em: <<https://scroll.in/article/957564/not-china-not-italyindias-coronavirus-lockdown-is-the-harshesht-in-the-world>>. Acesso em: 19 nov 2020.

DARAWSHEH, W; CHARD, G; EKLUND, M. The challenge of cultural competency in the multicultural 21st century: a conceptual model to guide occupational therapy practice. **Open J Occup Ther.** 2015;3:

DAVIES, P. **Is evidence-based government possible?** London: Jerry Lee Lecture, 2004.

DIAS, Sonia; GONÇALVES, Aldina. Migração e saúde. **Revista Migrações**, Lisboa, v. 1, p. 15-26, 2007.

DIAS, Sonia Ferreira; ROCHA, Cristianne Famer; HORTA, Rosário. Saúde sexual e reprodutiva de mulheres imigrantes africanas e brasileiras: um estudo qualitativo. Lisboa: Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural -**ACIDI**; 2009. 174 p.

DELL'AGLIO, DD; MACHADO, PS. Trajetórias e experiências: a construção do sujeito político feminista desde uma perspectiva interseccional. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 27, n. 2, e48556, 2019.

DELFIM, R. B. Ofício da DPU dá suporte a imigrantes indocumentados para recebimento do auxílio emergencial. MigraMundo, São Paulo, 2020. Disponível em: <<https://www>>.

migramundo.com/oficio-da-dpu-da-suporte-a-imigrantes-indocumentados-para-recebimentodo-auxilio-emergencial/>. Acesso em: 27 maio 2023.

DELOR F, HUBERT M. Revisiting the concept of ‘vulnerability’. **SocSci Med.** 2000;50(11):1557-70.

DUBBIN, L.A.; CHANG, J.S.; SHIM, J.K. Cultural health capital and the interactional dynamics of patient-centered care. **Soc. Sci. Med.** 2013, 93, 113–120

ECKS, S. Lockdowns save, lockdowns kill: Valuing life after coronashock. Somatosphere. Series: Dispatches from the pandemic. 24 abr. 2020. Disponível em: <<http://somatosphere.net/2020/lockdowns-save-lockdowns-kill-valuing-life-after-coronashock.html/>>. Acesso em: 19 nov 2020.

EGGER, M., DAVEY SMITH G., ALTMAN, D.G. Systematic Reviews in Health Care: Meta- Analysis in context. **BMJ Books**, second edition, 2001.

EUROPEAN COMMISSION. **European migration network - impact of immigration on Europe’s societies**, 2006. Luxembourg, 2006.

ESSEN, B.; BODKER, B.; SJOBERG, N.O.; LANGHOFF-ROOS, J.; GREISEN, G.; GUDMUNDSSON, S.; OSTERGREN, P.O. Are some perinatal deaths in immigrant groups linked to suboptimal perinatal care services? **BJOG** 2002, 109, 677–682

ESTATÍSTICAS — **Polícia Federal**. Disponível em: <<http://www.pf.gov.br/servicos-pf/imigracao/estatisticas>>. Acesso em: 12 set. 2020.

FAERSTEIN, E.; TRAJMAN, A. Forced Migration and Health: Problems and Responses. In: PARKE, R.; GARCÍA, J. (Orgs.). **Routledge Handbook on the Politics of Global Health**. 1ed. New York: Routledge Handbook, 2018, v. 1, p. 359-367.

FERNANDES A. B., MONTEIRO A. P. Contributo para o estudo da Competência Cultural em Saúde Mental de Enfermeiros em Portugal. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental** 14(14):39-47. Janeiro de 2016.

FERNANDES, C.S., CAMPOS, M.J., LIMA, A.N., CHAVES, S.C.S., SANTOS, E.C., MENDES, D.T., NÓBREGA, M.P.S.S. The potential of games for vulnerable groups like refugees: a scoping review. *Rev Esc Enferm USP*. 2023;57(spe):e20220365. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0365en>

FERRAZ, D de M; TOMAZI, MM; SESSA, A. As mortes de Matheusa em uma notícia do Estadão: estudos interseccionais sobre preconceito, discriminação e violência física em relação à diversidade de gêneros. **Rev. bras. linguist. apl.**, Belo Horizonte , v. 19, n. 4, p. 927-958, dez. 2019 .

FISCHER, F.; GOTTWEIS, H. The Argumentative Turn Revisited: Public Policy as Communicative Practice. Durham: Duke University Press., 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1215/9780822395362>. Acesso em: 02 out. 2023.

FITZGERALD C, HURST S. Implicit bias in healthcare professionals: a systematic review. *BMC Med Ethics*. 2017 Mar 1;18(1):19. doi: 10.1186/s12910-017-0179-8. PMID: 28249596; PMCID: PMC5333436.

FREEDMAN J, JAMAL B. Violence à l'égard des femmes migrantes et réfugiées dans la région euro-méditerranéenne. Études de cas: France, Italie, Egypte & Maroc, Copenhaga, Réseau euro-méditerranéen des droits de l'Homme, 2008.

FRIEDRICH, Tatyana Scheila; ROCHA, Anna Sílvia Penteado Setti da. As vulnerabilidades em saúde dos migrantes e refugiados: o panorama legislativo e a realidade prática. IN: JUBILUT, Liliana Lyra; LOPES, Rachel de Oliveira. (Org). DIREITOS HUMANOS E VULNERABILIDADE E A DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS. Santos (SP): Editora Universitária Leopoldianum, 2018. 445 p.

FLORES, Yesica Yolanda Rangel. La violencia contra mujeres en comunidades transnacionales de San Luis Potosí, México: un problema de salud pública. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2016, vol.32, n.7, e00022115. Epub 01 de agosto de 2016.

FOUCAULT, M. Vigiar e punir: nascimento da prisão. Tradução de Raquel Ramalheite. 35. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

FONSECA, L.; MALHEIROS, J. Social integration e mobility: education, housing and health- IMISCOE Cluster B5 State of Art Report. **Lisboa**: Universidade de Lisboa, 2005

FONSECA Maria Lucinda; ESTEVES, Alina; MCGARRIGLE, Jennifer; SILVA, Sandra. Saúde e integração dos imigrantes em Portugal: uma perspectiva geográfica e política, 2007. **Lisboa**, 2007.

FOUCAULT, Michel. Microfísica do poder. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1990.

FOUCAULT, Michel. Vigiar e punir: nascimento da prisão. Tradução de Raquel Ramalheite. 35. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

FUNG, K.; DENNIS, C. Postpartum depression among immigrant women. **Current opinion in Psychiatry**, Philadelphia, v. 23, n. 4, p. 342-8, 2010.

GALLEGOS, JS. The ethnic competence model for social work education. In: **White BW, editors**. Color in a white society. Silver Spring: National Association of Social Workers; 1982.

GALLEGOS, JS; TINDALL, C; GALLEGOS, SA. The need for advancement in the conceptualization of cultural competence. **Adv Soc Work**. 2008;9:51–62.

GARCIA GG. Las reformas de salud y los modelos de gestión. **Revista Panamericana de Salud** 2001; 9(6):406412.

GARNEAU, AB; PEPIN, J. Cultural competence: a constructivist definition. **J Transcult Nurs**. 2015;26:9–15.

GEHLEN, RGS; Mulheres venezuelanas refugiadas em contexto de mobilidade e reterritorialização: violências, vulnerabilidades e interseccionalidade. Universidade Federal de Santa Maria. **Dissertação de Mestrado, 2019.**

GEHLEN, RGS; ARBOIT, J.; PAULA, CC de; PADOIN, SM de M. Perspectivas de conhecimento sobre violência contra mulheres migrantes: mapeando a produção acadêmica Strictu Sensu. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento.** 2020, v. 9, n. 11, pág. e99291110546, 2020. DOI: 10.33448/rsd-v9i11.10546. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/10546>. Acesso em: 8 nov. 2022.

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

GIWPS. Georgetown Institute for Women, Peace and Security and Peace Research Institute Oslo. **Women, Peace, and Security Index 2023/24:** Tracking sustainable peace through inclusion, justice, and security for women. Washington, DC: GIWPS and PRIO, 2023. Disponível em: <https://giwps.georgetown.edu/the-index/>. Acesso em: 30 out. 2023.

G1. **Angolano morre esfaqueado na Zona Leste de SP e 2 ficam feridos;** imigrantes deixam suas casas em Itaquera por medo de xenofobia. São Paulo, 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2020/05/19/angolano-morre-esfaqueado-na-zona-leste-de-sp-e-2-ficam-feridos-imigrantes-deixam-suas-casas-em-itaquera-por-medo-de-xenofobia.ghtml>>. Acesso em: 19 nov 2020.

G1. **Como os abrigos para refugiados da Venezuela em Roraima lutam contra a Covid-19.** São Paulo, 2022. Disponível em: <https://g1.globo.com/rr/roraima/noticia/2022/01/22/como-os-abrigos-para-refugiados-da-venezuela-em-roraima-lutam-contr-a-covid-19.ghtml>. Acesso em: 02/11/2022

Global Compact For Migration. Nova York, Julho 2018. 36pg. Disponível em: https://refugeesmigrants.un.org/sites/default/files/180713_agreed_outcome_global_compact_for_migration.pdf. Acessado em: 11/01/2019.

GHAFOURNIA, Nafiseh. Mulheres muçulmanas e violência doméstica: Desenvolvendo uma estrutura para a prática de trabalho social, **Journal of Religion & Spirituality in Social Work: Social Thought**, 36: 1-2, 146-163, 2017.

GODINHO, M. et al. **Existence of probable psychological distress in African and Brazilian immigrants in Portugal.** In: CONFERÊNCIA EUROPEIA DE SAÚDE PÚBLICA – EUPHA', 16., 2008, Lisboa. Poster. Lisboa, 2008.

GONÇALVES M; Matos, M. Competência cultural na intervenção com imigrantes, **Acta Med Port** 2016 Oct;29(10):629-638.

GOUVEIA, Eneline A. H.; SILVA, Rodrigo de Oliveira; PESSOA, Bruno Henrique Soares. Competência Cultural: uma Resposta Necessária para Superar as Barreiras de Acesso à Saúde para Populações Minorizadas. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro , v. 43, n. 1, supl. 1, p. 82-90, 2019 . Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20190066>. Acesso em: 15 out. 2023.

HAMANN, C., PIZZINATO, A., ROCHA, K. B., & HENNIGEN, I. Marcadores de diferença e produção de si na prostituição entre homens. **Sexualidad, Salud y Sociedad** (Rio de Janeiro), 34, 68–89, 2020. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2020.34.05.a>

HANNES K, LOCKWOOD C. Pragmatism as the philosophical foundation for the Joanna Briggs meta-aggregative approach to qualitative evidence synthesis. *J. adv. Nurs*, 2011, v. 67. n. 7. p. 1632-1642.

HAESBAERT, R. 2004. O mito da desterritorialização: do “fim dos territórios” à multi-territorialidade. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.

HALL WJ, CHAPMAN MV, LEE KM, MERINO YM, THOMAS TW, PAYNE BK, ENG E, DAY SH, COYNE-BEASLEY T. Implicit Racial/Ethnic Bias Among Health Care Professionals and Its Influence on Health Care Outcomes: A Systematic Review. **Am J Public Health**. 2015 Dec;105(12):e60-76. doi: 10.2105/AJPH.2015.302903. Epub 2015 Oct 15. PMID: 26469668; PMCID: PMC4638275.

HEGENAN, B.; OLSON, M. The Theory of Learning. Publishing **House Piter**, 2004.

HENNING, C. Interseccionalidade e pensamento feminista: as contribuições históricas e os debates contemporâneos acerca do entrelaçamento de marcadores sociais da diferença. In: **Mediações**, v. 20, n. 2, p. 97-128. Londrina: UEL, 2015.

HERSHBERGER, P.J., PEI ,Y., CRAWFORD, T.N., NEELEY, S.M., WISCHGOLL, T., PATEL, D.B., et al. An interactive game with virtual reality immersion to improve cultural sensitivity in health care. *Health Equity*. 2022;6(1):189–97. doi: <http://dx.doi.org/10.1089/heq.2021.0128>. PubMed PMID: 35402778.

HJORT, J., Moreira, D., Rao, G., Santini, J.F. Como a pesquisa afeta a política: evidências experimentais de 2.150 municípios brasileiros. **Revisão Econômica Americana**, 111 (5): 1442-80, 2021. DOI: 10.1257/aer.20190830

HUIJTS, Tim; KRAAYKAMPQUE, Gerbert. Immigrants’ health in Europe: a cross-classified multilevel approach to examine origin country, destination country, and community effects. **International Migration Review**, New York, v. 46, n. 1, p. 101-137, 2012.

ILDEFONSO, Pauline; ALMEIDA Érica. Interseccionalidade: um desafio na construção das políticas públicas. 7º Encontro Internacional de Política Social 14º Encontro Nacional de Política Social Tema: Contrarreformas ou Revolução: respostas ao capitalismo em crise Vitória (ES, Brasil), 3 a 6 de junho de 2019.

IM, Eun- Ok; YANG, Kyeongra. Theories on immigrant women’s health. *Health Care for Women International*, **London**, v. 27, n. 8, p. 666-681, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Perfil dos Municípios Brasileiros**. Pesquisa de Informações Básicas Municipais. 2019. Rio de Janeiro, RJ – Brasil

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION. **World Migration 2005: costs and benefits of international migration**. Switzerland: IOM. 2005.

INTERNATIONAL DEVELOPMENT RESEARCH CENTRE.

IRDC. Estado del Arte, Investigación **Violencia contra las mujeres en contextos de migración**, Canadá, Júlio de 2016, 111pg. Disponível em: <https://idl-bnc-idrc.dspacedirect.org/bitstream/handle/10625/55953/IDL-55953.pdf>. Acesso em: 019/11/2020.

JOSE E.A.R., COELHO AMSRM, GOUVEIA MC, et al. Desenvolvimento da competência cultural na formação dos estudantes de enfermagem. *Glob Acad Nurs*. 2021;2(3):e154. <https://dx.doi.org/10.5935/2675-5602.20200154>

KAPUR, Sonia; ZAJICEK, Anna M.; GABER, John. Nonprofit Organizations Serving Domestic Violence Survivors: Addressing Intersectional Needs of Asian Indians. *Affilia: Journal of Women and Social Work*, Volume: 32 issue: 1, page(s): 50-66, February 1, 2017.

KANUHA, V. **Women of color in battering relationships**. In L. Comas-Diaz & B. Greene (Eds.), *Women of color: Integrating ethnic and gender identities in psychotherapy* (pp. 428-454), 1994. New York: Guilford.

KLEINMAN, A; BENSON, P. Anthropology in the clinic: the problem of cultural competency and how to fix it. *PLoS Med*. 2006;3:e294.

KOGA, N. M.; PALOTTI, P. L.de M.; COUTO, B. G.; NASCIMENTO, M. I. B.; LINS, R. S. **O que informa as Políticas Públicas: Survey sobre o uso e o não uso de evidências pela burocracia federal brasileira**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA. Brasília, dezembro de 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.38116/td2619>. Acesso em: 28 out. 2023.

La Garza, C. de. Xenofobia, **Laboreal** [Online], Volume 7 N°2 | 2011, 01 dezembro 2011 Disponível em: URL: <http://journals.openedition.org/laboreal/7924>. Acesso em: 10 dez 2023.

LANGDON, E.J. & WILK, F.B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 18(3), 173-181, 2010.

LEE, R. K.; THOMPSON, V. L.; MECHANIC, M. B. Intimate partner violence and women of color: A call for innovations. **American Journal of Public Health**, 92, 530-534, 2002.

LEININGER, M. *Transcultural nursing: concepts, theories, research and practices*. 2nd ed. **New York: McGraw-Hill**; 1995.

LEININGER, M.M. *Transcultural nursing: concepts, theories and practice*. New York, John Wileys & Sons, 1978. cap. 17, p. 31-51: Transcultural nursing theories and research approach.

LK, V. Treating ethnic others: Cultural sensitivity and minority stereotypes at a German fertility clinic. **Hum. Organ**. 2011, 70, 253–264.

LOCKWOOD C, MUNN Z, PORRITT K. *Qualitative research synthesis: methodological*

guidance for systematic reviewers utilizing meta-aggregation. *Int J Evid Based Healthc.* 2015;13(3):179–187

LOCKWOOD C, PORRITT K, MUNN Z, RITTENMEYER L, SALMOND S, BJERRUM M, et al. Chapter 2: Systematic reviews of qualitative evidence. In: Aromataris E, Munn Z (Editors). **JB I Manual for Evidence Synthesis**. JBI, 2020. Disponível em: <https://synthesismanual.jbi.global>. Acesso em: 01/09/2022.

LOPES, Ana Lúcia Mendes; FRACOLLI, Lislaine Aparecida. **Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem**. Texto contexto - enferm. 17 (4), Dez 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400020>. Acesso em: 08/08/2023

LOPES, L. **Gravidez e seropositividade em mulheres imigrantes na região de Lisboa**. Lisboa: ACIDI, 2007.

LÓPEZ, LC. A mobilização política das mulheres negras no Uruguai: considerações sobre interseccionalidade de raça, gênero e sexualidade. **Sex., Salud Soc.** (Rio J.), Rio de Janeiro, n.14, p. 40-65, ago. 2013.

LOURO, G. L. A emergência do “gênero”. In: LOURO, G. L. **Gênero, sexualidade e educação**. Uma perspectiva pós-estruturalista. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997, p. 14-36.

LOCKWOOD C, PORRITT K, MUNN Z, RITTENMEYER L, SALMOND S, BJERRUM M, et al. Chapter 2: Systematic reviews of qualitative evidence. In: Aromataris E, Munn Z (Editors). **JB I Manual for Evidence Synthesis**. JBI, 2020. Disponível em: <https://synthesismanual.jbi.global>. Acesso em: 01/09/2022.

MACDOWELL, P. L. Geografia do gênero: do (não) lugar de travestis e outros abjetos na cidade. IN: XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais, realizado em CaxambuMG – Brasil, de 29 de setembro a 03 de outubro de 2008.

MADI, M.; CASSANTI, A.; OLIVEIRA, C. Estudo das representações sociais sobre gestação em mulheres bolivianas no contexto da atenção básica em saúde na área central da cidade de São Paulo. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, p. 67-71. 2009. Suplemento 2.

MACHADO, M. et al. Maternal and child healthcare for immigrant populations. Bruxelas: International Organization for Migration, 2009.

MAYO RM, SHERRILL WW, SUNDARESWARAN P, CREW L. Attitudes and perceptions of Hispanic patients and health care providers in the treatment of Hispanic patients: a review of the literature. *Hispanic Health Care Int.* 2007;5(2):64–72.

MARSHALL, K. et al. Health status and access to health care of documented and undocumented immigrant latino women. **Health Care for Women International**, London, v. 26, p. 916-936, 2005

MCKLINTOCK, A. **Couro imperial: raça, gênero e sexualidade no embate colonial**. Campinas: Editora da Unicamp, 2010.

MYERS, L. J. **Understanding of Afrocentric world view**: Introduction to an optimal psychology. Dubuque, IA: Kendall/Hunt, 1995.

MPF. Ministério Público Federal. MPF e Comitê de atenção à refugiados propõem estratégias de proteção social durante a pandemia do novo coronavírus no Rio de Janeiro. Brasília: MPF, 2020. Disponível em: <<http://www.mpf.mp.br/rj/sala-de-imprensa/noticias-rj/mpf-ecomite-de-atencao-a-refugiados-propoem-estrategias-de-protacao-social-durante-a-pandemiado-novo-coronavirus-no-rio-de-janeiro>>. Acesso em: 26 maio 2023.

MIRANDA, Joana. Mulheres imigrantes em Portugal: memórias, dificuldades de integração e projectos de vida. Lisboa: **ACIDI**, 2009.

MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. A declaração PRISMA 2020: uma diretriz atualizada para relatar revisões sistemáticas. *PLOS Medicine* 2021;18(3):e1003583. doi: 10.1371/journal.pmed.1003583

MOITA M, SILVA A. Modelos de Competência Cultural: Uma Análise Crítica. *Pensar Enfermagem*. 2016;20(2):72–89

MOLINA, L.A. **Barreiras e facilitadores na atenção à saúde da mulher refugiada: Revisão Integrativa**. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal de Santa Maria, 2022.

MORALES, OW. La migración de las mujeres: un proyecto individual o familiar?. In: **REHMU- Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana**. Ano XV, n.29, 2007.

MUNN, Z., PORRITT, K., LOCKWOOD, C. et al. Establishing confidence in the output of qualitative research synthesis: the ConQual approach. **BMC Med Res Methodol** 14, 108 (2014). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1471-2288-14-108>. Acesso em: 02/09/2022.

MUNN, Z., AROMATARIS, E., TUFANARU, C. et al. JBI SUMARI Knowledge Base, 2018. Disponível em: <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/SKB/3345151/Basics+of+JBI+SUMARI>. Acesso em: 20 dez 2023.

MUÑOZ, JP. Culturally responsive caring in occupational therapy. *Occup Ther Int*. 2007;14:256–80.

NETO, F. Estudos de psicologia intercultural - nós e os outros. Lisboa: **Fundação Calouste Gulbenkian**, 2008.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Relatório Mundial sobre violência e saúde**. Genebra: OMS, 2002.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Eliminação da Mutilação Genital Feminina: Declaração Conjunta OHCHR, ONUSIDA, PNUD, UNECA, UNESCO, UNFPA, ACNUR, UNICEF, UNIFEM, OMS. OMS, 2008. Tradução: Associação para o Planeamento da Família (APF). Disponível em: https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2013/12/declaracao_conjunta.pdf. Acesso em: 28 out. 2023.

ONU MULHERES BRASIL. **Uma em cada cinco refugiadas são vítimas de violência sexual no mundo.** Junho de 2017. Disponível em:

<http://www.onumulheres.org.br/noticias/uma-em-cada-cinco-refugiadas-sao-vitimas-de-violencia-sexual-no-mundo/#:~:text=Estudos%20acad%C3%A7%C3%A3o%20estimam%20que%20uma,deslocament%20for%C3%A7ado%20e%20da%20apatridia>. Acesso em: 13/11/2022.

ONU MULHERES BRASIL. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Gênero e Covid-19 na América Latina e no Caribe: dimensões de gênero na resposta. Março 2020. Disponível em: https://assets-institucional-igp.sfo2.cdn.digitaloceanspaces.com/2020/03/ONU-MULHERES-COVID19_LAC.pdf. Acesso em: 12/09/2020.

ONU. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Declaration on the elimination of violence against women [Internet]. 48a. Sessão Ordinária da Assembleia Geral das Nações Unidas; 21 de setembro de 1993 a 19 de setembro de 1994; Nova York, EUA. Nova York: ONU; 1993. Disponível em: <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/declaration-elimination-violence-against-women>

ONU. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Divisão de População do Departamento de Economia e Assuntos Sociais. **Inventário de Migração Internacional.** 2019 Disponível em: <https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/data/estimates2/estimates19.asp>. Acesso em: 13/09/2020.

ONU BRASIL. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL. **ONU alerta para barreiras no acesso à saúde entre mulheres migrantes nas Américas.** 2019. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/onu-alerta-para-barreiras-no-acesso-a-saude-entre-mulheres-migrantes-nas-americas/>. Acesso em: 16/09/2020.

ONU BRASIL. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL. **OIM e Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul firmam acordo de cooperação | ONU Brasil.** Março de 2020. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/oim-e-secretaria-de-saude-do-rio-grande-do-sul-firmam-acordo-de-cooperacao/>. Acesso em: 12 set. 2020.

ONU BRASIL. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL. OPERAÇÃO ACOLHIDA. **Plano Emergencial de Contingenciamento para Covid-19.** Brasília, 2020. Disponível em: http://www.eb.mil.br/web/noticias/noticiario-do-exercito/-/asset_publisher/MjaG93KcunQI/content/id/11340193. Acesso em: 19 nov 2020.

ONU BRASIL. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL. Guia para acolhimento de migrantes, refugiadas e refugiados. Brasília, janeiro de 2022, 41 pag. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmninnkpcjpcglclefindmkaj/http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2023/05/guia_para_acolhimento_de_migrantes_refugiadas_refugiados.pdf. Acesso em: 21/01/2023.

OUZZANI M, HAMMADY H, FEDOROWICZ Z, et al. Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. Syst Rev 5, 210 (2016). <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>

PACÍFICO, A. M. C. P. O capital social dos refugiados: bagagem cultural e políticas públicas. Maceió: **EDUFAL**, 2010.

PAGE MJ, MCKENZIE JE, BOSSUYT PM, BOUTRON I, HOFFMANN TC, MULROW CD, et al. The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *PLoS Med*, 2021, 18(3): e1003583. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003583>

PAIM, J. S. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Org. Ministério da Saúde, cap 15, pag 547- 573, 2003. Disponível em: https://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/modelos_de_atencao_a_sau_de_no_brasil_-_paim_0.pdf. Acesso em: 30 out. 2023.

PETERS, MDJ; GODFREY, C; MCINERNEY, P; MUNN, Z; TRICCO, AC; KHALIL, H. Capítulo 11: Revisões do escopo (versão 2020). In: Aromataris E, Munn Z (Editores). **JBIM Manual for Evidence Synthesis**, JBI, 2020. Disponível em <https://synthesismanual.jbi.global> . <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>

PIMENTA DE FARIA, C. A. O Movimento das Políticas Públicas Baseadas em Evidências: uma radiografia crítica. **BIB - Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais**, [S. l.], v. 1, n. 97, 2022. Disponível em: <https://bibanpocs.emnuvens.com.br/revista/article/view/577>. Acesso em: 30 out. 2023.

PINHEIRO, M. M. S. Políticas Públicas baseadas em evidências: uma avaliação crítica. **Boletim de Análise Político-institucional** | n. 24 | nov. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.38116/bapi24art1>

PISCITELLI, A. Interseccionalidade, categorias de articulação e experiências de migrantes brasileiras. **Sociedade e Cultura**, v.11, n.2, jul./dez., 2008, p. 263-274.

PISCITELLI, A. Recriando a (categoria) mulher? In: ALGRANTI, L. (Org.). **A prática feminista e o conceito de gênero**. Textos Didáticos, n. 48. Campinas: IFCH/Unicamp, 2002, p. 7-42.

POCAHY, F. A idade um dispositivo. A geração como performativo. Provocações discursivo-desconstrucionistas sobre corpo-gênero-sexualidade. **Revista Polis e Psique**, 1(3), 195, 2012. <https://doi.org/10.22456/2238-152x.31539>

PRASAD SJ, NAIR P, GADHVI K, BARAI I, DANISH HS, PHILIP AB. Cultural humility: treating the patient, not the illness. *Med Educ Online* 2016; 21:10.3402/meo.v21.30908.

PRINS, B. Narrative accounts of origins: a blind spot in the intersectional approach? **European Journal of Women's Studies**, n. 13, 2006, 3, p. 277-290.

POST, Betina Carine. **Violência de gênero e concessão e refúgio no contexto internacional e brasileiro**. PUCRS, Porto Alegre, 2016. Disponível em: https://www.pucrs.br/direito/wp-content/uploads/sites/11/2017/03/betina_post_2016_2.pdf. Acesso em: 13/10/2022.

PONCE, N.; HAYS, R.; CUNNINGHAM, W. Linguistic disparities in health care access and health status among older adults. **Journal of General Internal Medicine**, New Jersey, v. 21, p. 786-791, 2006

PUSSETI, C. et al. Migrantes e saúde mental: a construção da competência cultural. Lisboa: **ACIDI**, 2009.

R4V. Plataforma de Coordenação Interagencial para Refugiados e Migrantes da Venezuela. Análise das necessidades dos refugiados e migrantes. **RNMA 2022**. Outubro de 2022. Disponível em: https://www.r4v.info/sites/default/files/2022-11/RMNA_2022_V6_PORT_compressed_0.pdf. Acesso em: 06/11/2022.

RADEMAKERS, J.; MOUTHAN, I.; DE NEEF, M. Diversity in sexual health: problems and dilemmas. **The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care**, London, v. 10, n. 4, p. 207-211, 2005.

RANGANATH KA, NOSEK BA. Implicit attitudes. In: Baumeister RF, Vohs KD, editors. **Encyclopedia of Social Psychology**. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2007. pp. 465–467.

RAMOS, Natália. Saúde, migração e interculturalidade. João Pessoa: **Editora Universitária da UFPB**, 2008.

REES, Susan J. et al. Prevalence and Risk Factors of Major Depressive Disorder Among Women at Public Antenatal Clinics From Refugee, Conflict-Affected, and Australian-Born Backgrounds. **JAMA Netw Open** ; 2(5): e193442, 2019, 05 03.

REIGADA, Carolina Lopes de Lima. **Violência contra migrantes e refugiadas**. Texto número 19 da série sobre 16 dias de ativismo contra a violência relacionada ao gênero. Dezembro de 2020. Disponível em: [https://www.sbmfc.org.br/noticias/violencia-contra-migrantes-e-refugiadas/#:~:text=Segundo%20a%20ONU%20Mulheres%20\(2017,abusadas%20em%20busca%20de%20seguran%C3%A7a](https://www.sbmfc.org.br/noticias/violencia-contra-migrantes-e-refugiadas/#:~:text=Segundo%20a%20ONU%20Mulheres%20(2017,abusadas%20em%20busca%20de%20seguran%C3%A7a). Acessado em: 08/11/2022

RIBEIRO, D. Quem tem medo do feminismo negro? São Paulo: **Companhia das Letras**, 2018.

ROCHA, Cristianne Maria Famer; DARSIE, Camilo; GAMA, Ana; DIAS, Sonia. Migração internacional e vulnerabilidade em saúde: tópicos sobre as políticas de saúde e de saúde sexual e reprodutiva em Portugal. *Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, Uberlândia, MG, v. 8 n.15, p. 190-200, 2012

RORAIMA. **Boletim epidemiológico**. Boa Vista, 2020a. Disponível em: <<https://www.saude.rr.gov.br/index.php/informacoes/coronavirus/informacoes-coronavirus>>. Acesso em: 19 nov. 2020.

SAASTAD, E.; VANGEN, S.; FROEN, J.F. Suboptimal care in stillbirths—A retrospective audit study. **Acta Obstet. Gynecol. Scand**. 2007, 86, 444–450.

SAGOT, M. **A Rota Crítica da violência intrafamiliar em países latino-americanos**. IN: MENEGHEL, S N. Rotas Críticas: mulheres enfrentando a violência. Editora Unisinos, 2007, 156pg.

SANTANA, Carmen. Humildade cultural: conceito estratégico para abordar a saúde dos refugiados no Brasil. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v. 34, n. 11, e00098818, Mai. 2018. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/603/humildade-cultural-conceito-estrategico-para-abordar-a-saude-dos-refugiados-no-brasil>. Acessos em 19 Nov.: 2020.

SANTANA, Carmem, LOTUFO NETO F. Developing a mental health program for refugees based on participatory Action Research: an experience from Sao Paulo, Brazil. **International Journal of Action Research** 2016; 11:265-88.

SANTIN, Valter Foletto. Controle judicial da segurança pública. 2ª ed. São Paulo: Verbatim, 2013.

SARDENBERG, C. Caleidoscópios de gênero: gênero e interseccionalidades na dinâmica das relações sociais. **Mediações**, vol. 20, n. 2, jul./dez., 2015. Londrina, 2015, p. 56-96.

SANTINHO C. A importância da competência cultural no atendimento de saúde a refugiados e requerentes de asilo. **Fórum Sociológico** [En ligne], 22 | 2012. Disponível em: <http://journals.openedition.org/sociologico/594>. Acesso em: 01/10/2022

SANTOS, Boaventura De Souza. Para além do Pensamento Abissal: Das linhas globais a uma ecologia de saberes. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, v. 79, n. 78, p. 3–46, 1 out. 2007.

SANTOS, Paula Colodetti. **Narrativas femininas e saúde mental: a saída da República Democrática do Congo e o refúgio no Rio de Janeiro**. Dissertação. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2019.

SAVY, Renato Ferraz Sampaio. **POLÍTICAS PÚBLICAS PARA OS REFUGIADOS: PROBLEMAS E SOLUÇÕES**. Disponível em: <file:///C:/Users/Rubia%20Gehlen/Downloads/4647-12684-1-SM.pdf>. Acesso em: 04/11/2020.

SAWYER, L; REGEV, H; PROCTOR, S; NELSON, M; MESSIAS, D; BARNES, D; MELLEIS, AI. Matching *Versus* cultural competence in research: methodological considerations. **Res Nurs Health** 1995;18:557–567.

SCHWINN, S A; COSTA, M M. Mulheres refugiadas e vulnerabilidade: a dimensão da violência de gênero em situações de refúgio e as estratégias do ACNUR no combate a essa violência. **Rev Signos, Lajeado**, ano 37, n. 2, p. 216-234, 2016.

SCHÜTZ, Alfred. O Estrangeiro. Um Ensaio em Psicologia Social. GERAIS 2001.

SCOTT, J. W. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação & Realidade**. Porto Alegre, vol. 16, n. 2, jul./dez., 1990, p. 71-99.

SILVA, Márcia Swênia Brito da. **A experiência de mulheres em situação de rua: uma análise interseccional**. Universidade Estadual da Paraíba. Dissertação de Mestrado. 2019.

SIMMEL, Georg. (2006). *Questões fundamentais de sociologia: individuo e sociedade*. Tradutor Pedro Caldas. Rio de Janeiro: **Zahar**.

SKIDELSKY R. **John Maynard Keynes: uma biografia**. Vol. 2: o economista como salvador, 1920-1937. Londres: Macmillan; 1992.

SOUSA, Maria Sharmila A. de; WAINWRIGHT, Megan; SOARES, Cassia Baldini. Sínteses de Evidências Qualitativas: guia introdutório. **BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)**; 20(2): 7-22, Dez. 2019.

SOUZA, L.E.P.F. O SUS necessário e o SUS possível: estratégias de gestão. Uma reflexão a partir de uma experiência concreta. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(3):911-918, 2009.

SPIVAK, Gayatri. Chakravorty. *Pode o subalterno falar?* 1. ed. Trad. Sandra Regina Goulart Almeida; Marcos Pereira Feitosa; André Pereira. Belo Horizonte: **Editora da UFMG**, 2010.

STEPHEN, Lynn. Violencia transfronteriza de género y mujeres indígenas refugiadas de Guatemala. *Revista CIDOB d'Afers Internacionals*, n.117, p. 29-50. Diciembre 2017.

SOKOLOFF, N. J. *Domestic violence at the margins: Readings on race, class, gender, and culture*. New Brunswick, NJ: **Rutgers University Press**, 2005.

SUÁREZ-BALCAZAR, Y., RODAKOWSKI, J. Becoming a culturally competent occupational therapy practitioner. **OT Practice**, 12(17), 14–17.

SUAREZ-BALCAZAR, Y; BAICAZAR, F; TAYLOR-RITZIER, T; PORTILLO, N; RODAKOWSK, J; GARCIA-RAMIREZ, M; et al. Development and validation of the cultural competence assessment instrument: A factorial analysis. **J Rehabil.** 2011;77:4–13.

SUE, DW; BERNIER, JE; DURRAN, A; FEINBERG, L; PEDERSEN, P; SMITH, EJ; et al. Position paper: cross-cultural counseling competencies. **Couns Psychol.** 1982;10:45–52.

SHEN, Z. Cultural competence models in nursing: a selected annotated bibliography. **J Transcult Nurs.** 2004;15:317–22.

THE GLOBAL HEALTH NETWORK. *How to Write a Policy Brief*. In: *Communicating Science to Facilitate the Uptake of Research Findings into Policy and Practice Workshop*. Versão: português, 08 ago. 2022. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=NY_wOQLd6RY. Acesso em: 29 out. 2023.

TONHATI, T.; MACEDO, M. Imigração de mulheres no Brasil: movimentações, registros e inserção no mercado de trabalho formal (2010-2019). **Périplos: Revista de Estudos sobre Migrações**, [S. l.], v. 4, n. 2, 2020. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/obmigra_periplos/article/view/35905. Acesso em: 14 nov. 2022.

TOL WA, GREENE

MC, LIKINDIKOKI S; MISINZO L, VENTEVOGEL P, BONZ AG, BASS

JK, MBWAMBO JKK. An integrated intervention to reduce intimate partner violence and psychological distress with refugees in low-resource settings: study protocol for the Nguvu cluster randomized trial. *BMC Psychiatry* ; 17(1): 186, 2017

TOPA, Joana; NOGUEIRA, Conceição; NEVES, Sofia. Inclusão/ exclusão das mulheres imigrantes nos cuidados de saúde em Portugal: Reflexão à luz do feminismo crítico. *PSICO*, Porto Alegre, v. 41, n. 3, p. 366-373, 2010.

TOPA, Joana; NEVES, Sofia; NOGUEIRA, Conceição. Imigração e saúde: a (in)acessibilidade das mulheres imigrantes aos cuidados de saúde. *Saúde Soc. São Paulo*, v.22, n.2, p.328-341, 2013

UNHCR. The UN Refugee Agency. **Global Report**, 2021. Disponível em:

https://reporting.unhcr.org/globalreport2021/pdf#_ga=2.18162489.1046243347.1667397148-1240763182.1663522606&_gac=1.249027189.1664997520.Cj0KCQjw1vSZBhDuARIsAKZlIjS06bgrPwFnUuxuXJL8NgQ7NpONgiQrsxfEHiKnO1AzYBgBGXcfLFgaArg4EALw_wcB. Acesso em: 04/10/2022.

UNHCR. The UN Refugee Agency. **Global Trends**. Forced Displacement in 2022.

Disponível em: <https://www.unhcr.org/global-trends-report-2022>. Acessado em: 04/10/2022.

UN. United Nations. Population Division. **International Migrant Stock**, 2020. Disponível em: <https://www.un.org/development/desa/pd/content/international-migrant-stock>. Acesso em: 13/11/2022.

UNITED NATIONS POPULATION FUND. **State of world population**, 2006. A passage to hope: women and international migration. New York: UNFPA, 2006. Disponível em: <https://www.unfpa.org/publications/state-world-population-2006>. Acesso em: 19 nov. 2020.

VAN RYN M, BURKE J. The effect of patient race and socio-economic status on physicians' perceptions of patients. *Soc Sci Med*. 2000;50(6):813–828. [PubMed] [Google Scholar]

VENTURI, G. **Misoginia, homofobia, racismo e gerontofobia**: contribuições de análises da opinião pública para a prevenção. IN: PAIVA V, AYRES JRCM, BUCHALLA C. Organizadores. Vulnerabilidade e Direitos Humanos: Prevenção e Promoção da Saúde. Livro I, Curitiba, Editora Juruá, 2012, 320p.

VIEIRA, A.C.G., GASTALDO, D., HARRISON, D.. How to translate scientific knowledge into practice? Concepts, models and application. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(5):e20190179. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0179>

VILLADSEN, S.F.; IMS, H.J.; NYBO ANDERSEN, A.-M. Universal or Targeted Antenatal Care for Immigrant Women? Mapping and Qualitative Analysis of Practices in Denmark. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2019, 16, 3396. <https://doi.org/10.3390/ijerph16183396>

Yzerbyt VY, Rogier A, Fiske ST. Group entitativity and social attribution: on translating situational constraints into stereotypes. *Pers Soc Psychol Bull.* 1998;24(10):1089–1103. [[Google Scholar](#)]

WILLEN, SS; CARPENTER-SONG, E. Cultural competence in action: ‘lifting the hood’ on four case studies in medical education. **Cult Med Psychiatry.** 2013;37:241-52.

WIKBERG, A. M. A theory on intercultural caring in maternity care. **Scandinavian Journal of Caring Sciences** - Volume 35, Issue 2, pp. 442-456, 2020. DOI: 10.1111/scs.12856

ZAGONEL, I. P. S.; PERSEGONA, K. R. A relação intersubjetiva entre o enfermeiro e a criança com dor na fase pós-operatória no ato de cuidar. Escola Anna Nery **Revista de Enfermagem**, 12(3), 430 – 436, 2008.

_____ **Migrante cidadão: ONU alerta para violações contra mulheres e LGBTs em Roraima - Amazônia Real.** Disponível em: <<https://amazoniareal.com.br/migrante-cidadao-onu-alerta-para-violacoes-contra-mulheres-e-lgbts-em-roraima/>>. Acesso em: 12 set. 2020.

_____ **OIM lança guia sobre proteção e assistência a migrantes vulneráveis à violência | ONU Brasil.** Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/oim-lanca-guia-sobre-protecao-e-assistencia-a-migrantes-vulneraveis-a-violencia/>>. Acesso em: 13 set. 2020.

_____ **Refúgio no Brasil - CÁRITAS RJ.** Disponível em: <<http://www.caritas-rj.org.br/numeros-refugio-no-brasil.html>>. Acesso em: 9 set. 2020.

_____ **Relatório de Migração Mundial 2020 - | Livraria online IOM.** Disponível em: <<https://publications.iom.int/books/world-migration-report-2020>>. Acesso em: 4 set. 2020.

_____ **World Migration Report 2018 - | IOM Online Bookstore.** Disponível em: <<https://publications.iom.int/books/world-migration-report-2018>>. Acesso em: 15 set. 2020.

_____ **Xenofobia no Brasil: o que gera essa intolerância? - Politize!** Disponível em: <<https://www.politize.com.br/xenofobia-no-brasil-existe/>>. Acesso em: 13 set. 2020.

GLOSSÁRIO

Apátridas: Pessoas que não tem nacionalidade reconhecida por nenhum país por diversas razões, como discriminação contra minorias na legislação nacional, falha em reconhecer todos os residentes do país como cidadãos e conflitos de leis entre países. O reconhecimento da condição de apátrida e a possibilidade de aquisição da nacionalidade brasileira estão regulamentados na Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017 e no Decreto nº 9.199, de 21 de novembro de 2017 e na Portaria Interministerial MJ/MESP nº 05, de 27 de fevereiro de 2018.

Comitê Nacional para os Refugiados – CONARE: Segundo definido na Lei nº 9.474, de 1997, o CONARE é um órgão de deliberação coletiva no âmbito do Ministério da Justiça e Segurança Pública, responsável pela análise da solicitação e pelo reconhecimento da condição de refugiado, em primeira instância; pelas declarações de cessação e de perda da condição de refugiado; por orientar e coordenar ações necessárias à eficácia da proteção, assistência e apoio jurídico aos refugiados; e por aprovar Resoluções Normativas que tratam de questões relativas à aplicação da referida lei.

Migrante: O termo migrante geralmente é entendido para cobrir todos os casos em que a decisão de migrar é originado pelo indivíduo em questão por razões de "conveniência pessoal" e sem intervenção de um fator externo convincente. Este termo, portanto, se aplica a pessoas e membros da família, mudando-se para outro país ou região para melhorar suas condições materiais ou sociais e melhorar uma perspectiva para si ou para sua família.

Refugiados: Pessoas que estão fora de seu país de origem devido a fundados temores de perseguição relacionados a questões de raça, religião, nacionalidade, pertencimento a um grupo social específico ou opinião política e não podem ou não querem valer-se da proteção de seu país. São também refugiadas as pessoas obrigadas a deixar seu país de nacionalidade devido a grave e generalizada violação de direitos humanos.

Reassentamento: Transferência de uma pessoa refugiada, cujos direitos fundamentais estão em risco no primeiro país de refúgio, para outro Estado, que aceitou admiti-lo/a como refugiado/a. É uma solução durável e um instrumento para oferecer proteção internacional e satisfazer as necessidades específicas desse grupo.

Solicitantes de reconhecimento da condição de refugiado: Pessoas que solicitam ao Estado Brasileiro serem reconhecidas como refugiadas, mas que ainda não tiveram sua solicitação de reconhecimento da condição de refugiado deliberada pelo Comitê Nacional para os Refugiados (CONARE). Enquanto aguarda a decisão, o/a solicitante de reconhecimento da condição de refugiado encontra-se em situação migratória regular em todo o território nacional, bem como possui protocolo provando esta condição e Documento Provisório de Registro Nacional Migratório.

Desterritorialização e reterritorialização: a primeira é definida como um processo voluntário ou forçado, violento, de perda de território, de quebra de controle das territorialidades pessoais ou coletivas, de fratura no acesso a territórios económicos, simbólicos, a recursos, a bens (HAESBAERT, 2004). Assim, a desterritorialização é um processo que se caracteriza por uma ruptura da relação que um indivíduo tem com o território, ou seja, é uma quebra topofílica. No entanto, prevê-se que a este processo esteja implícito um outro, o de reterritorialização, que, por sua vez, pode ser completo ou incompleto, lento ou mais rápido (HAESBAERT, 2004).

Reterritorialização: adaptação a um novo território (HAESBAERT, 2004).

Xenofobia: A xenofobia é a rejeição expressa através de preconceitos contra todo e qualquer estrangeiro, tendo em conta que os preconceitos são convicções sem fundamento, com desconhecimento dos factos, que desencadeiam facilmente a discriminação. A xenofobia faz referência ao ódio, receio, hostilidade e rejeição em relação aos estrangeiros, e é uma ideologia que consiste na rejeição das identidades culturais que são diferentes da própria. Pode dizer-se que este tipo de discriminação se baseia em preconceitos históricos, religiosos, culturais e nacionais, que levam o xenófobo a justificar a segregação entre diferentes grupos étnicos com o fim de não perder a própria identidade. Por outro lado, muitas vezes acrescenta-se um preconceito económico que vê nos imigrantes competidores pelos recursos disponíveis no seio de uma nação. (GARZA, 2011).

Racismo: Racismo consiste em qualquer teoria, doutrina, ideologia ou conjunto de ideias que enunciam um vínculo causal entre as características fenotípicas ou genotípicas de indivíduos ou grupos e seus traços intelectuais, culturais e de personalidade, inclusive o falso conceito de

superioridade racial. O racismo ocasiona desigualdades raciais e a noção de que as relações discriminatórias entre grupos são moral e cientificamente justificadas (ALMEIDA, 2017).

Discriminação racial: A discriminação racial é a atribuição de tratamento diferenciado a membros de grupos racialmente identificados. Portanto, a discriminação tem como requisito fundamental o poder, sem o qual não é possível atribuir vantagens ou desvantagens por conta da raça. A Convenção Internacional sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação Racial (1965) define a discriminação racial (e xenofobia) como “Qualquer distinção, exclusão, restrição ou preferência fundadas na raça, cor, descendência ou origem nacional ou étnica, que tenha por fim ou efeito anular ou comprometer o reconhecimento, o gozo ou o exercício, em igualdade de condições, dos direitos humanos e das liberdades fundamentais nos domínios político, económico, social, cultural ou em qualquer outro domínio da vida pública.” (Artigo 1) (ALMEIDA, 2017).

Preconceito racial: O preconceito racial é o juízo acerca de um determinado grupo racial baseado em estereótipos que pode ou não resultar em práticas discriminatórias nocivas. Nesse sentido, considerar negros violentos e inconfiáveis, judeus avarentos ou orientais “naturalmente” preparados para as ciências exatas são exemplos de preconceitos (ALMEIDA, 2017).

APÊNDICE A – PROTOCOLO DE REVISÃO SISTEMÁTICA QUALITATIVA

A seguir, apresenta-se o Protocolo de Revisão Sistemática Qualitativa apresentado ao Centro de Excelência do JBI (JBI-BRASIL).

Experiências de competência cultural de profissionais de saúde na atenção às mulheres refugiadas em situação de violência: protocolo de revisão sistemática qualitativa

Authors

Rubia Geovana Smaniotto Gehlen¹ Laís Alves Molina¹ Stela Maris de Mello Padoin¹ Cristiane Cardoso de Paula^{1,2}

1. Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

2. Centro Brasileiro para o Cuidado à Saúde Baseado em Evidências: Centro de Excelência do JBI (JBI Brasil) São Paulo, SP, Brasil.

Abstract

Objective: sintetizar as evidências da experiência de competência cultural dos profissionais de saúde na atenção às mulheres refugiadas em situação de violência.

Introduction: A competência cultural constitui um determinante importante de (in)acessibilidade das mulheres refugiadas na assistência à sua saúde, principalmente quando em situação de violência, e aplicar os mesmos protocolos, diagnósticos e tratamentos para uma população culturalmente diferente implica não reconhecer a validade cultural das ações de saúde. O conceito de competência cultural contribui e aprimora com subsídios para o planejamento, inclusão e efetividade de práticas de intervenção, de políticas públicas e da estruturação dos serviços da rede de atenção às mulheres refugiadas, pautada na competência cultural.

Inclusion criteria: Empregar-se-á o acrônimo/mnemônico **PICo**, sendo (**P**) Profissionais da saúde que atendem mulheres refugiadas em situação de violência; (**I**) Competência cultural e (**Co**) Serviços de saúde.

Methods: Revisão Sistemática Qualitativa de abordagem meta-agregativa, desenvolvida em conformidade com as diretrizes do JBI. O referencial teórico do Modelo Conceitual de Competência Cultural permeará o estudo. As fontes de informações constituirão-se na Scientific Electronic Library Online; Medical Literature Analysis and Retrieval System Online, SciVerse Scopus, Embase, Education Resources Information Center, Web of Science, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature e a Biblioteca Virtual em Saúde. A seleção dos estudos será realizada com intermédio de softwares bibliográficos. Para a avaliação crítica dos estudos primários será usando o instrumento padrão de avaliação crítica JBI para pesquisa qualitativa. A síntese, extração e agrupamento dos dados será realizado por meio de software padronizado.

Introduction

O número de pessoas forçosamente deslocadas no mundo tem apresentado crescimento exponencial e constante, com destaque especial para a última década. Nos dados mais recentes, divulgados no último relatório do panorama mundial sobre migração e refúgio pela Agência da ONU para Refugiados (ACNUR)¹, estima-se que 89,3 milhões de pessoas estavam deslocadas ao final de 2021 em função de conflitos, perseguições, violência e/ou grave violações de direitos humanos. Há também milhões de apátridas, pessoas a quem foi negada a nacionalidade e que não têm acesso a direitos básicos como educação, saúde, emprego e liberdade de movimento.

O Brasil, por sua vez, que ao final de 2021 já registrava 60.011 pessoas reconhecidas como refugiadas no país, é reconhecido internacionalmente como país seguro para refugiados, em face a nova Lei de Migração de 2017², visto que essa, entre outros, proíbe a deportação e garante o acesso igualitário aos serviços de saúde independente do seu status migratório. Nesse sentido, o Sistema Único de Saúde (SUS) atende a imigrantes, refugiados e solicitantes de refúgio.

No entanto, no âmbito da assistência à saúde dessa população, independentemente do país em que recebam acolhida e atendimento, o planejamento das ações deveria levar em conta a influência da cultura na expressão dos sintomas, na experiência de adoecimento e na evolução

e progressão dos quadros clínicos. Nesse lastro, salienta-se que aplicar os mesmos protocolos, diagnósticos e tratamentos para uma população culturalmente diferente implica não reconhecer a validade cultural das ações de saúde³.

Os profissionais de saúde também se confrontam, nas suas práticas profissionais diárias, com novas concepções de saúde e de doença, sobre as quais nem sempre a ação interventiva é linear ou simples. Para além de perscrutar as necessidades das refugiadas, é igualmente preciso ouvir os profissionais e apoiá-los nesta aprendizagem que é mútua: entre quem chega e quem está⁴.

Frisa-se que as mulheres refugiadas são frequentemente expostas à violência (familiar, violência masculina ou violência interseccional) com mais gravidade do que os homens, por razões relacionadas, entre outros, com a desigualdade de gênero no contexto dos processos migratórios, mas também expostas a desigualdades existentes tanto nos seus países de origem como nos países de asilo⁵. Não obstante, encontram-se numa situação de dupla exposição em relação à violência: enquanto refugiadas e enquanto mulheres⁶.

Importa salientar que as mulheres em situação de violência apresentam mais complicações de saúde do que as que não estão. Por outro lado, algumas mulheres refugiadas, devido às normas culturais dos seus países de origem, sentem-se desconfortáveis e/ou desrespeitadas com as práticas assistenciais a que são normalmente submetidas nos países de asilo, principalmente por profissionais do sexo masculino, ou com a necessidade de mostrarem partes íntimas do corpo no decurso da observação clínica⁷. Podendo assim gerar um fator inibidor/barreira na busca por ajuda na assistência à saúde pelas mulheres refugiadas, ou quando em situação de violência. Fatores culturais e sociais, associados aos papéis sociais de gênero, aos costumes, à língua e aos padrões de comunicação podem restringir os usos dos serviços de saúde por parte das mulheres refugiadas⁷, e, portanto, precisam ser considerados no seu atendimento e creditados à sua devida importância.

Frente ao exposto, torna-se evidente que a competência cultural constitui um determinante importante de (in)acessibilidade das mulheres refugiadas. Nesse lastro, destaca-se que o modelo da competência cultural pressupõe que o profissional da saúde apreenda um conjunto de atitudes e habilidades que permitirão trabalhar eficazmente no contexto cultural das mulheres refugiadas em situação de violência. Ainda, uma abordagem humilde e reflexiva implica uma atitude de respeito à diversidade, à individualidade da experiência cultural e seus significados, incluindo múltiplos pontos de vista no desenho do projeto terapêutico³.

Parte-se do pressuposto de que para as mulheres que migram e se refugiam, a saúde é de fato afetada pela experiência migratória, desde a sua desterritorialização – na tomada de decisão de migrar – até a reterritorialização na nova sociedade migrada, principalmente quando estas experienciam situações de violência. Assim, torna-se imprescindível avaliar o modelo assistencial usado pelos profissionais de saúde, bem como as competências culturais despendidas no atendimento efetivo, integral e equitativo às mulheres refugiadas, pela perspectiva do profissional que as atende, o que justifica o estudo de revisão proposto.

Nesse contexto, aposta-se na contribuição do conceito do modelo de competência cultural e no seu aprimoramento para contribuir com subsídios para o planejamento, inclusão e efetividade de práticas de intervenção, de políticas públicas e da estruturação dos serviços de forma a compor a rede de atenção pautada na competência cultural às mulheres refugiadas em situação de violência.

Para tanto, o referencial do **Modelo Conceitual de Competência Cultural**⁸ será utilizado. Este modelo foi estruturado a partir de uma revisão sistemática da literatura⁸ e posteriormente validado, e propõem um modelo compreensivo para a competência cultural, a partir de quatro construtos fundamentais para a competência cultural: **Consciência cultural;**

Conhecimento cultural; Competência ou aptidão prática (habilidades) e Apoio organizacional.

Ressalta-se que foi realizada uma busca preliminar no PROSPERO, MEDLINE, Open Science Framework (OSF), no Banco de Dados Cochrane de Revisões Sistemáticas e no Banco de Dados de Revisões Sistemáticas e Relatórios de Implementação JBI e não foram identificadas revisões sistemáticas atuais ou em andamento acerca do tema proposto.

Frente ao discorrido, o presente estudo **objetiva sintetizar as evidências da experiência de competência cultural dos profissionais de saúde na atenção às mulheres refugiadas em situação de violência.**

Review question(s)

Pergunta primária:

- ✓ Quais a experiência de competência cultural dos profissionais de saúde na atenção às mulheres refugiadas em situação de violência?

Perguntas secundárias:

- ✓ Como os profissionais consideram a cultura de mulheres refugiadas em situação de violência na prática de atenção à saúde?
- ✓ Como os profissionais reconhecem seus próprios preconceitos em relação a cultura de mulheres refugiadas em situação de violência?
- ✓ Como os profissionais reconhecem as características, história, valores, crenças e comportamentos de mulheres refugiadas em situação de violência?
- ✓ Como os profissionais desenvolvem habilidades ou aptidão para ajustar sua prática profissional para atender as necessidades de saúde na atenção às mulheres refugiadas em situação de violência?
- ✓ Como os profissionais recebem apoio para desenvolver capacidade para intervir de forma culturalmente adequada?

Keywords

Assistência à Saúde Culturalmente Competente; Migração; Refúgio; Prática Profissional; Violência contra a mulher.

Inclusion criteria

Empregar-se-á o acrônimo/mnemônico **PICo** que diz respeito à **População (P); Fenômeno de Interesse (I) e Contexto (Co)**, conforme as diretrizes do JBI para Revisão Sistemática Qualitativa (RSQ)⁹:

Estrutura da questão de revisão	
P	Profissionais da saúde que atendem mulheres refugiadas em situação de violência
I	Competência cultural
Co	Serviços de saúde

Participants

Esta revisão considerará estudos que incluam profissionais da área da saúde, com formação acadêmica em, mas não se limitando a esses: enfermagem, medicina, serviço social, psicologia, nutrição, fisioterapia, odontologia, terapia ocupacional, farmácia.

Phenomena of interest

Esta revisão considerará estudos que explorem a experiência de competência cultural na atenção às mulheres refugiadas em situação de violência. Entende-se **Competência Cultural** como um conjunto de comportamentos, atitudes e políticas congruentes que atuam interativamente num sistema, instituição ou grupo de profissionais, e permite que esse sistema, instituição ou grupo de profissionais trabalhem efetivamente em situações multiculturais¹⁰.

Para fins de definição, será considerado também **mulheres refugiadas** como aquelas que estão fora de seu país de origem devido a fundados temores de perseguição relacionados a questões de raça, religião, nacionalidade, pertencimento a um determinado grupo social ou opinião política, como também devido às violências e à grave e generalizada violação de direitos humanos e conflitos armados¹.

Será considerado ainda a definição de **violência** como sendo o uso intencional, ameaça ou ação efetiva da força e/ou poder físico, podendo ser perpetuada contra si mesmo, outra pessoa, grupo ou comunidade, e que possa acarretar lesões, morte, dano psíquico, alterações do desenvolvimento ou privações¹¹.

Context

Esta revisão irá considerar qualquer serviço, em qualquer localização geográfica, que preste assistência à saúde em todos os níveis de atenção (atenção primária, secundária e terciária) como, mas não se limitando a esses: Unidades Básicas de Saúde, hospitais, Unidades de Pronto Atendimento, Centros Obstétricos, Centros de Referência para refugiados, Casas de acolhimento, ambulatórios em acampamentos de refugiados, Organizações não governamentais (ONGs), equipes móveis de saúde como “Médico sem fronteiras” e Cruz Vermelha, entre outros.

Types of studies

Esta revisão considerará estudos que enfoquem dados **qualitativos**, bem como estudos **interpretativos** que se baseiam nas experiências, incluindo, mas não se limitando a, estudos como fenomenologia, teoria fundamentada, etnografia, pesquisa-ação e pesquisa feminista acerca das experiências de competência cultural dos profissionais de saúde utilizadas nas práticas de atenção à saúde às mulheres refugiadas em situação de violência. Também serão considerados estudos qualitativos descritivos que descrevam a experiência. Além de estudos mistos em que poderão ser extraídos dados qualitativos da experiência de interesse.

Também serão considerados artigos publicados por editores comerciais e acadêmicos, bem como literatura cinzenta, Portal de teses da Capes, DART-E, OATD. A literatura cinzenta também é conhecida como material da Deep ou Hidden Web e podem incluir: Teses e Dissertações, Relatórios, blogs, notas técnicas, pesquisas não independentes ou outros documentos produzidos e publicados por agências governamentais, instituições acadêmicas e outros grupos que não são distribuídos ou indexados por editores comerciais. Serão incluídos estudos publicados em qualquer idioma.

Methods

Trata-se de uma Revisão Sistemática Qualitativa de abordagem meta-agregativa⁹, desenvolvida em conformidade com as diretrizes do JBI, que é uma organização internacional de pesquisa em saúde baseada em evidências.

A meta-agregação não requer distinção entre estudos críticos ou interpretativos. As unidades de análise buscadas em artigos qualitativos são os achados, apresentados como temas, categorias ou conceitos identificados pelos pesquisadores primários. Assim, as revisões qualitativas incluem os estudos primários que aplicaram diferentes métodos e técnicas de produção e análise de dados qualitativos, a fim de captar a totalidade de um fenômeno de interesse, ao invés de apenas um aspecto unidimensional.

A abordagem meta-agregativa é sensível à praticidade e usabilidade das descobertas do autor principal e não busca reinterpretar essas descobertas. Uma característica da abordagem meta-agregativa é que ela permite declarações na forma de recomendações para orientar profissionais e formuladores de políticas^{9,12}.

Destaca-se ainda que o referencial teórico do Modelo Conceitual de Competência Cultural⁸ permeará o estudo, o qual propõem um modelo compreensivo a partir de quatro construtos de competência cultural (Quadro 1).

Quadro 1. Modelo conceitual compreensivo dos quatro construtos da **competência cultural**.

Consciência cultural	Apreciação e compreensão da cultura de outras pessoas, reconhecimento dos próprios preconceitos em relação a outras culturas e exame crítico em relação a posições privilegiadas na sociedade
Conhecimento cultural	Familiaridade com as características, história, valores, crenças e comportamentos de outras culturas
Competência ou aptidão prática (habilidades)	Aptidões necessárias para ajustar a prática profissional de forma a atender às necessidades das populações multiculturais
Apoio organizacional	Implementação de práticas individuais e organizacionais que promovam a capacidade dos profissionais para intervir de forma culturalmente adequada

Fonte: Adaptado de Balcazar et al. Cultural Competence: Development of a conceptual framework, 2009.

Search strategy

A estratégia de busca será desenvolvida em um processo de três momentos, conforme as diretrizes do JBI para RQS⁹.

1º momento: Mapeamento dos descritores controlados e Mesh Terms; Análise e mapeamento das palavras do texto contidas nos títulos e resumos dos artigos e dos termos de indexação utilizados nas bases de dados bibliográficas para descrever artigos relevantes no tema, a fim de construir uma estratégia de busca abrangente e específica para cada base de dados incluída.

2º momento: Aplicação de estratégias de busca específicas em cada banco de dados incluído neste protocolo.

3º momento: Revisão das listas de referência de todos os estudos que serão recuperados para avaliação, a fim de procurar estudos adicionais.

A estratégia de busca terá como objetivo localizar estudos publicados. Uma busca inicial na MEDLINE e Biblioteca Virtual em Saúde foi realizada para identificar artigos sobre o tema. As palavras-texto contidas nos títulos e resumos dos artigos relevantes, e os termos do índice utilizados para descrever os artigos foram utilizados para desenvolver uma estratégia de busca completa no banco de dados eletrônico na MEDLINE via Pubmed (Apêndice I).

A estratégia de pesquisa, incluindo todas as palavras-chave identificadas e termos de índice, será adaptada para cada banco de dados incluído e/ou fonte de informação. A lista de referência de todas as fontes de evidência incluídas será examinada para estudos adicionais.

Information sources

As buscas serão realizadas nas bases de dados e bibliotecas virtuais: Scientific Electronic Library Online (Scielo), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline/Pubmed), SciVerse Scopus (Scopus), Embase, Education Resources Information Center (ERIC), Web of Science (WoS), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (Cinahl), PMC (Pubmed), PsycInfo (APA) e a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Study selection

Após a busca, todas as referências identificadas serão agrupadas e carregadas no gerenciador de referências *software* Endnote 20/2020 (Clarivate Analytics, PA, EUA) e após a remoção de duplicatas serão exportadas para o sistema Rayyan do *Qatar Computing Research Institute*, a QCRI desenvolveu-se para auxiliar os pesquisadores no processo de seleção de revisão¹³. A seleção por título e resumo será orientada pelos motivos de exclusão (Razões) e pelos documentos incluídos por (Etiquetas). Os aplicativos *Blind ON* ou *Blind OFF* serão usados no sistema, o que permite gerenciar o cegamento e verificação de conflitos. Após um teste piloto para treinamento dos revisores, os títulos e os resumos serão então selecionados por dois ou mais revisores independentes para avaliação de acordo com os critérios de elegibilidade desta revisão. As referências potencialmente relevantes serão recuperadas com o texto na íntegra. O texto completo será avaliado em detalhes de acordo com os critérios de elegibilidade pelos revisores de modo independente. Razões para exclusão no texto completo serão registrados e relatados. Quaisquer discordâncias que surjam entre os revisores em cada etapa do processo de seleção serão resolvidas por meio de discussão ou por um terceiro revisor com expertise no tema de interesse.

Estudos potencialmente relevantes serão recuperados na íntegra e seus detalhes de citação importados para o Sistema JBI para o Controle Unificado, Avaliação e Revisão de Informações (JBI SUMARI)¹⁴.

Os resultados da pesquisa e do processo de inclusão do estudo serão informados na íntegra na revisão sistemática final e apresentados em um relatório preferencial para revisões sistemáticas e diagrama de meta-análises (PRISMA)¹⁵.

Assessment of methodological quality

Os estudos elegíveis serão avaliados criticamente por dois revisores independentes para qualidade metodológica usando o instrumento padrão de avaliação crítica JBI para pesquisa qualitativa, o "*JBI Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research*"⁹. Os autores dos trabalhos serão contatados para solicitar dados ausentes ou adicionais para esclarecimentos, quando necessário. Quaisquer divergências que surgirem entre os revisores serão resolvidas através de discussão, ou com um terceiro revisor. Os resultados da avaliação crítica serão relatados de forma narrativa e em uma tabela.

Todos os estudos, independentemente dos resultados de sua qualidade metodológica, passarão por extração e síntese de dados, sempre que possível.

Data extraction

Os dados qualitativos serão extraídos dos artigos incluídos nesta revisão usando a ferramenta padronizada de extração de dados do JBI SUMARI¹⁴, por dois revisores independentes. Os dados extraídos incluirão detalhes específicos sobre as populações, contexto,

cultura, localização geográfica, métodos de estudo e os fenômenos de interesse relevantes para a questão de revisão e objetivos específicos. Observar-se-á dados desses profissionais acerca do seu país de origem, sexo, idade, formação acadêmica, tipo de contrato de trabalho, posto e função desempenhada no serviço de saúde e tempo de serviço.

Um instrumento próprio de extração dos dados também será utilizado concomitantemente, contendo os quatro construtos da competência cultural (Apêndice II). Por fim, as descobertas e suas ilustrações serão extraídas e atribuídas a um nível de credibilidade. Para a apresentação da extração dos dados coletados, será utilizado a ferramenta de qualidade e transparência da redação, o PRISMA¹⁵.

Os dados extraídos incluirão detalhes específicos sobre as populações, contexto, cultura, localização geográfica, métodos de estudo e os fenômenos de interesse relevantes para o objetivo da revisão. As descobertas e suas ilustrações, serão extraídas e atribuídas a um nível de credibilidade. Quaisquer divergências que surgirem entre os revisores serão resolvidas através de discussão, ou com um terceiro revisor. Os autores dos trabalhos serão contatados para solicitar dados ausentes ou adicionais, quando necessário.

Data synthesis

Após a extração dos dados, os resultados da pesquisa qualitativa serão agrupados usando o *software* JBI Sumari com a abordagem de **meta-agregação**, a qual engloba as etapas de análise do discurso, categorias por agrupamento temático e síntese dos dados. Isso envolverá a agregação ou síntese de descobertas para gerar um conjunto de declarações que representem essa agregação, por meio da reunião das descobertas e da categorização dessas descobertas com base na semelhança de significado⁹, produzindo assim o agrupamento temático dos dados, que irá partir da interpretação dos autores do estudo primário.

Após, essas categorias serão submetidas a uma síntese para produzir um único conjunto abrangente de achados sintetizados. Salienta-se que apenas constatações inequívocas e credíveis serão incluídas na agregação. As descobertas não suportadas serão apresentadas separadamente. Onde não for possível o agrupamento textual, os resultados serão apresentados em forma narrativa.

A síntese dos dados será realizada em um processo de 3 etapas, conforme as diretrizes para RSQ⁹:

6. Extração de todos os achados de todos os artigos incluídos com uma ilustração que o acompanha e estabelecendo um nível de credibilidade para cada achado;
7. Desenvolver categorias para descobertas suficientemente semelhantes, com pelo menos 2 descobertas por categoria;
8. Desenvolver uma ou mais descobertas sintetizadas de pelo menos 2 categorias.

Assessing confidence in the findings

Os resultados sintetizados finais serão classificados de acordo com a abordagem conQual para estabelecer confiança na produção da síntese de pesquisa qualitativa e apresentados em um Resumo de Achados¹⁶. O Resumo dos Achados inclui os principais elementos da revisão e detalha como a pontuação do ConQual é desenvolvida.

Incluído no Resumo dos Achados estará o título, população, fenômenos de interesse e contexto para a revisão específica. Cada achado sintetizado da revisão será então apresentado, juntamente com o tipo de pesquisa informando-a, pontuação para confiabilidade e credibilidade e a pontuação geral do ConQual.

Conflicts of interest

Não há conflito de interesses neste projeto.

Acknowledgements

Este Protocolo de Revisão Sistemática Qualitativa faz parte da tese de doutorado em Enfermagem de RGSG, no Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Agradecemos ao Centro Brasileiro para o Cuidado à Saúde Informado por Evidências: Centro de Excelência do JBI (JBI-Brasil) pela análise do protocolo de revisão e pelo treinamento das pesquisadoras no *Comprehensive Systematic Review Training Programme*.

References

- Agência da ONU para Refugiados – UNHCR/ACNUR. Dados sobre o refúgio, 2022. Disponível em: <https://www.acnur.org/portugues/dados-sobre-refugio/>. Acesso em: 18/08/2022.
- Brasil. Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017. Presidência da República, 2017. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/113445.htm. Acesso em: 13/09/2022.
- Santana C. Humildade cultural: conceito estratégico para abordar a saúde dos refugiados no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 2018, v. 34, n. 11, e00098818, Mai, Rio de Janeiro. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/603/humildade-cultural-conceito-estrategico-para-abordar-a-saude-dos-refugiados-no-brasil>. Acesso em 19-11/2022.
- Topa J, Neves S, Nogueira C. Imigração e saúde: a (in)acessibilidade das mulheres imigrantes aos cuidados de saúde. *Saúde Soc.* 2013, São Paulo, v.22, n.2, p.328-341.
- Santinho C. A importância da competência cultural no atendimento de saúde a refugiados e requerentes de asilo. *Fórum Sociológico [En ligne]*, 22 | 2012. Disponível em: <http://journals.openedition.org/sociologico/594>. Acesso em: 01/10/2022
- Freedman J, Jamal B. Violence à l'égard des femmes migrantes et réfugiées dans la région euro-méditerranéenne. Études de cas: France, Italie, Egypte & Maroc, Copenhaga, Réseau euro-méditerranéen des droits de l'Homme, 2008.
- Dias SF, Rocha CF, Horta R. Saúde sexual e reprodutiva de mulheres imigrantes africanas e brasileiras: um estudo qualitativo. Lisboa: Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI); 2009. 174 p.
- Balcazar FE, Suarez-Balcazar Y, Taylor-Ritzler T. Cultural competence: Development of a conceptual framework, *Disability and Rehabilitation*, 31:14, 1153-1160, 2009.
- Lockwood C, Porritt K, Munn Z, Rittenmeyer L, Salmond S, Bjerrum M, et al. Chapter 2: Systematic reviews of qualitative evidence. In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI, 2020. Disponível em: <https://synthesismanual.jbi.global>. Acesso em: 01/09/2022.
- Cross T. *Towards a culturally competent system of care: a monograph on effective services for minority children who are severely emotionally disturbed*. Washington DC: CASSP Technical Assistance Center Georgetown University Child Development Center; 1989.
- Organização Mundial da Saúde. *Relatório Mundial sobre violência e saúde*. Genebra: OMS, 2002.
- Hannes K, Lockwood C. Pragmatism as the philosophical foundation for the Joanna Briggs meta-aggregative approach to qualitative evidence synthesis. *J. adv. Nurs*, 2011, v. 67. n. 7. p. 1632-1642.
- Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev* 5, 210 (2016).
- Institute TJB. *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2014 Edition*. [Internet]. Adelaide: Joanna Briggs Institute; 2014. [cited Ago 23 2018]. Disponível em: <http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/ReviewersManual-2014.pdf>. Acesso em 01/09/2022.
- Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *PLoS Med*, 2021, 18(3): e1003583.

Munn, Z., Porritt, K., Lockwood, C, Aromataris E, Pearson A . Establishing confidence in the output of qualitative research synthesis: the ConQual approach. BMC Med Res Methodol 14, 108 (2014).

Appendices

Appendix I: Search strategy

Estratégia aplicada em 06 de outubro de 2022 na base de dados MEDLINE via Pubmed.

Search	Query	Results
#1	Search: "Refugees"[mh] OR migrant*[tiab] OR Refugee*[tiab] OR Asylum Seeker*[tiab] OR Displaced Person*[tiab] OR Internally Displaced Person*[tiab] OR Political Asylum Seeker*[tiab] OR Political Refugee*[tiab] OR "Emigrants and Immigrants"[mh] OR Alien*[tiab] OR Emigrant*[tiab] OR Foreigner*[tiab] OR Immigrant*[tiab]	78,758
#2	Search: "Women"[mh] OR Women[tiab] OR Girl*[tiab] OR Woman[tiab]	1,506,629
#3	Search: "Culturally Competent Care"[mh] OR Culturally Competent Care[tiab] OR Cross Cultural Care[tiab] OR "Cultural Care"[tiab] OR "Culturally Competent Health Care"[tiab] OR "Culturally Congruent Care"[tiab] OR "Culturally Sensitive Care"[tiab] OR "Cultural Competency"[mh] OR Cultural Competenc*[tiab] OR "Cultural Sensitivity"[tiab] OR "Cultural Diversity"[mh] OR Cultural Diversit*[tiab] OR "Cultural Pluralism"[tiab] OR Multiculturalism[tiab] OR Pluralism*[tiab] OR "cultural plurality"[tiab] OR multi-culturalism[tiab] OR "cross-cultural health care"[tiab] OR "cross-cultural healthcare"[tiab] OR "culturally appropriate care"[tiab] OR "culturally appropriate health care"[tiab] OR "culturally appropriate healthcare"[tiab] OR "culturally competent healthcare"[tiab] OR "culturally congruent health care"[tiab] OR trans-cultural[tiab] OR transcultural[tiab] OR "cross-cultural"[tiab] OR "culturally appropriate"[tiab] OR "culturally competent"[tiab] OR "culturally congruent"[tiab]	47,797
#4	Search: #1 AND #2 AND #3	2,816

Appendix II: Data extraction instrument

Quadro de extração dos dados acerca das Competências Culturais:

Título		
Autor		
Ano de Publicação		
Objetivo		
Definições incluídas		
Desenho do estudo		
Cenário		
Participantes		
Método e técnicas		
Competência Cultural	Consciência cultural	profissionais consideram a cultura
		profissionais reconhecem seus próprios preconceitos
	Conhecimento cultural	profissionais reconhecem as características, história, valores, crenças e comportamentos
	Competência ou aptidão prática	profissionais desenvolvem habilidades ou aptidão para ajustar sua prática profissional
	Apoio organizacional	profissionais recebem apoio para desenvolver capacidade para intervir de forma culturalmente adequada

APÊNDICE B – PLANEJAMENTO DOS TERMOS PARA ESTRATÉGIA DE BUSCA CONFORME PICO

TERMOS
<p>("Pessoal de Saúde" OR "Prestadores de Cuidados de Saúde" OR "Profissionais da Saúde" OR "Profissionais de Saúde" OR "Profissional da Saúde" OR "Profissional de Saúde" OR "Trabalhador da Saúde" OR "Trabalhador de Saúde" OR "Trabalhadores da Saúde" OR "Trabalhadores de Saúde" OR "Personal de Salud" OR "Provedores de Atención de Salud" OR "Trabajadores de la Salud" OR Médico* OR Enfermagem OR enfermeir* OR Enfermería* OR Enfermer* OR Fisioterapeuta* OR "Terapia Ocupacional" OR "Terapeutas Ocupacionais" OR "Terapeutas Ocupacionales" OR Ergothérapeutes OR fonoaudiologia OR Fonoaudiolo* OR Psicólogo* OR Psicologia OR "Assistente social" OR "Assistentes sociais" OR Farmácia OR Pharmacie* OR Nutricionista* OR Dietista OR Dietistas OR Nutritionnistes OR "Equipe de Assistência ao Paciente" OR "Grupo de Atención al Paciente" OR "Equipe Interdisciplinar de Saúde" OR "Equipe Multiprofissional" OR "Equipe de Assistência Médica" OR "Equipe de Cuidados de Saúde" OR "Equipe de Saúde" OR "Equipes de Saúde" OR "Assistentes Sociais" OR "Trabajadores Sociales" OR "Corpo Clínico" OR "Cuerpo Médico" OR "Corps médical") AND (Refugiado* OR Desalojado* OR Deslocado* OR Desalojada* OR Deslocada* OR "População Evacuada" OR "Requerentes de Asilo" OR Desplazada* OR "Solicitantes de Asilo" OR Réfugiés OR "Personnes Déplacées" OR Rapatrié OR "Emigrantes e Imigrantes" OR Alienígenas OR Emigrante* OR Estrangeiro* OR Imigrante* OR Inmigrante* OR Émigrants OR Émigrées OR Émigrés OR Étrangères OR Étrangers OR Immigrant* OR Immigrées OR Immigrés OR "Direito a Buscar Asilo" OR "Direito ao Asilo" OR "Direito de Asilo" OR "direito de Buscar e Receber Asilo" OR "Derecho a Buscar Asilo" OR "Derecho a Asilo" OR "Derecho a Buscar y Recibir Asilo" OR "Derecho al Asilo" OR "Derecho de Asilo" OR "Droit de Chercher un Asile") AND (("Violência contra a Mulher" OR "Crimes contra a Mulher" OR "Crimes contra as Mulheres" OR "Delitos contra a Mulher" OR "Violência contra as Mulheres" OR "Violência Doméstica e Sexual contra a Mulher" OR "Violencia contra la Mujer" OR "Crímenes contra la Mujer" OR "Crímenes contra las Mujeres" OR "Delitos contra la Mujer" OR "Violencia contra las Mujeres" OR "Violencia Doméstica y Sexual contra la Mujer" OR "Violence Contre les Femmes" OR "Violência de Gênero" OR "Violencia de Género" OR "Violence sexiste" OR "Assassinato por Dote" OR "Assassinatos por Dote" OR "Morte pelo Dote" OR "Morte por Dote" OR "Morte por Falta de Dote" OR "Mortes por Dote" OR "Mortes por Falta de Dote" OR "Queima da Noiva" OR "Violência Baseada em Gênero" OR "Asesinato por la Dote" OR "Asesinatos por la Dote" OR "Muerte por Dote" OR "Muerte por Falta de Dote" OR "Muerte por la Dote" OR "Muertes por Dote" OR "Muertes por Falta de Dote" OR "Quema de la Novia" OR "Violencia Basada en Género" OR "Mise à Mort Faute de Dot" OR "Violence basée sur le genre" OR "Violence basée sur le sexe" OR "Violence de genre" OR "Violence fondée sur le genre" OR "Violence fondée sur le sexe" OR "Violência Doméstica" OR "Maus-Tratos" OR "Violência na Família" OR "Violencia Doméstica" OR "Violencia Familiar" OR "Violence domestique" OR "Violence au sein de la famille" OR "Violence dans la famille" OR "Violence familiale" OR "Violência por Parceiro Íntimo" OR "Violencia de Pareja" OR "Violence envers le partenaire intime" OR "Violência contra Parceiro Íntimo" OR "Violência contra a Parceira Íntima" OR "Violência entre Parceiros Íntimos" OR "Violence dans les fréquentations" OR "Violence dans les fréquentations amoureuses" OR "Violence envers la conjointe" OR "Violence envers la partenaire intime" OR "Violence envers le conjoint" OR "Violence à l'égard de la conjointe" OR "Violence à l'égard de la partenaire intime" OR "Violence à l'égard du conjoint" OR "Violence à l'égard du partenaire intime" OR "Maus-Tratos Conjugais" OR "Maltrato Conyugal" OR "Violence conjugale" OR "Maus-Tratos ao Companheiro" OR "Maus-Tratos ao Parceiro" OR "Maus-Tratos à Companheira" OR "Maus-Tratos à Esposa" OR "Maus-Tratos à Parceira" OR "Síndrome da Esposa Espancada" OR "Abuso de la Pareja" OR "Maltrato a la Esposa" OR "Maltrato a la Mujer" OR "Síndrome de la Esposa Maltratada" OR "Síndrome del Esposo Maltratado" OR "Maltraitance de la femme dans le couple" OR "Maltraitance entre époux" OR "Violence dans le couple" OR "Violence de la compagne" OR "Violence de la partenaire" OR "Violence du compagnon" OR "Violence du partenaire" OR "Violence entre conjoints" OR "Violence envers l'épouse" OR "Violence envers la femme dans le couple" OR "Violence époux-épouse") OR ((Crime* OR Delito* OR Crimene* OR Violence OR Maus-tratos OR Maltrato OR Maltratad* OR Abuso* OR Agressão OR Agresión OR Agressivité OR Agressividade OR "Comportamento Agressivo" OR Agresividad OR "Comportamiento Agresivo" OR Violência OR Atrocidade* OR "Comportamento de Ataque" OR Femicídio* OR "Vítimas de Crime" OR "Víctimas de Crimen" OR "Victimes de crimes" OR Vitimização OR Victimización OR Victimisation OR "Comportamento Criminoso" OR "Conducta Criminal" OR "Comportement criminel" OR "Comportamiento Criminal" OR "Comportement contraire à la loi" OR "Comportement illicite" OR "Comportement illégal" OR "Comportements illégaux" OR "Conduite contraire à la loi" OR "Conduite criminelle" OR "Conduite illicite" OR "Conduite illégale" OR "Intention criminelle") AND (Mulheres OR Meninas OR Mulher OR Mujeres OR Chicas OR Mujer OR Niñas OR Femmes))</p>

("Health Personnel" OR "Health Care Providers" OR "Health Care Provider" OR "Healthcare Providers" OR "Healthcare Provider" OR "Healthcare Workers" OR "Healthcare Worker" OR "Health Care Professionals" OR "Health Care Professional" OR "Health Professional" OR "healthcare professionals" OR "healthcare professional" OR Physicians OR Nurses OR Nurse OR Nursing OR Nursings OR "Physical Therapists" OR "Physical Therapist" OR Physiotherapist OR Physiotherapists OR "Occupational Therapy" OR "Occupational Therapists" OR "Speech, Language and Hearing Sciences" OR "Speech and Hearing" OR "Speech-Language Pathology and Audiology" OR "Speech-Language-Hearing Pathology" OR "Social Workers" OR "Social Worker" OR Pharmacy OR Pharmacies OR Nutritionists OR Dietician* OR Dietitian* OR "Patient Care Team" OR "Patient Care Teams" OR "Medical Care Team" OR "Medical Care Teams" OR "Interdisciplinary Health Team" OR "Interdisciplinary Health Teams" OR "Healthcare Team" OR "Healthcare Teams" OR "Health Care Team" OR "Health Care Teams" OR "Medical Staff" OR "Medical Staffs" OR "Hospital staff" OR "health worker" OR "clinical work" OR doctor* OR "hospitality workers" OR "hospitality worker" OR "hospital workers" OR "staff working") AND (Refugee* OR "Asylum Seeker" OR "Asylum Seekers" OR "Displaced Person" OR "Displaced Persons" OR "Internally Displaced Person" OR "Internally Displaced Persons" OR "Political Asylum Seeker" OR "Political Asylum Seekers" OR "Political Refugee" OR "Political Refugees" OR "Statutory Refugee" OR "Emigrants and Immigrants" OR Alien* OR Emigrant* OR Foreigner* OR Immigrant* OR "Right to seek Asylum" OR "Right of Asylum" OR "Right of Political Asylum" OR "Right to seek Political Asylum") AND (("Violence Against Women" OR "Crimes against Women" OR "Domestic and Sexual Violence Against Women" OR "Offenses against Women" OR "Gender-Based Violence" OR "Bride Burning" OR "Dowry Death" OR "Dowry Deaths" OR "Dowry Murder" OR "Dowry Murders" OR "Gender Based Violence" OR "Domestic Violence" OR "Family Violence" OR "Intimate Partner Violence" OR "Dating Violence" OR "Intimate Partner Abuse" OR "Spouse Abuse" OR "Partner Abuse" OR "Spousal Abuse" OR "Wife Abuse") OR ((Violence* OR Crimes OR Offense* OR Abuse* OR Aggression OR Aggressions OR Violence OR "Assaultive Behavior" OR Atrocities OR "Structural Violence" OR femicide* OR "spousal abuse" OR "Crime Victims" OR "Crime Victim" OR Victimization OR "Criminal Behavior" OR "Criminal Behaviors" OR "Criminal Conduct" OR "Criminal Intent" OR "Criminal Intent" OR "Illegal Behavior" OR "Illegal Behaviors" OR "Illicit Behavior" OR "Illicit Behaviors" OR "Unlawful Behavior" OR "Unlawful Behaviors" OR "Controlling behavior" OR mistreatment) AND (Women OR Girl* OR Woman)))

"Assistência à Saúde Culturalmente Competente" OR "Cuidado Culturalmente Competente" OR "Cuidado de Saúde Culturalmente Sensível" OR "Cuidados Culturalmente Competentes" OR "Cuidados de Saúde Culturalmente Competentes" OR "Enfoque Diferenciado" OR "Enfoque Diferencial" OR "Enfoque Étnico" OR "Saúde Intercultural" OR "Serviços de Saúde Culturalmente Competentes" OR "Serviços de Saúde Interculturais" OR "Asistencia Sanitaria Culturalmente Competente" OR "Atención Culturalmente Sensible" OR "Atención en Salud con Competencia Cultural" OR "Enfoque Diferenciado" OR "Enfoque Diferencial" OR "Enfoque Diferencial Étnico" OR "Enfoque Étnico" OR "Salud Intercultural" OR "Servicios de Salud Culturalmente Competentes" OR "Servicios de Salud Interculturales" OR "Soins adaptés sur le plan culturel" OR "Soins compétents sur le plan culturel" OR "Soins culturellement adaptés" OR "Soins culturellement compétents" OR "Soins culturels" OR "Soins de santé adaptés sur le plan culturel" OR "Soins de santé compétents sur le plan culturel" OR "Soins de santé culturellement adaptés" OR "Soins de santé culturellement compétents" OR "Soins interculturels" OR "Soins transculturels" OR "Competência Cultural" OR "Capacidade Intercultural" OR "Capacidade Transnacional" OR "Competência Intercultural" OR "Competência Transcultural" OR "Competência Transnacional" OR "Competências Culturais" OR "Competências Interculturais" OR "Comunicação Intercultural" OR Interculturalidade OR Interculturalismo OR "Mediação Intercultural" OR "Sensibilidade Cultural" OR "Capacidad Intercultural" OR "Capacidad Transnacional" OR "Competencias Culturales" OR "Competencias Interculturales" OR "Comunicación Intercultural" OR Interculturalidad OR Interculturalismo OR "Mediación Intercultural" OR "Mediación Transnacional" OR "Sensibilidad Cultural" OR "Compétence culturelle" OR "Diversidade Cultural" OR Multicultura OR Multiculturalid* OR Multiculturalism* OR Pluralism* OR "Diversidad Cultural" OR Pluriculturalismo OR "Diversité culturelle" OR "Pluralisme culturel"

"Culturally Competent Care" OR "Cross Cultural Care" OR "Cross-Cultural Care" OR "Cultural Care" OR "Culturally Competent Health Care" OR "Culturally Congruent Care" OR "Culturally Sensitive Care" OR "Cultural Competency" OR "Cultural Competence" OR "Cultural Competencies" OR "Cultural Sensitivity" OR "Cultural Diversity" OR "Cultural Diversities" OR "Cultural Pluralism" OR Multiculturalism OR ulticulturalisms OR Pluralism* OR "cultural plurality" OR multi-culturalism OR "cross-cultural health care" OR "cross-cultural healthcare" OR "culturally appropriate care" OR "culturally appropriate health care" OR "culturally appropriate healthcare" OR "culturally competent health care" OR "culturally competent healthcare" OR "culturally congruent care" OR "culturally congruent health care" OR "culturally congruent healthcare" OR "trans-cultural care" OR "trans-cultural health care" OR "trans-cultural healthcare" OR "transcultural health care" OR "transcultural healthcare"

APÊNDICE C – TESTE DA ESTRATÉGIA DE BUSCA NA BASE DE DADOS MEDLINE/PUBMED

Apresenta-se a estratégia aplicada em seis de outubro de dois mil e vinte e dois na base de dados MEDLINE/PUBMED.

SEARCH	QUERY	RESULTS
#1	Search: "Refugees"[mh] OR migrant*[tiab] OR Refugee*[tiab] OR Asylum Seeker*[tiab] OR Displaced Person*[tiab] OR Internally Displaced Person*[tiab] OR Political Asylum Seeker*[tiab] OR Political Refugee*[tiab] OR "Emigrants and Immigrants"[mh] OR Alien*[tiab] OR Emigrant*[tiab] OR Foreigner*[tiab] OR Immigrant*[tiab]	78,758
#2	Search: "Women"[mh] OR Women[tiab] OR Girl*[tiab] OR Woman[tiab]	1,506,629
#3	Search: "Culturally Competent Care"[mh] OR Culturally Competent Care[tiab] OR Cross Cultural Care[tiab] OR "Cultural Care"[tiab] OR "Culturally Competent Health Care"[tiab] OR "Culturally Congruent Care"[tiab] OR "Culturally Sensitive Care"[tiab] OR "Cultural Competency"[mh] OR Cultural Competenc*[tiab] OR "Cultural Sensitivity"[tiab] OR "Cultural Diversity"[mh] OR Cultural Diversit*[tiab] OR "Cultural Pluralism"[tiab] OR Multiculturalism[tiab] OR Pluralism*[tiab] OR "cultural plurality"[tiab] OR multi-culturalism[tiab] OR "cross-cultural health care"[tiab] OR "cross-cultural healthcare"[tiab] OR "culturally appropriate care"[tiab] OR "culturally appropriate health care"[tiab] OR "culturally appropriate healthcare"[tiab] OR "culturally competent healthcare"[tiab] OR "culturally congruent health care"[tiab] OR trans-cultural[tiab] OR transcultural[tiab] OR "cross-cultural"[tiab] OR "culturally appropriate"[tiab] OR "culturally competent"[tiab] OR "culturally congruent"[tiab]	47,797
#4	Search: #1 AND #2 AND #3	2,816

APÊNDICE D – ESTRATÉGIAS APLICADAS NAS BASES DE DADOS INCLUÍDAS NO PROTOCOLO DE REVISÃO

Apresenta-se as estratégias de busca aplicadas em dois de novembro de dois mil e vinte e dois, em cada uma das dez bases de dados incluídas no Protocolo de Revisão

BASES	ESTRATÉGIAS DE BUSCA	TOTAL
BVS	(refugiado* desalojado* OR deslocado* OR desalojada* OR deslocada* OR "População Evacuada" OR "Requerentes de Asilo" OR desplazada* OR "Solicitantes de Asilo" OR réfugiés OR "Personnes Déplacées" OR rapatrié OR "Emigrantes e Imigrantes" OR alienígenas OR emigrante* OR estrangeiro* OR imigrante* OR inmigrante* OR émigrants OR émigrées OR émigrés OR étrangères OR étrangers OR immigrant* OR immigrées OR immigrés OR "Direito a Buscar Asilo" OR "Direito ao Asilo" OR "Direito de Asilo" OR "direito de Buscar e Receber Asilo" OR "Derecho a Buscar Asilo" OR "Derecho a Asilo" OR "Derecho a Buscar y Recibir Asilo" OR "Derecho al Asilo" OR "Derecho de Asilo" OR "Droit de Chercher un Asile" OR migrante OR refugee* OR "Asylum Seeker" OR "Asylum Seekers" OR "Displaced Person" OR "Displaced Persons" OR "Internally Displaced Person" OR "Internally Displaced Persons" OR "Political Asylum Seeker" OR "Political Asylum Seekers" OR "Political Refugee" OR "Political Refugees" OR "Statutory Refugee" OR "Emigrants and Immigrants" OR alien* OR emigrant* OR foreigner* OR immigrant* OR "Right to seek Asylum" OR "Right of Asylum" OR "Right of Political Asylum" OR "Right to seek Political Asylum" OR migrant) AND (mulheres OR meninas OR mulher OR mujeres OR chicas OR mujer OR niñas OR femmes OR women OR girl* OR woman) AND ("Assistência à Saúde Culturalmente Competente" OR "Cuidado Culturalmente Competente" OR "Cuidado de Saúde Culturalmente Sensível" OR "Cuidados Culturalmente Competentes" OR "Cuidados de Saúde Culturalmente Competentes" OR "Enfoque Diferenciado" OR "Enfoque Diferencial" OR "Enfoque Étnico" OR "Saúde Intercultural" OR "Serviços de Saúde Culturalmente Competentes" OR "Serviços de Saúde Interculturais" OR "Asistencia Sanitaria Culturalmente Competente" OR "Atención Culturalmente Sensible" OR "Atención en Salud con Competencia Cultural" OR "Enfoque Diferenciado" OR "Enfoque Diferencial" OR "Enfoque Diferencial Étnico" OR "Enfoque Étnico" OR "Salud Intercultural" OR "Servicios de Salud Culturalmente Competentes" OR "Servicios de Salud Interculturales" OR "Soins adaptés sur le plan culturel" OR "Soins compétents sur le plan culturel" OR "Soins culturellement adaptés" OR "Soins culturellement compétents" OR "Soins culturels" OR "Soins de santé adaptés sur le plan culturel" OR "Soins de santé compétents sur le plan culturel" OR "Soins de santé culturellement adaptés" OR "Soins de santé culturellement compétents" OR "Soins interculturels" OR "Soins transculturels" OR "Competência Cultural" OR "Capacidade Intercultural" OR "Capacidade Transnacional" OR "Competência Intercultural" OR "Competência Transcultural" OR "Competência Transnacional" OR "Competências Culturais" OR "Competências Interculturais" OR "Comunicação Intercultural" OR interculturalidade OR interculturalismo OR "Mediação Intercultural" OR "Sensibilidade Cultural" OR "Capacidad Intercultural" OR "Capacidad Transnacional" OR "Competencias Culturales" OR "Competencias Interculturales" OR "Comunicación Intercultural" OR interculturalidad OR interculturalismo OR "Mediación Intercultural" OR "Mediación Transnacional" OR "Sensibilidad Cultural" OR "Compétence culturelle" OR "Diversidade Cultural" OR multicultura OR multiculturalid* OR multiculturalism* OR pluralism* OR "Diversidad Cultural" OR pluriculturalismo OR "Diversité culturelle" OR "Pluralisme culturel" OR "transcultural" OR "culturalmente apropriado" OR "culturalmente competente" OR "culturalmente congruente" OR "Saúde transcultural" OR culturalmente OR transcultural OR "Culturalmente sensível" OR "Culturally	5

	<p>Competent Care" OR "Cross Cultural Care" OR "Cross-Cultural Care" OR "Cultural Care" OR "Culturally Competent Health Care" OR "Culturally Congruent Care" OR "Culturally Sensitive Care" OR "Cultural Competency" OR "Cultural Competence" OR "Cultural Competencies" OR "Cultural Sensitivity" OR "Cultural Diversity" OR "Cultural Diversities" OR "Cultural Pluralism" OR multiculturalism OR ulticulturalisms OR pluralism* OR "cultural plurality" OR multi-culturalism OR "cross-cultural health care" OR "cross-cultural healthcare" OR "culturally appropriate care" OR "culturally appropriate health care" OR "culturally appropriate healthcare" OR "culturally competent health care" OR "culturally competent healthcare" OR "culturally congruent care" OR "culturally congruent health care" OR "culturally congruent healthcare" OR "cross-cultural" OR "culturally appropriate" OR "culturally competent" OR "culturally congruent" OR "Transcultural health" OR culturally OR cross-cultural OR "Culturally sensitive") AND (db:("LILACS" OR "BDENF" OR "SDG" OR "coleccionaSUS")</p>	
<p>Academic Search Premier (363) CINAHL with Full Text (173) Fonte Acadêmica (18)</p>	<p>((TI Refugee* OR "Asylum Seeker" OR "Asylum Seekers" OR "Displaced Person" OR "Displaced Persons" OR "Internally Displaced Person" OR "Internally Displaced Persons" OR "Political Asylum Seeker" OR "Political Asylum Seekers" OR "Political Refugee" OR "Political Refugees" OR "Statutory Refugee" OR "Emigrants and Immigrants" OR Alien* OR Emigrant* OR Foreigner* OR Immigrant* OR "Right to seek Asylum" OR "Right of Asylum" OR "Right of Political Asylum" OR "Right to seek Political Asylum" OR migrant) OR (SU Refugee* OR "Asylum Seeker" OR "Asylum Seekers" OR "Displaced Person" OR "Displaced Persons" OR "Internally Displaced Person" OR "Internally Displaced Persons" OR "Political Asylum Seeker" OR "Political Asylum Seekers" OR "Political Refugee" OR "Political Refugees" OR "Statutory Refugee" OR "Emigrants and Immigrants" OR Alien* OR Emigrant* OR Foreigner* OR Immigrant* OR "Right to seek Asylum" OR "Right of Asylum" OR "Right of Political Asylum" OR "Right to seek Political Asylum" OR migrant) OR (AB Refugee* OR "Asylum Seeker" OR "Asylum Seekers" OR "Displaced Person" OR "Displaced Persons" OR "Internally Displaced Person" OR "Internally Displaced Persons" OR "Political Asylum Seeker" OR "Political Asylum Seekers" OR "Political Refugee" OR "Political Refugees" OR "Statutory Refugee" OR "Emigrants and Immigrants" OR Alien* OR Emigrant* OR Foreigner* OR Immigrant* OR "Right to seek Asylum" OR "Right of Asylum" OR "Right of Political Asylum" OR "Right to seek Political Asylum" OR migrant)) AND ((TI Women OR Girl* OR Woman) OR (SU Women OR Girl* OR Woman) OR (AB Women OR Girl* OR Woman)) AND ((TI "Culturally Competent Care" OR "Cross Cultural Care" OR "Cross-Cultural Care" OR "Cultural Care" OR "Culturally Competent Health Care" OR "Culturally Congruent Care" OR "Culturally Sensitive Care" OR "Cultural Competency" OR "Cultural Competence" OR "Cultural Competencies" OR "Cultural Sensitivity" OR "Cultural Diversity" OR "Cultural Diversities" OR "Cultural Pluralism" OR Multiculturalism OR ulticulturalisms OR Pluralism* OR "cultural plurality" OR multi-culturalism OR "cross-cultural health care" OR "cross-cultural healthcare" OR "culturally appropriate care" OR "culturally appropriate health care" OR "culturally appropriate healthcare" OR "culturally competent health care" OR "culturally competent healthcare" OR "culturally congruent care" OR "culturally congruent health care" OR "culturally congruent healthcare" OR "cross-cultural" OR "culturally appropriate" OR "culturally competent" OR "culturally congruent" OR "Transcultural health" OR Culturally OR cross-cultural OR "Culturally sensitive") OR (SU "Culturally Competent Care" OR "Cross Cultural Care" OR "Cross-Cultural Care" OR "Cultural Care" OR "Culturally Competent Health Care" OR "Culturally Congruent Care" OR "Culturally Sensitive Care" OR "Cultural Competency" OR "Cultural Competence" OR "Cultural Competencies" OR "Cultural Sensitivity" OR "Cultural Diversity" OR "Cultural Diversities" OR "Cultural Pluralism" OR Multiculturalism OR ulticulturalisms OR Pluralism* OR "cultural plurality" OR multi-culturalism OR "cross-cultural health care" OR "cross-cultural healthcare" OR</p>	<p>2412</p>

	<p>"culturally appropriate care" OR "culturally appropriate health care" OR "culturally appropriate healthcare" OR "culturally competent health care" OR "culturally competent healthcare" OR "culturally congruent care" OR "culturally congruent health care" OR "culturally congruent healthcare" OR "cross-cultural" OR "culturally appropriate" OR "culturally competent" OR "culturally congruent" OR "Transcultural health" OR Culturally OR cross-cultural OR "Culturally sensitive") OR (AB "Culturally Competent Care" OR "Cross Cultural Care" OR "Cross-Cultural Care" OR "Cultural Care" OR "Culturally Competent Health Care" OR "Culturally Congruent Care" OR "Culturally Sensitive Care" OR "Cultural Competency" OR "Cultural Competence" OR "Cultural Competencies" OR "Cultural Sensitivity" OR "Cultural Diversity" OR "Cultural Diversities" OR "Cultural Pluralism" OR Multiculturalism OR ulticulturalisms OR Pluralism* OR "cultural plurality" OR multi-culturalism OR "cross-cultural health care" OR "cross-cultural healthcare" OR "culturally appropriate care" OR "culturally appropriate health care" OR "culturally appropriate healthcare" OR "culturally competent health care" OR "culturally competent healthcare" OR "culturally congruent care" OR "culturally congruent health care" OR "culturally congruent healthcare" OR "cross-cultural" OR "culturally appropriate" OR "culturally competent" OR "culturally congruent" OR "Transcultural health" OR Culturally OR cross-cultural OR "Culturally sensitive"))</p>	
EMBASE	<p>((refugee*:ti,ab,kw OR 'asylum seeker':ti,ab,kw OR 'asylum seekers':ti,ab,kw OR 'displaced person':ti,ab,kw OR 'displaced persons':ti,ab,kw OR 'internally displaced person':ti,ab,kw OR 'internally displaced persons':ti,ab,kw OR 'political asylum seeker':ti,ab,kw OR 'political asylum seekers':ti,ab,kw OR 'political refugee':ti,ab,kw OR 'political refugees':ti,ab,kw OR 'statutory refugee':ti,ab,kw OR emigrants:ti,ab,kw) AND immigrants:ti,ab,kw OR alien*:ti,ab,kw OR emigrant*:ti,ab,kw OR foreigner*:ti,ab,kw OR immigrant*:ti,ab,kw OR 'right to seek asylum':ti,ab,kw OR 'right of asylum':ti,ab,kw OR 'right of political asylum':ti,ab,kw OR 'right to seek political asylum':ti,ab,kw OR migrant:ti,ab,kw) AND (women:ti,ab,kw OR girl*:ti,ab,kw OR woman:ti,ab,kw) AND ('culturally competent care':ti,ab,kw OR 'cross cultural care':ti,ab,kw OR 'cross-cultural care':ti,ab,kw OR 'cultural care':ti,ab,kw OR 'culturally sensitive care':ti,ab,kw OR 'cultural competency':ti,ab,kw OR 'cultural competence':ti,ab,kw OR 'cultural competencies':ti,ab,kw OR 'cultural sensitivity':ti,ab,kw OR 'cultural diversity':ti,ab,kw OR 'cultural diversities':ti,ab,kw OR 'cultural pluralism':ti,ab,kw OR multiculturalism:ti,ab,kw OR ulticulturalisms:ti,ab,kw OR pluralism*:ti,ab,kw OR 'cultural plurality':ti,ab,kw OR 'multi culturalism':ti,ab,kw OR 'cross-cultural health care':ti,ab,kw OR 'cross-cultural healthcare':ti,ab,kw OR 'culturally appropriate care':ti,ab,kw OR 'culturally appropriate health care':ti,ab,kw OR 'culturally appropriate healthcare':ti,ab,kw OR 'culturally competent health care':ti,ab,kw OR 'culturally competent healthcare':ti,ab,kw OR 'culturally congruent care':ti,ab,kw OR 'culturally congruent health care':ti,ab,kw OR 'culturally congruent healthcare':ti,ab,kw OR 'cross-cultural':ti,ab,kw OR 'culturally appropriate':ti,ab,kw OR 'culturally competent':ti,ab,kw OR 'culturally congruent':ti,ab,kw OR 'transcultural health':ti,ab,kw OR culturally:ti,ab,kw OR 'cross cultural':ti,ab,kw OR 'culturally sensitive':ti,ab,kw) AND ([article]/lim OR [article in press]/lim OR [review]/lim OR [short survey]/lim OR [preprint]/lim) AND [embase]/lim</p>	374

<p>PMC</p>	<p>(((((("Culturally Competent Care" [Abstract] OR "Cross Cultural Care" [Abstract] OR "Cross-Cultural Care" [Abstract] OR "Cultural Care"[Abstract] OR "Culturally Competent Health Care"[Abstract] OR "Culturally Congruent Care"[Abstract] OR "Culturally Sensitive Care"[Abstract] OR "Cultural Competency"[Abstract] OR "Cultural Competence"[Abstract] OR "Cultural Competencies"[Abstract] OR "Cultural Sensitivity"[Abstract] OR "Cultural Diversity"[Abstract] OR "Cultural Diversities"[Abstract] OR "Cultural Pluralism"[Abstract] OR Multiculturalism[Abstract] OR ulticulturalisms[Abstract] OR Pluralism*[Abstract] OR "cultural plurality"[Abstract] OR multi-culturalism[Abstract] OR "cross-cultural health care"[Abstract] OR "cross-cultural healthcare"[Abstract] OR "culturally appropriate care"[Abstract] OR "culturally appropriate health care"[Abstract] OR "culturally appropriate healthcare"[Abstract] OR "culturally competent health care"[Abstract] OR "culturally competent healthcare"[Abstract] OR "culturally congruent care"[Abstract] OR "culturally congruent health care"[Abstract] OR "culturally congruent healthcare"[Abstract] OR "cross-cultural"[Abstract] OR "culturally appropriate" [Abstract] OR "culturally competent" [Abstract] OR "culturally congruent"[Abstract] OR "Transcultural health"[Abstract] OR Culturally[Abstract] OR cross-cultural [Abstract] OR "Culturally sensitive"[Abstract])))) OR ("Culturally Competent Care" [Title] OR "Cross Cultural Care" [Title] OR "Cross-Cultural Care" [Title] OR "Cultural Care"[Title] OR "Culturally Competent Health Care"[Title] OR "Culturally Congruent Care"[Title] OR "Culturally Sensitive Care"[Title] OR "Cultural Competency"[Title] OR "Cultural Competence"[Title] OR "Cultural Competencies"[Title] OR "Cultural Sensitivity"[Title] OR "Cultural Diversity"[Title] OR "Cultural Diversities"[Title] OR "Cultural Pluralism"[Title] OR Multiculturalism[Title] OR ulticulturalisms[Title] OR Pluralism*[Title] OR "cultural plurality"[Title] OR multi-culturalism[Title] OR "cross-cultural health care"[Title] OR "cross-cultural healthcare"[Title] OR "culturally appropriate care"[Title] OR "culturally appropriate health care"[Title] OR "culturally appropriate healthcare"[Title] OR "culturally competent health care"[Title] OR "culturally competent healthcare"[Title] OR "culturally congruent care"[Title] OR "culturally congruent health care"[Title] OR "culturally congruent healthcare"[Title] OR "cross-cultural"[Title] OR "culturally appropriate" [Title] OR "culturally competent" [Title] OR "culturally congruent"[Title] OR "Transcultural health"[Title] OR Culturally[Title] OR cross-cultural [Title] OR "Culturally sensitive"[Title])))) AND (((Women[Abstract] OR Girl*[Abstract] OR Woman[Abstract])) OR (Women[Title] OR Girl*[Title] OR Woman[Title])))) AND (((Refugee*[Abstract] OR "Asylum Seeker"[Abstract] OR "Asylum Seekers"[Abstract] OR "Displaced Person"[Abstract] OR "Displaced Persons"[Abstract] OR "Internally Displaced Person"[Abstract] OR "Internally Displaced Persons"[Abstract] OR "Political Asylum Seeker"[Abstract] OR "Political Asylum Seekers"[Abstract] OR "Political Refugee"[Abstract] OR "Political Refugees"[Abstract] OR "Statutory Refugee"[Abstract] OR "Emigrants[Abstract] AND Immigrants"[Abstract] OR Alien*[Abstract] OR Emigrant*[Abstract] OR Foreigner*[Abstract] OR Immigrant*[Abstract] OR "Right to seek Asylum"[Abstract] OR "Right of Asylum"[Abstract] OR "Right of Political Asylum"[Abstract] OR "Right to seek Political Asylum"[Abstract] OR migrant[Abstract])) OR (Refugee*[Title] OR "Asylum Seeker"[Title] OR "Asylum Seekers"[Title] OR "Displaced Person"[Title] OR "Displaced Persons"[Title] OR "Internally Displaced Person"[Title] OR "Internally Displaced Persons"[Title] OR "Political Asylum Seeker"[Title] OR "Political Asylum Seekers"[Title] OR "Political Refugee"[Title] OR "Political Refugees"[Title] OR "Statutory Refugee"[Title] OR "Emigrants[Title] AND Immigrants"[Title] OR Alien*[Title] OR Emigrant*[Title] OR Foreigner*[Title] OR Immigrant*[Title] OR "Right to seek Asylum"[Title] OR "Right of Asylum"[Title] OR "Right of Political Asylum"[Title] OR "Right to seek Political Asylum"[Title] OR migrant[Title]))))</p>	<p>344</p>
-------------------	---	-------------------

PSYCINF O	<p>(Keywords: Refugee* OR Keywords: "Asylum Seeker" OR Keywords: "Asylum Seekers" OR Keywords: "Displaced Person" OR Keywords: "Displaced Persons" OR Keywords: "Internally Displaced Person" OR Keywords: "Internally Displaced Persons" OR Keywords: "Political Asylum Seeker" OR Keywords: "Political Asylum Seekers" OR Keywords: "Political Refugee" OR Keywords: "Political Refugees" OR Keywords: "Statutory Refugee" OR Keywords: "Emigrants and Immigrants" OR Keywords: Alien* OR Keywords: Emigrant* OR Keywords: Foreigner* OR Keywords: Immigrant* OR Keywords: "Right to seek Asylum" OR Keywords: "Right of Asylum" OR Keywords: "Right of Political Asylum" OR Keywords: "Right to seek Political Asylum" OR Keywords: migrant) AND (Keywords: Women OR Keywords: Girl* OR Keywords: Woman) AND (Keywords: "Culturally Competent Care" OR Keywords: "Cross Cultural Care" OR Keywords: "Cross-Cultural Care" OR Keywords: "Cultural Care" OR Keywords: "Culturally Competent Health Care" OR Keywords: "Culturally Congruent Care" OR Keywords: "Culturally Sensitive Care" OR Keywords: "Cultural Competency" OR Keywords: "Cultural Competence" OR Keywords: "Cultural Competencies" OR Keywords: "Cultural Sensitivity" OR Keywords: "Cultural Diversity" OR Keywords: "Cultural Diversities" OR Keywords: "Cultural Pluralism" OR Keywords: Multiculturalism OR Keywords: ulticulturalisms OR Keywords: Pluralism* OR Keywords: "cultural plurality" OR Keywords: multi-culturalism OR Keywords: "cross-cultural health care" OR Keywords: "cross-cultural healthcare" OR Keywords: "culturally appropriate care" OR Keywords: "culturally appropriate health care" OR Keywords: "culturally appropriate healthcare" OR Keywords: "culturally competent health care" OR Keywords: "culturally competent healthcare" OR Keywords: "culturally congruent care" OR Keywords: "culturally congruent health care" OR Keywords: "culturally congruent healthcare" OR Keywords: "cross-cultural" OR Keywords: "culturally appropriate" OR Keywords: "culturally competent" OR Keywords: "culturally congruent" OR Keywords: "Transcultural health" OR Keywords: Culturally OR Keywords: cross-cultural OR Keywords: "Culturally sensitive") OR (Title: Refugee* OR Title: "Asylum Seeker" OR Title: "Asylum Seekers" OR Title: "Displaced Person" OR Title: "Displaced Persons" OR Title: "Internally Displaced Person" OR Title: "Internally Displaced Persons" OR Title: "Political Asylum Seeker" OR Title: "Political Asylum Seekers" OR Title: "Political Refugee" OR Title: "Political Refugees" OR Title: "Statutory Refugee" OR Title: "Emigrants and Immigrants" OR Title: Alien* OR Title: Emigrant* OR Title: Foreigner* OR Title: Immigrant* OR Title: "Right to seek Asylum" OR Title: "Right of Asylum" OR Title: "Right of Political Asylum" OR Title: "Right to seek Political Asylum" OR Title: migrant) AND (Title: Women OR Title: Girl* OR Title: Woman) AND (Title: "Culturally Competent Care" OR Title: "Cross Cultural Care" OR Title: "Cross-Cultural Care" OR Title: "Cultural Care" OR Title: "Culturally Competent Health Care" OR Title: "Culturally Congruent Care" OR Title: "Culturally Sensitive Care" OR Title: "Cultural Competency" OR Title: "Cultural Competence" OR Title: "Cultural Competencies" OR Title: "Cultural Sensitivity" OR Title: "Cultural Diversity" OR Title: "Cultural Diversities" OR Title: "Cultural Pluralism" OR Title: Multiculturalism OR Title: ulticulturalisms OR Title: Pluralism* OR Title: "cultural plurality" OR Title: multi-culturalism OR Title: "cross-cultural health care" OR Title: "cross-cultural healthcare" OR Title: "culturally appropriate care" OR Title: "culturally appropriate health care" OR Title: "culturally appropriate healthcare" OR Title: "culturally competent health care" OR Title: "culturally competent healthcare" OR Title: "culturally congruent care" OR Title: "culturally congruent health care" OR Title: "culturally congruent healthcare" OR Title: "cross-cultural" OR Title: "culturally appropriate" OR Title: "culturally competent" OR Title: "culturally congruent" OR Title: "Transcultural health" OR Title: Culturally OR Title: cross-cultural OR Title: "Culturally sensitive") OR (Abstract: Refugee* OR Abstract: "Asylum Seeker" OR Abstract: "Asylum Seekers" OR Abstract: "Displaced Person" OR Abstract: "Displaced Persons" OR Abstract: "Internally Displaced Person" OR Abstract:</p>	1022
----------------------	--	-------------

	<p>"Internally Displaced Persons" OR Abstract: "Political Asylum Seeker" OR Abstract: "Political Asylum Seekers" OR Abstract: "Political Refugee" OR Abstract: "Political Refugees" OR Abstract: "Statutory Refugee" OR Abstract: "Emigrants and Immigrants" OR Abstract: Alien* OR Abstract: Emigrant* OR Abstract: Foreigner* OR Abstract: Immigrant* OR Abstract: "Right to seek Asylum" OR Abstract: "Right of Asylum" OR Abstract: "Right of Political Asylum" OR Abstract: "Right to seek Political Asylum" OR Abstract: migrant) AND (Abstract: Women OR Abstract: Girl* OR Abstract: Woman) AND (Abstract: "Culturally Competent Care" OR Abstract: "Cross Cultural Care" OR Abstract: "Cross-Cultural Care" OR Abstract: "Cultural Care" OR Abstract: "Culturally Competent Health Care" OR Abstract: "Culturally Congruent Care" OR Abstract: "Culturally Sensitive Care" OR Abstract: "Cultural Competency" OR Abstract: "Cultural Competence" OR Abstract: "Cultural Competencies" OR Abstract: "Cultural Sensitivity" OR Abstract: "Cultural Diversity" OR Abstract: "Cultural Diversities" OR Abstract: "Cultural Pluralism" OR Abstract: Multiculturalism OR Abstract: ulticulturalisms OR Abstract: Pluralism* OR Abstract: "cultural plurality" OR Abstract: multi-culturalism OR Abstract: "cross-cultural health care" OR Abstract: "cross-cultural healthcare" OR Abstract: "culturally appropriate care" OR Abstract: "culturally appropriate health care" OR Abstract: "culturally appropriate healthcare" OR Abstract: "culturally competent health care" OR Abstract: "culturally competent healthcare" OR Abstract: "culturally congruent care" OR Abstract: "culturally congruent health care" OR Abstract: "culturally congruent healthcare" OR Abstract: "cross-cultural" OR Abstract: "culturally appropriate" OR Abstract: "culturally competent" OR Abstract: "culturally congruent" OR Abstract: "Transcultural health" OR Abstract: Culturally OR Abstract: cross-cultural OR Abstract: "Culturally sensitive")</p>	
PUBMED	<p>((("Refugees"[mh] OR migrant*[tiab] OR Refugee*[tiab] OR Asylum Seeker*[tiab] OR Displaced Person*[tiab] OR Internally Displaced Person*[tiab] OR Political Asylum Seeker*[tiab] OR Political Refugee*[tiab] OR "Emigrants and Immigrants"[mh] OR Alien*[tiab] OR Emigrant*[tiab] OR Foreigner*[tiab] OR Immigrant*[tiab] OR migrant [tiab]) AND ("Culturally Competent Care"[mh] OR Culturally Competent Care[tiab] OR Cross Cultural Care[tiab] OR "Cultural Care"[tiab] OR "Culturally Competent Health Care"[tiab] OR "Culturally Congruent Care"[tiab] OR "Culturally Sensitive Care"[tiab] OR "Cultural Competency"[mh] OR Cultural Competenc*[tiab] OR "Cultural Sensitivity"[tiab] OR "Cultural Diversity"[mh] OR Cultural Diversit*[tiab] OR "Cultural Pluralism"[tiab] OR Multiculturalism[tiab] OR Pluralism*[tiab] OR "cultural plurality"[tiab] OR multi-culturalism[tiab] OR "cross-cultural health care"[tiab] OR "cross-cultural healthcare"[tiab] OR "culturally appropriate care"[tiab] OR "culturally appropriate health care"[tiab] OR "culturally appropriate healthcare"[tiab] OR "culturally competent healthcare"[tiab] OR "culturally congruent health care"[tiab] OR trans-cultural[tiab] OR transcultural[tiab] OR "cross-cultural"[tiab] OR "culturally appropriate"[tiab] OR "culturally competent"[tiab] OR "culturally congruent"[tiab] OR "Transcultural health"[tiab] OR Culturally[tiab] OR cross-cultural[tiab] OR "Culturally sensitive"[tiab])) AND ("Women"[mh] OR Women[tiab] OR Girl*[tiab] OR Woman[tiab])</p>	1323
SCIELO	<p>((Refugee* OR "Asylum Seeker" OR "Asylum Seekers" OR "Displaced Person" OR "Displaced Persons" OR "Internally Displaced Person" OR "Internally Displaced Persons" OR "Political Asylum Seeker" OR "Political Asylum Seekers" OR "Political Refugee" OR "Political Refugees" OR "Statutory Refugee" OR "Emigrants and Immigrants" OR Alien* OR Emigrant* OR Foreigner* OR Immigrant* OR "Right to seek Asylum" OR "Right of Asylum" OR "Right of Political Asylum" OR "Right to seek Political Asylum" OR migrant) AND (Women OR Girl* OR Woman)) AND ("Culturally Competent Care" OR "Cross Cultural Care" OR "Cross-Cultural Care" OR "Cultural Care" OR "Culturally Competent Health Care" OR "Culturally Congruent Care" OR "Culturally Sensitive Care" OR "Cultural Competency" OR</p>	19

	"Cultural Competence" OR "Cultural Competencies" OR "Cultural Sensitivity" OR "Cultural Diversity" OR "Cultural Diversities" OR "Cultural Pluralism" OR Multiculturalism OR ulticulturalisms OR Pluralism* OR "cultural plurality" OR multi-culturalism OR "cross-cultural health care" OR "cross-cultural healthcare" OR "culturally appropriate care" OR "culturally appropriate health care" OR "culturally appropriate healthcare" OR "culturally competent health care" OR "culturally competent healthcare" OR "culturally congruent care" OR "culturally congruent health care" OR "culturally congruent healthcare" OR "cross-cultural" OR "culturally appropriate" OR "culturally competent" OR "culturally congruent" OR "Transcultural health" OR Culturally OR cross-cultural OR "Culturally sensitive")	
ERIC	((Refugiado* Desalojado* OR Deslocado* OR Desalojada* OR Deslocada* OR "População Evacuada" OR "Requerentes de Asilo" OR Desplazada* OR "Solicitantes de Asilo" OR Réfugiés OR "Personnes Déplacées" OR Rapatrié OR "Emigrantes e Imigrantes" OR Alienígenas OR Emigrante* OR Estrangeiro* OR Imigrante* OR Inmigrante* OR Émigrants OR Émigrées OR Émigrés OR Étrangères OR Étrangers OR Immigrant* OR Immigrées OR Immigrés OR "Direito a Buscar Asilo" OR "Direito ao Asilo" OR "Direito de Asilo" OR "direito de Buscar e Receber Asilo" OR "Derecho a Buscar Asilo" OR "Derecho a Asilo" OR "Derecho a Buscar y Recibir Asilo" OR "Derecho al Asilo" OR "Derecho de Asilo" OR "Droit de Chercher un Asile" OR migrante) AND (Mulheres OR Meninas OR Mulher OR Mujeres OR Chicas OR Mujer OR Niñas OR Femmes)) AND ("Assistência à Saúde Culturalmente Competente" OR "Cuidado Culturalmente Competente" OR "Cuidado de Saúde Culturalmente Sensível" OR "Cuidados Culturalmente Competentes" OR "Cuidados de Saúde Culturalmente Competentes" OR "Enfoque Diferenciado" OR "Enfoque Diferencial" OR "Enfoque Étnico" OR "Saúde Intercultural" OR "Serviços de Saúde Culturalmente Competentes" OR "Serviços de Saúde Interculturais" OR "Assistencia Sanitaria Culturalmente Competente" OR "Atención Culturalmente Sensible" OR "Atención en Salud con Competencia Cultural" OR "Enfoque Diferenciado" OR "Enfoque Diferencial" OR "Enfoque Diferencial Étnico" OR "Enfoque Étnico" OR "Salud Intercultural" OR "Servicios de Salud Culturalmente Competentes" OR "Servicios de Salud Interculturales" OR "Soins adaptés sur le plan culturel" OR "Soins compétents sur le plan culturel" OR "Soins culturellement adaptés" OR "Soins culturellement compétents" OR "Soins culturels" OR "Soins de santé adaptés sur le plan culturel" OR "Soins de santé compétents sur le plan culturel" OR "Soins de santé culturellement adaptés" OR "Soins de santé culturellement compétents" OR "Soins interculturels" OR "Soins transculturels" OR "Competência Cultural" OR "Capacidade Intercultural" OR "Capacidade Transnacional" OR "Competência Intercultural" OR "Competência Transcultural" OR "Competência Transnacional" OR "Competências Culturais" OR "Competências Interculturais" OR "Comunicação Intercultural" OR Interculturalidade OR Interculturalismo OR "Mediação Intercultural" OR "Sensibilidade Cultural" OR "Capacidad Intercultural" OR "Capacidad Transnacional" OR "Competencias Culturales" OR "Competencias Interculturales" OR "Comunicación Intercultural" OR Interculturalidad OR Interculturalismo OR "Mediación Intercultural" OR "Mediación Transnacional" OR "Sensibilidad Cultural" OR "Compétence culturelle" OR "Diversidade Cultural" OR Multicultura OR Multiculturalid* OR Multiculturalism* OR Pluralism* OR "Diversidad Cultural" OR Pluriculturalismo OR "Diversité culturelle" OR "Pluralisme culturel" OR "transcultural" OR "culturalmente apropiado" OR "culturalmente competente" OR "culturalmente congruente" OR "Saúde transcultural" OR Culturalmente OR transcultural OR "Culturalmente sensível")	3
SCOPUS	(TITLE-ABS-KEY (refugee* OR "Asylum Seeker" OR "Asylum Seekers" OR "Displaced Person" OR "Displaced Persons" OR "Internally Displaced Person" OR "Internally Displaced Persons" OR "Political Asylum Seeker" OR "Political Asylum Seekers" OR "Political Refugee" OR "Political Refugees" OR "Statutory Refugee" OR "Emigrants and Immigrants" OR alien* OR emigrant* OR foreigner* OR	2360

	immigrant* OR "Right to seek Asylum" OR "Right of Asylum" OR "Right of Political Asylum" OR "Right to seek Political Asylum" OR migrant) AND TITLE-ABS-KEY (women OR girl OR woman OR girls) AND TITLE-ABS-KEY ("Culturally Competent Care" OR "Cross Cultural Care" OR "Cross-Cultural Care" OR "Cultural Care" OR "Culturally Competent Health Care" OR "Culturally Congruent Care" OR "Culturally Sensitive Care" OR "Cultural Competency" OR "Cultural Competence" OR "Cultural Competencies" OR "Cultural Sensitivity" OR "Cultural Diversity" OR "Cultural Diversities" OR "Cultural Pluralism" OR multiculturalism OR ulticulturalisms OR pluralism* OR "cultural plurality" OR multi-culturalism OR "cross-cultural health care" OR "cross-cultural healthcare" OR "culturally appropriate care" OR "culturally appropriate health care" OR "culturally appropriate healthcare" OR "culturally competent health care" OR "culturally competent healthcare" OR "culturally congruent care" OR "culturally congruent health care" OR "culturally congruent healthcare" OR "cross-cultural" OR "culturally appropriate" OR "culturally competent" OR "culturally congruent" OR "Transcultural health" OR culturally OR cross-cultural OR "Culturally sensitive")) AND (LIMIT-TO (SRCTYPE , "j") OR LIMIT-TO (SRCTYPE , "b") OR LIMIT-TO (SRCTYPE , "k"))	
WOS	(TS=(Refugee* OR "Asylum Seeker" OR "Asylum Seekers" OR "Displaced Person" OR "Displaced Persons" OR "Internally Displaced Person" OR "Internally Displaced Persons" OR "Political Asylum Seeker" OR "Political Asylum Seekers" OR "Political Refugee" OR "Political Refugees" OR "Statutory Refugee" OR "Emigrants and Immigrants" OR Alien* OR Emigrant* OR Foreigner* OR Immigrant* OR "Right to seek Asylum" OR "Right of Asylum" OR "Right of Political Asylum" OR "Right to seek Political Asylum" OR migrant) AND TS=(Women OR Girl* OR Woman) AND TS=("Culturally Competent Care" OR "Cross Cultural Care" OR "Cross-Cultural Care" OR "Cultural Care" OR "Culturally Competent Health Care" OR "Culturally Congruent Care" OR "Culturally Sensitive Care" OR "Cultural Competency" OR "Cultural Competence" OR "Cultural Competencies" OR "Cultural Sensitivity" OR "Cultural Diversity" OR "Cultural Diversities" OR "Cultural Pluralism" OR Multiculturalism OR ulticulturalisms OR Pluralism* OR "cultural plurality" OR multi-culturalism OR "cross-cultural health care" OR "cross-cultural healthcare" OR "culturally appropriate care" OR "culturally appropriate health care" OR "culturally appropriate healthcare" OR "culturally competent health care" OR "culturally competent healthcare" OR "culturally congruent care" OR "culturally congruent health care" OR "culturally congruent healthcare" OR "cross-cultural" OR "culturally appropriate" OR "culturally competent" OR "culturally congruent" OR "Transcultural health" OR Culturally OR cross-cultural OR "Culturally sensitive")) AND (DT==("ARTICLE" OR "REVIEW" OR "EARLY ACCESS"))	1977
TOTAL		9839

APÊNDICE E –ESTUDOS EXCLUÍDOS APÓS LEITURA NA ÍNTEGRA E RAZÃO DAS EXCLUSÕES

Citação	Razão da exclusão
Meleis, A. I.; Sorrell, L. Bridging cultures. Arab American women and their birth experiences. MCN Am J Matern Child Nurs - Volume 6, Issue 3, pp. 171-6, 1981. DOI: 10.1097/00005721-198105000-00009	TIPO DE ESTUDO INELEGÍVEL (N=30)
Lovell, Madeline L.; Tran, Thuango; Nguyen, Chi D. Refugee women: Lives in transition. International Social Work - Volume 30, Issue 0, pp. 317-325, 1987. DOI:10.1177/002087288703000405	
Chester, Barbara. Women and political torture: Work with refugee survivors in exile. Women & Therapy - Volume 13, Issue 0, pp. 209-220, 1992. DOI: 10.1300/J015V13N03_03	
Baker, C. A.; Gilson, G. J.; Vill, M. D.; Curet, L. B. Female circumcision: obstetric issues. Am J Obstet Gynecol - Volume 169, Issue 6, pp. 1616-8, 1993. DOI: 10.1016/0002-9378(93)90448-r	
Authors: Anderson, W. D.; Kelley, J. Immigration and ethnicity: implications for holistic nursing. Journal of Holistic Nursing - Volume 16, Issue 3, pp. 301-319, 1998. DOI: 10.1177/089801019801600302	
Bashiri, N.; Spielvogel, A. M. Postpartum depression: A cross-cultural perspective. Primary Care Update for Ob/Gyns - Volume 6, Issue 3, pp. 82-87 - published 1999. DOI: 10.1016/S1068-607X(99)00003-7	
Bourne, J. Healing the wounds. Community Practitioner - Volume 77, Issue 1, pp. 10-11, 2004.	
Weaver, H. N. Reexamining what we think we know: a lesson learned from Tamil refugees. Affilia: Journal of Women & Social Work - Volume 20, Issue 2, pp. 238-245, 2005. DOI: 10.1177/0886109905274546	
Krishnan, B. S.; Cutler, D. L. A resident's experience in cross cultural/community psychiatry. Community Mental Health Journal - Volume 41, Issue 5, pp. 599-611, 2005. DOI: 10.1007/s10597-005-6364-0	
Tamaddon, L.; Johnsdotter, S.; Liljestrand, J.; Essén, B. Swedish health care providers' experience and knowledge of female genital cutting. Health Care for Women International - Volume 27, Issue 8, pp. 709-722, 2006. DOI: 10.1080/07399330600817741	
Breedlove, G.; Lamping, B.; Smith, J. A. The Kansas Health Education Training Center: caring for the underserved. Kansas Nurse - Volume 81, Issue 3, pp. 1-3, 2006.	
Leye, E.; Powell, R. A.; Nienhuis, G.; Claeys, P. Temmerman, M. Health care in Europe for women with genital mutilation. Health Care for Women International - Volume 27, Issue 4, pp. 362-378, 2006. DOI: 10.1080/07399330500511717	
Liao, Michael S. Domestic Violence Among Asian Indian Immigrant Women: Risk Factors, Acculturation, and Intervention. Women & Therapy - Volume 29, Issue 1, pp. 23-39, 2006. DOI: 10.1300/J015v29n01_02	
Yam, Eileen A.; Gordon-Strachan, Georgiana; McIntyre, Garth; Fletcher, Horace; Garcia, Sandra G.; Becker, Davida; Ezcurra, Enrique. Jamaican and Barbadian Health Care Providers' Knowledge, Attitudes and Practices Regarding Emergency Contraceptive Pills.	

International Family Planning Perspectives - Volume 33, Issue 4, pp. 160-167, 2007. DOI: 10.1363/3316007	
Coppola, Manuela; Curti, Lidia; Fantone, Laura; Laforest, Marie-Hélène; Poole, Susanna. Women, migration and precarity. Feminist Review - Volume 0, Issue 87, pp. 94-103, 2007. DOI: 10.1057/palgrave.fr.9400363	
Kaplan-Marcusán, A.; Del Rio, N. F.; Moreno-Navarro, J.; Castany-Fàbregas, M. J.; Noguerras, M. R.; Muñoz-Ortiz, L.; Monguí-Avila, E.; Torán-Monserrat, P. Female genital mutilation: perceptions of healthcare professionals and the perspective of the migrant families. DOI: 10.1186/1471-2458-10-193	
Jacoby, Susan D.; Smith, Amy. Increasing Certified Nurse-Midwives' Confidence in Managing the Obstetric Care of Women with Female Genital Mutilation/Cutting. BMC Public Health - Volume 10, Issue 0, pp. 193, 2010. DOI: 10.1111/j.1542-2011.2012.00262.x	
Lee, Susan K.; Sulaiman-Hill, Cheryl M. R.; Thompson, Sandra C. Providing health information for culturally and linguistically diverse women: priorities and preferences of new migrants and refugees. Health Promotion Journal of Australia - Volume 24, Issue 2, pp. 98-103, 2013. DOI: 10.1071/HE12919	
Fawcett, Lubayna. Somali refugee women and their U.S. healthcare providers: Knowledge, perceptions and experiences of childbearing. Volume 75, Issue 0, pp. No Pagination Specified-No Pagination Specified, 2015. URL: https://hdl.handle.net/2286/RI25160	
Vaughan, C.; Murdolo, A.; Murray, L.; Davis, E.; Chen, J.; Block, K.; Quiazon, R.; Warr, D. ASPIRE: A multi-site community-based participatory research project to increase understanding of the dynamics of violence against immigrant and refugee women in Australia Health behaviour, health promotion and society. BMC Public Health - Volume 15, Issue 1, 2015. DOI: 10.1186/s12889-015-2634-0	
Dos Santos, Sara Leon Spesny. Undeserving mothers? Shifting rationalities in the maternal healthcare of undocumented Nicaraguan migrants in Costa Rica. Anthropology & Medicine - Volume 22, Issue 0, pp. 191-201, 2015. DOI: 10.1080/13648470.2015.1004503.	
Penney, Debra Susan. Experiences and perceptions of Iraqi Muslim refugee women and health care providers in the health care encounter. Thesis. 2016. URL: https://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://core.ac.uk/download/pdf/276265284.pdf	
Goncalves, M.; Matos, M. Cultural Competence in Intervention with Immigrants: A Comparative Analysis Between Health Professionals, Social Workers and Police Officers. Acta Medica Portuguesa - Volume 29, Issue 10, pp. 629-638, 2016. DOI: 10.20344/amp.7121	
Bartelson, Amanda R.; Sutherland, Melissa A. Experiences of Trauma and Implications for Nurses Caring for Undocumented Immigrant Women and Refugee Women. Nursing for Women's Health - Volume 22, Issue 5, pp. 411-416, 2018. DOI: 10.1016/j.nwh.2018.07.003	
Vaughan, Cathy; Jarallah, Yara; Murdolo, Adele; Murray, Linda; Quiazon, Regina; Block, Karen; Zannettino, Lana. The MuSeS project: a mixed methods study to increase understanding of the role of settlement and multicultural services in supporting migrant and refugee women experiencing violence in Australia. BMC International Health & Human Rights - Volume 19, Issue 1, 2019. DOI: 10.1186/s12914-018-0184-0	
Rometsch, Caroline; Denking, Jana Katharina; Engelhardt, Martha; Windthorst, Petra; Graf, Johanna; Nikendei, Christoph; Zipfel, Stephan; Junne, Florian. Care providers' views on burden of psychosomatic symptoms of IS-traumatized female refugees participating in a Humanitarian Admission Program in Germany: A qualitative analysis. PLoS ONE - Volume 15, Issue 10, pp. 1-17, 2020. DOI: 10.1371/journal.pone.0239969	

Nikparvar, Fatemeh. Therapists' experiences of working with Iranian-immigrant IPV clients in the United States. Thesis, vol 81, 2020. DOI: 10.1891/PA-2021-0003	
Lucero, J. L.; Scharp, K. M.; Hernandez, T. Assessing Organizational Cultural Responsiveness among Refugee-Servicing Domestic Violence Agencies. Social Sciences-Basel - Volume 9, Issue 10, 2020. DOI: 10.3390/socsci9100176	
Marea, C. X.; Warren, N.; Glass, N.; Johnson-Agbakwu, C.; Perrin, N. Factors Associated with Health Care Provider Attitudes, and Confidence for the Care of Women and Girls Affected by Female Genital Mutilation/Cutting. Health Equity - Volume 5, Issue 1, pp. 329-337, 2021. DOI: 10.1089/heq.2020.0130	
Akinsulure-Smith, A. M.; Wong, T.; Min, M. Addressing Female Genital Cutting Among Service Providers in New York. Professional Psychology-Research and Practice - Volume 52, Issue 3, pp. 202-212, 2021. DOI: 10.1037/pro0000381	
Redwood-Campbell, L.; Thind, H.; Howard, M.; Koteles, J.; Fowler, N.; Kaczorowski, J.; Redwood-Campbell, Lynda; Thind, Harpreet; Howard, Michelle; Koteles, Jennifer; Fowler, Nancy; Kaczorowski, Janusz. Understanding the health of refugee women in host countries: lessons from the Kosovar re-settlement in Canada. Prehospital & Disaster Medicine - Volume 23, Issue 4, pp. 322-327, 2008. DOI: 10.1017/s1049023x00005951	FENÔMENO DE INTERESSE INELEGÍVEL (N=4)
LaMancuso, Kate; Goldman, Roberta; Nothnagle, Melissa. 'Can I Ask That?': Perspectives on Perinatal Care After Resettlement Among Karen Refugee Women, Medical Providers, and Community-Based Doulas. Journal of Immigrant & Minority Health - Volume 18, Issue 2, pp. 428-435, 2016. DOI: 10.1007/s10903-015-0172-6	
Parson, Nia; Escobar, Rebecca; Merced, Mariam; Trautwein, Anna. Health at the Intersections of Precarious Documentation Status and Gender-Based Partner Violence. Violence Against Women - Volume 22, Issue 1, pp. 17-40, 2016. DOI: 10.1177/1077801214545023	
Womersley, G.; Arikut-Treعه, Y. Collective trauma among displaced populations in Northern Iraq: A case study evaluating the therapeutic interventions of the Free Yezidi Foundation. Intervention-International Journal of Mental Health Psychosocial Work and Counselling in Areas of Armed Conflict - Volume 17, Issue 1, pp. 3-12, 2019. DOI: 10.4103/INTV.INTV_56_18	
Rubin, E. A. When cultures collide: an exploration of cultural competence and cross-cultural communication between American medical providers and immigrant women who have been circumcised. Volume 0, Issue 0, pp. 232 p-232, 2000. URL: https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=c8h&AN=109876167&lang=pt-br&site=ehost-live	DUPLICADO (N=4)
Thierfelder, C.; Hatz, Ch; Kessler Bodiang, C. Migrant women with female genital mutilation in Switzerland: Facts and recommendations for the clinical practice. Praxis - Volume 92, Issue 31, pp. 1307-1314, 2003. DOI: 10.1024/0369-8394.92.31.1307	
Liebling, Helen Jane; Barrett, Hazel Rose; Artz, Lillian. Sexual and gender-based violence and torture experiences of Sudanese refugees in Northern Uganda: health and justice responses. International Journal of Migration, Health & Social Care - Volume 16, Issue 4, pp. 389-414, 2020. DOI: 10.1108/IJMHS-10-2019-0081	
Nikparvar, Fatemeh; Stith, Sandra M. Therapists' Experiences of Working With Iranian-Immigrant Intimate Partner Violence Clients in the United States. Partner Abuse - Volume 12, Issue 3, pp. 361-383, 2021. DOI: 10.1891/PA-2021-0003	

Eyega, Z.; Conneely, E. Facts and fiction regarding female circumcision/female genital mutilation: a pilot study in New York City. J Am Med Womens Assoc (1972) - Volume 52, Issue 4, pp. 174-8, 187, 1997.	NÃO DISPONÍVEL NA ÍNTEGRA (N=5)
Thierfelder, C.; Hatz, Ch; Bodiang, C. K. Immigrants with female circumcision in Switzerland: background information and recommendations for medical practice. Praxis (Bern 1994) - Volume 92, Issue 31, pp. 1307-14, 2003. DOI: 10.1024/0369-8394.92.31.1307	
Sharma, Aparna. Provision of domestic violence services for immigrant women: A case for re-examining the concept of cultural competence. Volume 67, Issue 0, pp. 7431-7431, 2007.	
Deloumeaux Naffer, C.; Radjack, R.; Moro, M. R. Representations and experience of caregivers on the pathway of pregnant unaccompanied minors. Soins Psychiatr - Volume 40, Issue 324, pp. 25-28, 2019. DOI: 10.1016/j.spsy.2019.06.006	
Khan, Angubeen G.; Eid, Neda; Baddah, Lama; Elabed, Layla; Makki, Mona; Tariq, Madiha; King, Elizabeth J.; Kusunoki, Yasamin. A Qualitative Study of Arab-American Perspectives on Intimate Partner Violence in Dearborn, Michigan. Violence Against Women - Volume 28, Issue 10, pp. 2286-2311, 2022. DOI: 10.1177/10778012211032696	
Gil, R. M. Cultural attitudes toward mental illness among Puerto Rican migrant women and their relationship to the utilization of outpatient mental health services. Volume 0, Issue 0, 1980. URL: https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85040277835&partnerID=40&md5=d5ce639dbf1fa23a0470656595199b1a	POPULAÇÃO INELEGÍVEL (N=29)
Zinck, H. Transcultural social psychiatric treatment. Case report of a suicide attempt. Psychiatr Prax - Volume 11, Issue 1, pp. 20-5, 1984.	
Chin, K. L. Out-of-Town Brides - International Marriage and Wife Abuse among Chinese Immigrants. Journal of Comparative Family Studies - Volume 25, Issue 1, pp. 53-69, 1994. DOI: 10.3138/jcfs.25.1.53	
McCaffrey, M. Female genital mutilation: consequences for reproductive and sexual health. Sex Marital Ther - Volume 10, Issue 2, pp. 189-200, 1995. DOI: 10.1080/02674659508405549	
Cohen, Barbara Marie. A biopsychosocial approach to the treatment of major depression in an older Hispanic female: A case study. Volume 56, Issue 0, pp. 7040-7040, 1996.	
Morris, R. The culture of female circumcision. ANS Adv Nurs Sci - Volume 19, Issue 2, pp. 43-53, 1996. DOI: 10.1097/00012272-199612000-00006	
Nicholson, Barbara L.; Kay, Diane M. Group treatment of traumatized Cambodian women: A culture-specific approach. Social Work - Volume 44, Issue 0, pp. 470-479, 1999. DOI: 10.1093/sw/44.5.470	
Rice, P. L. Nyo dua hli - 30 days confinement: Traditions and changed childbearing beliefs and practices among Hmong women in Australia. Midwifery - Volume 16, Issue 1, pp. 22-34, 2000. DOI: 10.1054/midw.1999.0180	
Mogudi-Carter, M. Challenges experienced by a therapist working with multicultural families: Case studies. International Journal for the Advancement of Counselling - Volume 23, Issue 4, pp. 237-243, 2001. DOI: 10.1023/A:1014444410439	
Wynaden, Dianne; Chapman, Rose; Orb, Angelica; McGowan, Sunita; Zeeman, Zenith; Yeak, SiewHo. Factors that influence Asian communities' access to mental health care. International Journal of Mental Health Nursing - Volume 14, Issue 2, pp. 88-95, 2005. DOI: 10.1111/j.1440-0979.2005.00364.x	
Wissink, L.; Jones-Webb, R.; DuBois, D.; Krinke, B.; Ibrahim, Q. Improving health care provision to Somali refugee women. Minn Med - Volume 88, Issue 2, pp. 36-40, 2005.	

Dundek, L. H. Establishment of a Somali doula program at a large metropolitan hospital. Journal of Perinatal & Neonatal Nursing - Volume 20, Issue 2, pp. 128-137 - published 2006. DOI: 10.1097/00005237-200604000-00006
Ley, Katharina. Bread and roses: Supporting refugee women in a multicultural group. Intervention: International Journal of Mental Health, Psychosocial Work & Counselling in Areas of Armed Conflict - Volume 4, Issue 0, pp. 47-52 - published 2006.
Kelly, U. 'What will happen if I tell you?' Battered Latina women's experiences of health care. Canadian Journal of Nursing Research - Volume 38, Issue 4, pp. 79-95, 2006.
Dubus, N. Professional/paraprofessional team approach in groupwork with Cambodian refugee women. Groupwork - Volume 19, Issue 2, pp. 46-62, 2009. DOI: 10.1921/095182410X490304
Torres Ospina, Sara. Uncovering the role of community health worker/lay health worker programs in addressing health equity for immigrant and refugee women in Canada: An instrumental and embedded qualitative case study. Volume 74, Issue 0, pp. No Pagination Specified-No Pagination Specified, 2014.
El-Khani, A.; Ulph, F.; Peters, S.; Calam, R. Syria: coping mechanisms utilised by displaced refugee parents caring for their children in pre-resettlement contexts. Intervention-International Journal of Mental Health Psychosocial Work and Counselling in Areas of Armed Conflict - Volume 15, Issue 1, pp. 34-50, 2017. DOI: 10.1097/WTF.0000000000000136
Skoog, M.; Hallstrom, I.; Berggren, V. "There's something in their eyes' - Child Health Services nurses' experiences of identifying signs of postpartum depression in non-Swedish-speaking immigrant mothers. Scandinavian Journal of Caring Sciences - Volume 31, Issue 4, pp. 739-747, 2017. DOI: 10.1111/scs.12392
Ayers, Britni L.; Hawley, Nicola L.; Purvis, Rachel S.; Moore, Sarah J.; McElfish, Pearl A. Providers' perspectives of barriers experienced in maternal health care among Marshallese women. Women & Birth - Volume 31, Issue 5, pp. e294-e301, 2018. DOI: 10.1016/j.wombi.2017.10.006
Eisenbruch, M. The Cultural Epigenesis of Gender-Based Violence in Cambodia: Local and Buddhist Perspectives. Culture Medicine and Psychiatry - Volume 42, Issue 2, pp. 315-349 - published 2018. DOI: 10.1007/s11013-017-9563-6
Haugaard, Aina; Tvedte, Signe Larsson; Severinsen, Marit Stene; Henriksen, Lena. Norwegian multicultural doulas' experiences of supporting newly-arrived migrant women during pregnancy and childbirth: A qualitative study. Sexual & Reproductive HealthCare - Volume 26, Issue 0, 2020. DOI: 10.1016/j.srhc.2020.100540
Willey, S. M.; Gibson-Helm, M. E.; Finch, T. L.; East, C. E.; Khan, N. N.; Boyd, L. M.; Boyle, J. A. Implementing innovative evidence-based perinatal mental health screening for women of refugee background. Women and Birth - Volume 33, Issue 3, pp. e245-e255, 2020. DOI: 10.1016/j.wombi.2019.05.007
Rogers, Helen J.; Hogan, Lily; Coates, Dominiek; Homer, Caroline S. E.; Henry, Amanda. Cross Cultural Workers for women and families from migrant and refugee backgrounds: a mixed-methods study of service providers perceptions. BMC Women's Health - Volume 21, Issue 1, pp. 1-14, 2021. DOI: 10.1186/s12905-021-01368-4
Phanwichatkul, Titaree; Schmied, Virginia; Liamputtong, Pranee; Burns, Elaine. The perceptions and practices of Thai health professionals providing maternity care for migrant Burmese women: An ethnographic study. Women & Birth - Volume 35, Issue 4, pp. e356-e368, 2022. DOI: 10.1016/j.wombi.2021.07.003

<p>Palm, Camilla; Johndotter, Sara; Elmerstig, Eva; Holmström, Charlotta; Essén, Birgitta. Adolescent Sexual and Reproductive Health Counselling in Relation to Female Genital Cutting: Swedish Professionals' Approach to Menstrual Pain as an Empirical Example. Sexuality & Culture - Volume 26, Issue 1, pp. 1-25, 2022. DOI: 10.1007/s12119-021-09895-w</p>	
<p>Peters, Priscilla; Harding, Catherine; Forde, Sandra; Heckendorf, Narelle; Seal, Alexa. Exploring barriers to domestic violence screening among culturally and linguistically diverse and migrant women in a regional midwifery setting. Midwifery - Volume 114, Issue 0, 2022. DOI: 10.1016/j.midw.2022.103454</p>	
<p>Henry, Nicola; Vasil, Stefani; Flynn, Asher; Kellard, Karen; Mortreux, Colette. Technology-Facilitated Domestic Violence Against Immigrant and Refugee Women: A Qualitative Study. Journal of Interpersonal Violence - Volume 37, Issue 13, pp. NP12634-NP12660, 2022. DOI: 10.1177/08862605211001465</p>	
<p>Evangelidou, S.; Schouler-Ocak, M.; Movsisyan, N.; Gionakis, N.; Ntetsika, M.; Kirkgoeze, N.; Denial, A.; Serre-Delcor, N. Health promotion strategies toward improved healthcare access for migrants and refugees in Europe: MyHealth recommendations. Health Promot Int - Volume 0, Issue 0, pp. - published 2022. DOI: 10.1093/heapro/daac047</p>	
<p>Obach, A.; Carreño, A.; Sadler, M. Latin American Youths' Migration Journeys and Settlement in the Tarapacá Region in Chile: Implications for Sexual and Reproductive Health. Int J Environ Res Public Health - Volume 19, Issue 20, 2022. DOI: 10.3390/ijerph192013583.</p>	

APÊNDICE F – AVALIAÇÃO CRÍTICA DOS ESTUDOS INCLUÍDOS NA SELEÇÃO

Table X: Critical Appraisal of Eligible Qualitative Research

Código	Citation	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10
A1	Cave, Maharaj, Gibson, Jackson; 1995	N/A	Y	Y	Y	Y	U	U	Y	U	Y
A2	Huisman, 1996	U	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	U	Y
A3	Downs, Bernstein, Marchese; 1997	N/A	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	U	Y
A4	Blackford, Street, 2002	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	U	Y
A5	Johnson, Bottorff, Browne, Grewal, Hilton, Clarke; 2004	Y	Y	Y	Y	Y	Y	U	Y	Y	Y
A6	Latta, Goodman, 2005	N/A	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	U	Y
A7	Puri, 2005	U	Y	U	Y	Y	Y	Y	Y	U	Y
A8	Thierfelder, Tanner, Bodiang, 2005	N/A	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	Y
A9	Johansen, 2006	N/A	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	U	Y
A10	Kacen, 2006	N/A	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	U	Y
A11	Kallivayalil, 2007	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	N	Y
A12	Keller, Brennan, 2007	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	U	Y
A13	O'Mahony, Donnelly, 2007	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	Y
A14	Lyons, O'Keeffe Clarke, Staines, 2008	N/A	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	Y
A15	Guruge, Humphreys, 2009	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	U	Y
A16	Ben-Porat, 2010	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	Y
A17	Hess, Weinland, Saalinger, 2010	N/A	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	Y
A18	Kulwicki, Aswad, Carmona, Ballout, 2010	N/A	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	Y
A19	Pavlish, Noor, Brandt, 2010	N/A	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	Y
A20	Widmark, Leval, Tishelman, Ahlberg, 2010	N/A	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	Y
A21	Hasnain, Connell, Menon, Tranmer, 2011	N/A	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	Y
A22	Ng, Newbold, 2011	N/A	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	Y
A23	Wade, 2011	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	U	Y
A24	Degni, Suominen, Essén, Ansari, Vehviläinen-Julkunen, 2012	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	Y
A25	Otero-Garcia, Goicolea, Gea-	N/A	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	Y

	Sánchez, Sanz-Barbero, 2013										
A26	Pearce, Sokoloff, 2013	N/A	Y	Y	Y	Y	N	Y	Y	Y	Y
A27	Briones-Vozmediano, La Parra, Vives-Cases, 2015	N/A	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	Y
A28	Byrskog, Olsson, Essén, Allvin, 2015	N/A	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	Y
A29	Kalengayi, Hurtig, Nordstrand, Ahlm, Ahlberg, 2015	N/A	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
A30	Blum, Braiden, Heinonen, 2016	N/A	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y	U	Y
A31	Briones- Briones-Vozmediano, Davó-Blanes, García-de la Hera, Goicolea, Vives-Cases, 2016	N/A	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	Y
A32	Nithianandan Gibson-Helm, McBride, Binny, Gray, East, Boyle, 2016	N/A	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	U	Y
A33	Ogunsiji, 2016	Y	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y	Y	Y
A34	Eustace, Baird, Saito, Creedy, 2016	N/A	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	Y
A35	Okoro, Whitson, 2017	N/A	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	Y
A36	Peláez, Hendricks, Merry, Gagnon, 2017	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	Y
A37	Simon-Kumar, Kurian, Young-Silcock, Narasimhan, 2017	U	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	Y
A38	Milani, Leschied, Rodger, 2018	N	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	Y
A39	Mollah, Antoniadis, Lafeer, Brijnath, 2018	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	Y
A40	Sabri, Nnawulezi, Njie-Carr, Messing, Ward-Lasher, Alvarez, Campbell, 2018	N/A	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	Y
A41	Wells, Lawsin, Hunt, Youssef, Abujado, Steel, 2018	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	Y
A42	Abji, Korteweg, Williams, 2019	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	U	Y
A43	Origlia Ikhilor, Hasenberg, Kurth, Asefaw, Pehlke-Milde, Cignacco, 2019	N/A	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	Y
A44	Wachter, Dalpe, Heffron, 2019	U	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	Y
A45	Binder, Denkinger, Rometsch-Ogioun El Sount C, Windthorst,	N/A	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	Y

	Engelhardt, Ringwald, et al., 2020										
A46	Kohrt, Murray, Salinas, 2020	N/A	Y	Y	Y	Y	N	Y	Y	U	Y
A47	Liebling, Barrett, Artz, 2020	N/A	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	Y
A48	Milaney K, Tremblay R, Bristowe S, Ramage K. 2020.	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	U	Y
A49	Oscarsson MG, Stevenson-Ågren J. 2020.	N/A	Y	Y	Y	Y	N	Y	Y	Y	Y
A50	Rodella Sapia MD, Wangmo T, Dagron S, Elger BS. 2020.	N/A	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	Y
A51	Gray, Foster, Revilla, Pantoja Manzanarez, Medina, Rizzieri, Binfa, 2020	N/A	Y	Y	Y	Y	N	U	Y	Y	Y
A52	Milani, Leschied, 2020	N	Y	Y	N	U	N	Y	Y	Y	Y
A53	Roberts, Abera, Basualdo, Kerani, Mohamed, Schwartz, et al., 2021	N/A	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y	Y	Y
A54	Block, Hourani, Sullivan, Vaughan, 2021	N/A	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	U	Y
A55	Messing, Wachter, AbiNader, Ward-Lasher, Njie-Carr, Sabri, et al., 2022	N/A	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	Y
A56	Min, Wong, Akinsulure-Smith, 2022.	N/A	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	Y
A57	Murugan, Mahapatra, Rai, Rijhwani, 2022	N/A	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	Y
A58	Sabri, Lee, Saha, 2022	N/A	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	Y
A59	Troisi, Margherita, Caffieri, 2022	N/A	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	Y
	%	25.4	100	98.3	98.3	98.3	18.6	18.6	100	69.4	100

Legenda:

Y=Sim, N= Não, U=Não está claro; N/A= não aplicável; Lista de verificação de avaliação crítica JBI para pesquisa qualitativa

Q1= Existe congruência entre a perspectiva filosófica declarada e a metodologia da pesquisa?

Q2= Existe congruência entre a metodologia da pesquisa e a pergunta ou objetivos da pesquisa?

Q3= Existe congruência entre a metodologia da pesquisa e os métodos utilizados para a coleta de dados?

Q4= Existe congruência entre a metodologia da pesquisa e a representação e análise dos dados?

Q5= Existe congruência entre a metodologia da pesquisa e a interpretação dos resultados?

Q6= Existe um enunciado localizando o pesquisador cultural ou teoricamente?

Q7= A influência do pesquisador na pesquisa e vice-versa é abordada?

Q8= Os participantes e suas vozes estão adequadamente representados?

Q9= A pesquisa é ética de acordo com os critérios atuais ou, para estudos recentes, há evidências de aprovação ética por órgão competente?

Q10= As conclusões tiradas no relatório de pesquisa decorrem da análise, ou interpretação, dos dados?

APÊNDICE G – CARACTERÍSTICAS DOS ESTUDOS INCLUÍDOS NA RSQ

Appendix X: Characteristics of Included Studies

Study	Methods for data collection and analysis	Country	Phenomena of interest	Setting/context/Culture	Participant characteristics and sample size	Description of main results
(A1) Cave, Maharaj, Gibson, Jackson; 1995	- Qualitativo, - Coleta por grupo focal - Análise de conteúdo semântica	Canadá	Formular recomendações para facilitar a comunicação e ajudar a prevenir mal-entendidos durante as interações médico-paciente transculturais.	Hospitais urbanos	Cinco médicos de família	Os médicos de família achavam que compreender melhor as culturas dos pacientes melhorariam a qualidade do cuidado. Os pacientes nem sempre entendiam por que seus médicos faziam perguntas sobre suas culturas, às vezes achando essas questões irrelevantes ou intrusivas. Os comentários foram usados para formular recomendações para interações médico-paciente.
(A2) Huisman, 1996	-Qualitativo orientado por uma perspectiva feminista. -Entrevistas individuais em profundidade abertas e pouco estruturadas, sendo seis perguntas por telefone. -Método participativo de recolha de dados.	Estados Unidos	Analisa as necessidades específicas das mulheres asiáticas vítimas de violência doméstica e explora os vários constrangimentos estruturais e culturais que impedem as mulheres asiáticas de obterem ajuda dos principais prestadores de serviços sociais	Casas de abrigo para violência doméstica, uma na Costa Leste e outra na Costa Oeste, também, agências localizadas em cidades americanas com uma população asiática significativa	18 entrevistas com participantes que trabalharam de alguma forma com mulheres asiáticas maltratadas. Seis das entrevistadas trabalhavam em casas de abrigo para mulheres vítimas de violência doméstica, 4 trabalhavam na área jurídica (2 advogadas e 2 defensoras de vítimas), 4 eram assistentes sociais e as restantes 4 trabalhavam em várias organizações de serviços sociais	As mulheres asiáticas vítimas de maus-tratos, em especial as imigrantes e as refugiadas recentemente chegados, têm necessidades muito diferentes das da maioria das mulheres vítimas de maus-tratos na população geral dos EUA. Estas necessidades centram-se em questões linguísticas, culturais, de imigração e estruturais. Todas as entrevistadas referiram que as mulheres asiáticas, em particular as mulheres monolíngues e as imigrantes e refugiadas recentes, têm necessidades diferentes das da maioria das mulheres da população em geral e que a maioria dos serviços existentes não responde a essas necessidades. Existem muitos condicionalismos culturais e estruturais que impedem as mulheres asiáticas vítimas de violência de procurar ajuda, as barreiras linguísticas limitam seriamente o acesso à informação e aos serviços e podem exacerbar o medo da mulher, referiram que as crenças religiosas têm impacto no comportamento de procura de ajuda das mulheres asiáticas.

(A3) Downs, Bernstein, Marchese; 1997	- Estudo de caso qualitativo/descritivo; - Utiliza diário de campo com notas mentais e entrevista individual em profundidade.	Estados Unidos	Fornecer ferramentas intelectuais e habilidades de comunicação necessárias para fornecer cuidados primários culturalmente competentes para mulheres imigrantes	Centro de Saúde de cuidados primários de um bairro suburbano americano	Uma enfermeira parteira certificada (CNM)	Ilustração das barreiras para os cuidados de saúde vivida por mulheres nascidas no exterior e demonstrou como a competência cultural aumenta a eficácia do provedor em atender as necessidades únicas desta população.
(A4) Blackford, Street, 2002	- Pesquisa qualitativa; - Metodologia de práxis feminista; - Coleta através de questionários, entrevistas individuais e grupos focais, e relatos narrativos; - As participantes do estudo eram co-pesquisadoras e formaram 05 grupos de investigação com reuniões periódicas; - Análise de dados temática com a fusão dos dados recolhidos nos grupos de investigação.	Austrália	Examinar as práticas de enfermagem anglo-australianas que informaram o cuidado prestado por enfermeiras feministas liberais.	Hospital	Vinte e seis enfermeiras, das quais sete eram de origem não anglófona.	O estudo constatou que os esforços das enfermeiras feministas liberais para tratar todas as pessoas da mesma forma significava que as mulheres de diferentes origens culturais nem sempre recebiam equidade nos cuidados. Por meio do processo de práxis feminista, as enfermeiras puderam explorar as contradições em sua prática e focar na equidade no cuidado para atender às necessidades específicas de gênero e racialmente construídas de mulheres de diferentes contextos culturais.
(A5) Johnson, Bottorff, Browne, Grewal, Hilton,	- Estudo qualitativo etnográfico. -Entrevistas em profundidade, discussões em grupos focais e relatos narrativos de	Canadá	Explorar as interações entre profissionais de saúde e mulheres residentes do sul da Ásia para descrever outras práticas e seus efeitos	Profissionais que prestam atendimento à comunidade a qual pertencem as mulheres refugiadas (as entrevistas foram realizadas nos locais de	31 prestadores de cuidados de saúde (medicina de família, psiquiatria, enfermagem, serviço social, farmácia e trabalho de laboratório)	Três formas de alteridade foram encontradas nas descrições dos informantes sobre seus encontros problemáticos de saúde: explicações essencializantes, explicações culturalistas e explicações racializantes. As histórias das mulheres ilustraram formas de enfrentamento e manejo de experiências de outro. A análise

Clarke; 2004	suas experiências práticas com mulheres refugiadas. - A análise foi orientada por técnicas etnográficas			trabalho dos participantes e algumas na universidade dos pesquisadores)	com vasta experiência no trabalho com mulheres do Sul da Ásia (incluindo 18 participantes que eram sul-asiáticos)	também revelou como as interações individuais são influenciadas pelos contextos sociais e institucionais que criam condições para práticas de alteridade. Para promover interações de cuidados de saúde seguras e eficazes, aqueles que estão no poder devem continuar a desmascarar outras práticas e transformar os ambientes de cuidados de saúde para apoiar cuidados de saúde verdadeiramente equitativos.
(A6) Latta, Goodman, 2005	- Qualitativo; - Entrevistas individuais. - Método de Comparação Constante: recolha e análise simultânea de dados; - Foi utilizado análise de conteúdo - Credibilidade dos achados: validação por conselho consultivo e pelos participantes do estudo.	Estados Unidos	Como o contexto cultural da violência praticada pelo parceiro íntimo afetou a acessibilidade aos serviços convencionais para um grupo de imigrantes: as mulheres haitianas.	Os participantes eram provenientes dos principais serviços de violência doméstica: abrigos, centros de crise de estupro, centros de saúde mental, hospitais, tribunal, departamento de polícia, centros comunitários, clínicas específicas da cultura em hospitais, igrejas e outras agências locais.	15 prestadores de serviços da cidade e região	A análise dos dados revelou dois temas principais. Em primeiro lugar, a natureza e o contexto da violência praticada pelo parceiro íntimo na comunidade imigrante haitiana contribuem para a relutância das mulheres haitianas em procurar serviços, bem como para sua vulnerabilidade geral à violência praticada pelo parceiro íntimo. Em segundo lugar, os serviços convencionais são amplamente inacessíveis às mulheres haitianas.
(A7) Puri, 2005	- Estudo qualitativo etnográfico; - Estudo de casos descritivo com entrevistas individuais. - A análise é pautada no referencial teórico do multiculturalismo.	Estados Unidos e Inglaterra	Relação entre sensibilidade cultural médica e violência doméstica em imigrantes do sul da Ásia - explora as consequências do relativismo baseado no multiculturalismo na prestação de cuidados de saúde a mulheres imigrantes do sul da Ásia na	Hospital	Médicos (não especifica número)	A diferença cultural é essencializada em ambientes clínicos de maneiras que resultam em tratamento desigual de mulheres do sul da Ásia agredidas por médicos. Embora as culturas do sul da Ásia vagamente definidas sejam conceituadas e politizadas de forma diferente nos Estados Unidos e no Reino Unido, noções semelhantes de sensibilidade cultural são praticadas em ambos os países. Os setores médicos resultam em desigualdades semelhantes enfrentadas pelas mulheres do sul da Ásia, levantando questões sobre a retórica versus a realidade do multiculturalismo como uma abordagem para a prestação de cuidados de saúde.

			Inglaterra e nos Estados Unidos.			
(A8) Thierfelder, Tanner, Bodiang, 2005	- Estudo qualitativo; - Entrevista em profundidade por telefone, com questionário estruturado com questões abertas; - Análise por intermédio de software.	Suíça	Analisar como as mulheres imigrantes com MGF experienciam cuidados ginecológicos/obstétricos no sistema de saúde suíço e investigar se os ginecologistas/obstetras e parteiras tratam e aconselham adequadamente as complicações relacionadas com a MGF.	Hospitais de referência, consultórios particulares e centros de planejamento familiar.	37 profissionais de saúde (17 ginecologistas/obstetras, três clínicos gerais e 17 parteiras).	O fato de os profissionais de saúde raramente atenderem esses pacientes e a ausência de orientações profissionais geram mal-entendidos. O aconselhamento das mulheres é muitas vezes inadequado e existe uma gritante falta de comunicação sobre MGF entre os prestadores de cuidados de saúde e os utentes, bem como dentro das comunidades de mulheres. Como um sinal surpreendente, a reinfibulação é realizada na Suíça quando solicitada pelo paciente.
(A9) Johansen, 2006	- Qualitativo - Diário de campo e observação participante; - Entrevistas individuais em profundidade + entrevistas de casos relativos a partos específicos e realizadas imediatamente ao fato (para obter novas impressões, à medida que a memória e as emoções se desvanecem no tempo); - Análise descritiva.	Noruega	Investigar por que razão os esforços dos profissionais de saúde noruegueses, altamente qualificados, nem sempre produzem resultados ótimos, embora se dediquem geralmente ao seu trabalho e tentem ser cultural e sensível em relação às mulheres somalis.	Três hospitais e três clínicas de pré-natal com uma elevada percentagem de doentes imigrantes	40 profissionais de saúde: 25 parteiras, 12 médicos (nove ginecologistas e três clínicos gerais) e três enfermeiros	Descobertas sugerem que uma combinação de tabu, silêncio, conhecimento limitado e dificuldade emocional, juntamente com o desejo de ser sensível à cultura, pode às vezes ser contraproducente para dar a melhor ajuda. Profissionais de saúde muitas vezes parecem impor valores culturais “imaginados” a mulheres infibuladas, em vez de esclarecê-los por meio da comunicação pessoal.

<p>(A10) Kacen, 2006</p>	<p>- Qualitativo etnográfico; - Entrevistas semiestruturadas e observação participante; - Análise de conteúdo; - Confiabilidade dos achados via triangulação dos dados e validação das conclusões com os participantes da pesquisa.</p>	<p>Israel</p>	<p>Conhecer o fenômeno da violência conjugal na comunidade etíope.</p>	<p>Profissionais que atendem a comunidade etíope (não especifica lugar)</p>	<p>10 profissionais com conhecimentos culturais sobre os imigrantes da Etiópia mas que não faziam parte da comunidade: 03 assistentes sociais que determinam a política a nível geral e 07 envolvidos em intervenções comunitárias e individuais diretas, que tinham uma vasta experiência de trabalho com a comunidade etíope em Israel.</p>	<p>As conclusões, verificadas pelos participantes, mostram que durante a transição cultural, o código de honra dos imigrantes, as instituições tradicionais de resolução de conflitos e a distribuição do papel familiar desintegram-se. Esta situação, exacerbada pelas dificuldades económicas, revelou-se propícia ao abuso das mulheres. A falta de sensibilidade cultural demonstrada pelos serviços sociais encorajou, na verdade, as mulheres a comportar-se de forma abusiva para com os seus maridos e a destruir as suas famílias. A discussão se concentra em falhas de comunicação no discurso de abuso conjugal entre imigrantes da Etiópia e a sociedade absorvente, originado em diferenças de valores, comportamento, representações sociais e teorias culturais insensíveis.</p>
<p>(A11) Kallivayali, 2007</p>	<p>- Qualitativo com perspectiva feminista. - Entrevistas individuais em profundidade. - Análise Descritiva sob a luz da perspectiva feminista.</p>	<p>Estados Unidos</p>	<p>Documentar as experiências dos profissionais que trabalham com sobreviventes de violência doméstica do Sul da Ásia.</p>	<p>Agência de Saúde Mental que se comprometia a oferecer cuidados culturalmente competentes.</p>	<p>07 profissionais que trabalham com mulheres do Sul da Ásia (psiquiatria, trabalho social, psicologia, educação e defesa)</p>	<p>Eles responsabilizam o patriarcado em sua complexidade pela violência doméstica na comunidade. Embora o termo "feminista" tenha sido raramente usado, em conjunto com o trabalho que sugere que as mulheres asiáticas não se identificariam com modelos auto-baseados de terapia, os praticantes articularam que as mulheres se beneficiam da terapia baseada em insights e tentaram trabalhar contra estereótipos culturais que muitas vezes veem funcionalmente usados para evitar o endereço.</p>
<p>(A12) Keller, Brennan, 2007</p>	<p>- Qualitativa exploratória orientada pela abordagem Etnogênica; - Entrevistas semiestruturadas realizadas por telefone; - Análise descritiva.</p>	<p>Estados Unidos</p>	<p>Entender as necessidades e experiências daqueles que atendem as vítimas sudanesas de violência doméstica</p>	<p>Prestadores de serviços atuantes na área metropolitana de Omaha, Nebraska e cidades próximas.</p>	<p>08 participantes (defensores das vítimas de agências e ONGS, prestadores de cuidados em saúde, pessoal da justiça criminal e outros prestadores de serviços baseados na comunidade)</p>	<p>Nossos entrevistados identificaram as áreas de dificuldade que encontraram com mais frequência ao trabalhar com clientes sudaneses. Todos os entrevistados concordaram que as normas culturais sudanesas criaram barreiras à prestação de serviços. Nossos entrevistados também discutiram as estratégias que empregaram quando prestaram serviços a mulheres sudanesas, juntamente com suas impressões sobre o quanto mal essas abordagens funcionaram.</p>

<p>(A13) O'Mahony, Donnelly, 2007</p>	<p>- Estudo qualitativo e exploratório, sob a luz do referencial teórico do Modelo Explicativo de Kleinman; - Entrevistas individuais em profundidade e diário de campo; - Análise de conteúdo, e sob a luz do modelo explicativo de Kleinman.</p>	<p>Canadá</p>	<p>Explorar com os profissionais de saúde suas preocupações sobre a saúde mental das mulheres imigrantes e como as mulheres acessam os cuidados de saúde mental.</p>	<p>Unidades de saúde que prestam serviços de saúde mental</p>	<p>07 profissionais de saúde (enfermagem, serviço social e medicina)</p>	<p>As mulheres imigrantes enfrentam muitas dificuldades no acesso aos serviços de saúde mental devido a diferenças culturais, estigma social e falta de familiaridade com a biomedicina ocidental, crenças e práticas espirituais que influenciam as práticas de cuidado em saúde mental das mulheres imigrantes e a relação prestador de cuidados de saúde e cliente, que exerce grande influência sobre como as mulheres imigrantes procuram cuidados de saúde mental. O estudo também revelou que o contexto cultural exerce tanto positivo quanto negativo. Influencia como as mulheres imigrantes procuram cuidados de saúde mental.</p>
<p>(A14) Lyons, O'Keeffe, Clarke, Staines, 2008</p>	<p>_ Qualitativo com Abordagem da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD); - Grupos focais e entrevistas semiestruturadas, utilizando-se um guia temático; - Análise temática com uso de software.</p>	<p>Irlanda</p>	<p>Explorar as experiências, a compreensão e as perspectivas das prestadoras de serviços de maternidade ao trabalhar com mulheres de minorias étnicas na maternidade de Dublin.</p>	<p>Três maternidades públicas da região metropolitana</p>	<p>15 entrevistas com obstetras e informantes-chave das áreas especializadas de controle de infecção, serviços sociais e serviços de luto (parteiras e auxiliares de enfermagem da clínica de pré-natal, enfermarias de pós-natal e enfermarias de parto).</p>	<p>Quatro temas emergiram do estudo: dificuldades de comunicação, conhecimento e uso dos serviços, diferenças culturais e Eles e Nós. Estes abrangeram uma variedade de questões, incluindo a inadequação dos serviços de interpretação, questões de cuidados infantis, lidar com o trabalho, identificação como diferente e racismo.</p>
<p>(A15) Guruge, Humphreys, 2009</p>	<p>- Qualitativo e descritivo; - Entrevistas individuais e grupos focais; - Análise temática indutiva.</p>	<p>Canadá</p>	<p>Examinar os fatores que contribuem para a produção pós-migração de VPI na comunidade SL Tamil e os fatores que moldam as respostas das mulheres a ela.</p>	<p>Comunidades SLTamil</p>	<p>16 líderes comunitários que prestam apoio formal e atendimento às mulheres refugiadas vítimas de violência (assistência social e em assentamentos)</p>	<p>Mostram uma série de fatores que moldam negativamente as experiências dessas mulheres: falta de familiaridade com os serviços, serviços inadequados e estratégias de intervenção, falta de serviços culturais e linguisticamente adequados, falta de portabilidade e coordenação dos serviços, preocupações de confiança e práticas discriminatórias e racistas incorporadas nos serviços e na prestação de serviços</p>
<p>(A16)</p>	<p>- Pesquisa qualitativa baseada</p>	<p>Israel</p>	<p>Examinar as causas da violência doméstica</p>	<p>10 centros de prevenção da violência</p>	<p>17 assistentes sociais foram recrutados para o</p>	<p>Os resultados do programa manifestaram-se em intervenções terapêuticas, que foram construídas</p>

Ben-Porat, 2010	<p>na Teoria do empoderamento e dos sistemas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Grupos focais, após os participantes terem trabalhado no programa de treinamento de assistentes sociais etíopes para lidar com o problema entre os membros de sua comunidade, por cerca de um ano. - Análise de conteúdo conduzida por dois juízes docentes da Escola de Serviço Social. 		<p>contra as mulheres entre populações que imigraram das sociedades tradicionais para as sociedades ocidentais, com base no caso específico de Imigrantes etíopes para Israel.</p>	<p>e 02 centros de absorção, em cidades de Israel com uma alta concentração de imigrantes etíopes.</p>	<p>programa de treinamento (doze mulheres e cinco homens), dos quais quinze haviam imigrado da Etiópia para Israel quando crianças</p>	<p>especificamente para a comunidade etíope. Além disso, os relatórios dos participantes indicaram que o programa tinha melhorado a sua capacidade de trabalhar com os membros da sua comunidade. Na luz dos sistemas e teorias de empoderamento, esses resultados destacam a necessidade de trabalho multidimensional com a comunidade etíope e o empoderamento de seus membros, com o entendimento de que uma mudança de nível macro pode levar a uma mudança de nível micro e vice-versa. Os resultados do programa indicam que é possível alcançar a mudança entre as comunidades multi-problemáticas através de intervenções multi-sistêmicas baseadas nos dois quadros teóricos aqui apresentados.</p>
(A17) Hess, Weinland, Saalinger, 2010	<ul style="list-style-type: none"> - Delineamento survey com descrições qualitativas e quantitativas; - Inquérito auto-aplicado com perguntas abertas, narrativas e também fechadas; - Análise indutiva (dados qualitativos) e análise estatística em software (dados quantitativos). 	Estados Unidos	<p>Avaliar o conhecimento das enfermeiras-parteras certificadas sobre o corte genital feminino e explorar as suas experiências de cuidados a mulheres imigrantes africanas com antecedentes de cortes genitais</p>	<p>Cenário abrangente sem local específico; para cada membro selecionado foi enviado por correio com um pacote contendo uma carta de apresentação, um formulário de consentimento, o inquérito e um envelope selado autoendereçoado para devolução do inquérito concluído aos investigadores.</p>	<p>Uma amostra aleatória de 600 enfermeiras-parteras certificadas da lista de membros do American College of Nurse-Midwives foi pesquisada e 243 enfermeiras completaram a pesquisa de conhecimento do FGC e experiência do provedor</p>	<p>Apresentaram conhecimento médico mais correto sobre o corte genital feminino do que o conhecimento de questões culturais e legais, as diferenças no conhecimento correto ou incorreto foram estatisticamente significativas com base na experiência do provedor, menos de 20% sabiam que tanto as mulheres muçulmanas como as cristãs são circuncidadas, 57% sabiam que é ilegal nos Estados Unidos circuncidar mulheres com menos de 18 anos de idade, mulheres com histórico de corte genital feminino querem provedores do sexo feminino, a reinfibulação representa um dilema ético para algumas enfermeiras parteras certificadas.</p>
(A18)	<ul style="list-style-type: none"> - Qualitativa; - Grupo focal; - Análise temática; 	Estados Unidos	<p>Explorar as barreiras pessoais, socioculturais,</p>	<p>Maior comunidade de imigrantes árabes da região metropolitana de</p>	<p>65 indivíduos participaram de um total de 10 grupos focais</p>	<p>A implementação de programas de prevenção da violência doméstica beneficiou as vítimas e aumentou a conscientização sobre a questão da</p>

<p>Kulwicki, Aswad, Carmona, Ballout, 2010</p>	<p>- Confiabilidade dos dados por intermédio da validação dos dados por cinco participantes da pesquisa.</p>		<p>religiosas, legais e sistêmicas na utilização de serviços de violência doméstica, bem como percepções e experiências de uma variedade de prestadores de serviços de saúde e humanos e líderes comunitários que interagiram ou compartilham uma responsabilidade pelas vítimas de violência doméstica em relação a essas barreiras.</p>	<p>Detroit, Michigan, EUA</p>	<p>(médicos e enfermeiros que atuam na atenção básica ou em prontos-socorros, pessoal da polícia, advogados que atuam na área de violência doméstica; líderes religiosos; assistentes sociais, prestadores de serviços de aconselhamento mental e familiar; líderes comunitários; pessoal de sensibilização e/ou defensores da comunidade; prestadores de serviços que trabalham em abrigos para vítimas de violência.</p>	<p>violência doméstica árabe; a continuidade inadequada dos serviços de prevenção e intervenção da violência doméstica conduz às barreiras mais problemáticas relacionadas com a prestação de serviços; opiniões conflitantes no uso de serviços tradicionais e prestadores de serviços, como abrigos e intervenções policiais, limitam as oportunidades de intervenção em violência doméstica na comunidade árabe; falta de confidencialidade compromete os serviços árabe-americanos; a falta de serviços para os agressores aumenta significativamente a ineficiência dos serviços de apoio; o nível econômico e o status de imigração das vítimas ditam sua decisão de permanecer em relacionamentos abusivos; as normas culturais para a honra familiar versus a vergonha forçam as vítimas de abuso a esconder e/ou aceitar o abuso e rejeitar a alternativa para o divórcio; a resposta conservadora dos líderes religiosos dificulta o comportamento de busca de ajuda das mulheres árabes agredidas.</p>
<p>(A19) Pavlish, Noor, Brandt, 2010</p>	<p>- Estudo Qualitativo com perspectivas da teoria da ecologia social e dos determinantes sociais do modelo de saúde; - Um desenho de Pesquisa-Ação baseado na comunidade foi projetado; - Entrevistas individuais com os profissionais da saúde; - Análise temática indutiva.</p>	<p>Estados Unidos</p>	<p>As questões de pesquisa que orientaram este estudo incluíram: quais são as preocupações com a saúde das mulheres e meninas imigrantes somalis? Quais são as experiências de saúde das mulheres somalis enquanto administram sua saúde?</p>	<p>Uma organização operada pela Somália, um centro comunitário e uma organização de saúde que trabalha em estreita colaboração com a comunidade somali</p>	<p>11 informantes-chave, incluindo (somalis, representantes do MDH, organizações não-governamentais locais de assistência aos refugiados e organizações locais de saúde, enfermeiras somalis, intérprete de língua somali, médico afro-americano e psicólogo euro-americano)</p>	<p>Os resultados descobriram que as crenças de saúde das mulheres somalis se relacionavam intimamente com fatores situacionais e contrastavam fortemente com o modelo biológico que impulsiona a medicina ocidental, essas crenças discordantes em saúde resultaram em expectativas divergentes em relação às interações entre tratamento e saúde. Experimentando expectativas não atendidas, as mulheres somalis e seus profissionais de saúde relataram múltiplas frustrações que muitas vezes diminuíram a qualidade percebida dos cuidados de saúde e preocupações silenciosas sobre saúde mental e tomada de decisões reprodutivas vieram à tona</p>

<p>(A20)</p> <p>Widmark, Leval, Tishelman, Ahlberg, 2010</p>	<p>- Qualitativo; - Entrevistas abertas e semiestruturadas; - Análise descritiva interpretativa.</p>	<p>Suécia</p>	<p>Explorar as perspectivas dos obstetras sobre o cuidado de mulheres com FGC na Suécia: como descrevem, explicam e raciocinam sobre cuidados e políticas?</p>	<p>Clínicas pré-natais administradas por obstetrícia, hospitais e os departamentos de parto.</p>	<p>13 médicos obstetras chefes/superiores (com experiência no cuidado de mulheres cortadas genitalmente e responsáveis por política local em clínicas de obstetrícia e departamentos obstétricos hospitalares) e 7 oficiais superiores da casa (HO)</p>	<p>Houve pouco consenso entre os médicos entrevistados sobre o que constitui uma boa assistência obstétrica para mulheres com CBF ou como os cuidados devem ser prestados. Os principais problemas incluem: política e práticas inconsistentes; trajetórias assistenciais descoordenadas; responsabilidades difusas; dificuldades no monitoramento do trabalho de parto e do estado fetal; e inibiu a comunicação devido a barreiras linguísticas, diferenças culturais e restrições de tempo</p>
<p>(A21)</p> <p>Hasnain, Connell, Menon, Tranmer, 2011</p>	<p>- Quanti-Qualitativo exploratório, com delineamento transversal; - Pesquisa auto-administrado e escrito, os participantes preencheram um questionário escrito; - Análise de conteúdo para os dados qualitativos.</p>	<p>Estados Unidos</p>	<p>Examinar as perspectivas dos profissionais de saúde e dos pacientes em relação aos principais desafios e recomendações para a prestação de cuidados culturalmente apropriados e centrados no paciente para mulheres muçulmanas, e estudar a congruência entre o provedor e perspectivas do paciente.</p>	<p>Profissionais de saúde que tiveram contato com a comunidade muçulmana na prestação do cuidado em saúde</p>	<p>80 profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) que participam de uma conferência intitulada Patient-Centered Healthcare for Muslim Women in the United States.</p>	<p>Houve considerável congruência entre pacientes e profissionais em relação às necessidades de saúde das mulheres muçulmanas. A maioria (83,3%) dos provedores que responderam relataram encontrar desafios ao prestar cuidados a mulheres muçulmanas. Provedores e pacientes delimitaram barreiras semelhantes = desafios e recomendações. Os principais desafios incluíram a falta de compreensão dos provedores sobre as crenças religiosas e culturais dos pacientes; barreiras de comunicação paciente-provedor relacionadas ao idioma; necessidades de modéstia dos pacientes; falta de compreensão dos processos de adoecimento e do sistema de saúde dos pacientes; falta de confiança e suspeita dos doentes em relação ao sistema de saúde, incluindo os prestadores de serviços; e barreiras relacionadas ao sistema. As principais recomendações incluíram educação do provedor sobre crenças religiosas e culturais básicas de pacientes muçulmanos, treinamento do provedor sobre a facilitação de uma relação colaborativa paciente-provedor, abordando barreiras de comunicação relacionadas ao idioma e educação do paciente sobre a doença, processos e cuidados de saúde preventivos</p>
<p>(A22)</p>	<p>- Qualitativo exploratório com</p>	<p>Canadá</p>	<p>Entender as dificuldades que esses</p>	<p>Os participantes tiveram suas práticas</p>	<p>03 parteiras, 05 enfermeiras, 02 médicos</p>	<p>Os resultados revelam a complexidade da prestação de cuidados aos imigrantes,</p>

<p>Ng, Newbold, 2011</p>	<p>abordagem da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD);</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entrevistas individuais semiestruturadas; - Análise de conteúdo. 		<p>profissionais enfrentam na assistência a essa população vulnerável, especialmente quando prestadores e pacientes têm expectativas diferentes entre si e do tipo de cuidado recebido</p>	<p>localizadas em toda a cidade de Hamilton, com os imigrantes representando 10 a 70% do número de casos dos participantes</p>	<p>ginecologistas/ obstetras e 01assistente social.</p>	<p>particularmente no que diz respeito às expectativas em torno da língua, cultura e tipo e profissionalismo do cuidado; a linguagem é um tema predominante que emergiu como barreira ao cuidado; diferentes expectativas profissionais em torno de como as práticas culturais são abordadas, também, podem impactar negativamente a experiência pré-natal dos imigrantes; pacientes e prestadores têm expectativas conflitantes de cuidado, refletindo diferentes percepções do nível de profissionalismo dos vários tipos de provedores; os provedores têm suas próprias expectativas de cuidados de saúde pré-natais que são baseados em um modelo médico ocidental; na ausência de intérpretes ou tradutores culturais profissionais dispendiosos, os indivíduos dependem frequentemente da família ou dos amigos, levantando questões de confidencialidade, conhecimento e profissionalismo; diferentes expectativas em torno da competência cultural foram observadas e o tipo de cuidados prestados e da medicalização do pré-natal</p>
<p>(A23) Wade, 2011</p>	<p>- Estudo qualitativo e documental; Referencial teórico do modelo de Cultura e a Compatibilidade do Multicultural e do Feminismo;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entrevistas semiestruturadas e presenciais; - Análise com triangulação de dados e análise de conteúdo. 	<p>Estados Unidos</p>	<p>Analisar debates sobre se devemos aliviar a necessidade cultural de infibulação entre os imigrantes.</p>	<p>Hospital urbano Harborview Medical Center</p>	<p>Foram realizados nove entrevistas com médicos e opositores do procedimento (infibulação) com modelos de cultura, outros funcionários do hospital e indivíduos envolvidos com a mídia.</p>	<p>Os opositores argumentaram que o nick foi bastante descrito como mutilação genital feminina e simbolicamente idêntico ao corte mais extenso. Usando um modelo reificado, eles imaginaram que os somalis estavam ligados à cultura; a adoção de um nick era simplesmente um movimento de um procedimento de corte genital para outro. Incapazes de imaginar uma adaptação cultural significativa e pressupondo a incompatibilidade do multiculturalismo e do feminismo, eles apoiaram a assimilação forçada. Os médicos, baseando-se em um modelo dinâmico de cultura, acreditavam que a adoção do nick era uma mudança cultural significativa, mas idealizavam excessivamente sua capacidade de proteger a Somália. Meninas da Somália e dos EUA patriarcado. Inevitavelmente confiantes, eles não levaram a opressão a sério,</p>

						descartando os círculos eleitorais relevantes e suas preocupações.
(A24) Degni, Suominen, Essén, Ansari, Vehviläinen -Julkunen, 2012	- Abordagem qualitativa descrita por Sandelowski, naturalista e interpretativa; - Entrevistas individuais em profundidade e grupos focais; - Análise de conteúdo.	Finlândia	Explorar a comunicação entre médicos-enfermeiros /parteiras na prestação de cuidados de saúde reprodutiva e de maternidade a mulheres somalis na Finlândia	Cinco clínicas de planejamento familiar e maternas das cidades de Helsínquia (2 clínicas), Vantaa (1 clínica), Turku (1 clínica) e Tampere (1 clínica)	Realizadas quatro entrevistas individuais e de três grupos focais com 10 ginecologistas/obstetras e 15 enfermeiras/parteiras de cinco clínicas (seis enfermeiras de planejamento familiar, oito parteiras e uma enfermeira psiquiátrica)	Os prestadores de cuidados de saúde consideraram a comunicação (incluindo as dificuldades linguísticas), as tradições culturais e as convicções religiosas como problemas quando trabalham com mulheres somalis. Médicos do sexo masculino e feminino foram geralmente mais semelhantes em estilo de comunicação, contatos interpessoais e consciência cultural do que as enfermeiras/parteiras que estavam envolvidas em mais construção de parcerias com o Mulheres somalis nas clínicas. Apesar da comunicação e dos problemas culturais, houve uma tentativa mútua de compreensão entre os profissionais de saúde reprodutiva finlandeses e as mulheres somalis nas clínicas; ações culturalmente apropriadas são mais diretamente previstas pela consciência de que a cultura é relevante para a assistência médica e que preconceitos negativos podem dificultar os esforços de serviço
(A25) Otero-Garcia, Goicolea, Gea-Sánchez, Sanz-Barbero, 2013	- Estudo qualitativo etnográfico; - Entrevistas em profundidade e notas de campo; - Análise de conteúdo e triangulação de dados.	Espanha	Explorar as percepções de parteiras que prestam esses serviços sobre o acesso e a participação de mulheres imigrantes em relações sexuais e reprodutivas nos programas de saúde oferecidos em uma zona rural	Centro de cuidados primários em zonas básicas de saúde (ZB) da área rural de Segóvia	Participaram as parteiras da atenção primária que atendem 13 zonas rurais de saúde básica (ZB) de Segóvia	As parteiras percebem que os imigrantes em geral, e as mulheres imigrantes em particular, subutilizam os serviços de planejamento familiar e essa subutilização está associada a diferenças culturais e desigualdade de gênero; eles também acreditam que o número de interrupções voluntárias da gravidez entre as mulheres imigrantes é elevado e identificam as tarefas relacionadas à gravidez e à criação dos filhos e a barreira linguística como obstáculos às mulheres imigrantes que acessam os serviços de saúde pré-natal e pós-natal disponíveis
(A26) Pearce, Sokoloff, 2013	- Pesquisa qualitativa, exploratória; - Referencial teórico da interseccionalidade;	Estados Unidos	Abordar a questão sociologicamente e investigar como as raízes e respostas à VPI se envolvem com seus contextos	10 Agências/ organizações que trabalham com comunidades de mulheres migrantes e/ou vítimas de	Profissionais que trabalham diretamente com imigrantes e com sobreviventes de violência doméstica em Baltimore	Falando de forma geral, prestadores de serviços e defensores relataram encontrar uma prevalência de VPI entre mulheres nascidas no exterior; apesar da variedade de serviços oferecidos, as lacunas de serviços são abundantes, devido à demanda esmagadora – que teria sido devido à expansão

	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevistas individuais e grupos focais; - Análise de conteúdo. 		<p>sociais, situando o problema além de uma patologia individual e dinâmica de relacionamento interpessoal.</p>	<p>violência doméstica em Baltimore</p>		<p>mais recente da população imigrante em Baltimore; os contextos mais salientes mencionados foram (1) o estado da política de violência doméstica e (2) os contextos políticos, especialmente o impacto da violência estrutural (estatal) sobre a situação; os prestadores de serviços descreveram tanto as barreiras como as oportunidades que os novos contextos dos imigrantes lhes ofereciam; os imigrantes que eram de cor de pele mais escura enfrentavam desvantagens particulares porque se mudaram para uma cidade com uma história de segregação e tensões raciais; a diferença de linguagem exacerbou a percepção pública da alteridade dessas comunidades</p>
<p>(A27)</p> <p>Briones-Vozmediano, La Parra, Vives-Cases, 2015</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Estudo qualitativo; - Entrevistas individuais em profundidade e grupais; - Análise temática. 	Espanha	<p>Explorar as percepções dos prestadores de serviços, a fim de identificar barreiras e facilitadores para a cobertura efetiva dos serviços de Violência por Parceiro Íntimo (VPI) para mulheres imigrantes na Espanha, de acordo com as diferentes categorias propostas no modelo de cobertura efetiva de Tanahashi.</p>	<p>Organizações não-governamentais (ONGs) e instituições públicas relacionadas a VPI ou populações imigrantes com populações específicas; e Programas de VAW, serviços públicos e de saúde em Barcelona, Madrid, Valência e Alicante.</p>	<p>43 profissionais que trabalham em serviços públicos (serviços sociais e de saúde, refúgios para mulheres, força policial, poder judicial e ONG).</p>	<p>Os atuais serviços de VPI na Espanha falham parcialmente em sua cobertura de mulheres imigrantes abusadas devido a barreiras de (i) disponibilidade, como a inexistência de serviços culturalmente apropriados; (ii) acessibilidade, uma vez que a existência de uma autorização de residência é um pré-requisito para o acesso das mulheres a diferentes serviços e direitos; (iii) aceitabilidade, como a falta de confiança das mulheres na eficácia dos serviços; e (iv) efetividade, por exemplo, falta de capacitação específica dos profissionais sobre as questões de VPI e imigração. No entanto, os entrevistados também identificaram facilitadores, como o ambiente propício promovido pela Lei Espanhola sobre Violência de Gênero (1/2004) e o impulso que ela proporcionou para o desenvolvimento de outros instrumentos legislativos específicos para abordar a VPI em populações imigrantes em Espanha (disponibilidade, acessibilidade e eficácia)</p>
<p>(A28)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Estudo qualitativo; - Entrevistas individuais; 	Suécia	<p>Explorar maneiras pelas quais as parteiras de pré natal</p>	<p>11 clínicas de parteiras de pré-natal (ANC) na Suécia</p>	<p>17 parteiras que trabalham com mulheres</p>	<p>As parteiras se esforçaram para se concentrar na mulher individual além da etnia e das diferenças culturais; em relação às mulheres nascidas na</p>

Byrskog, Olsson, Essén, Allvin, 2015	- Análise temática.		(ANC) na Suécia trabalham com mulheres nascidas na Somália e as questões da exposição à violência.		nascidas na Somália em nove clínicas de ANC.	Somália, elas navegaram entre diferentes definições de violência, formas de lidar com as adversidades na vida e contextos sociais, guiadas pelo conhecimento baseado na experiência e apoio colegiado; raramente a violência contínua foi encontrada; os pontos fortes e o contentamento das mulheres nascidas na Somália foram destacados, no entanto, as habilidades linguísticas foram consideradas centrais para o acesso de uma mulher nascida na Somália aos direitos e ao apoio na sociedade sueca; linguagem compartilhada, relacionamentos de confiança, paciência e networking foram aspectos importantes no trabalho com a violência entre as mulheres nascidas na Somália
(A29) Kalengayi, Hurtig, Nordstrand, Ahlm, Ahlberg, 2015	- Estudo qualitativo com delineamento de descrição interpretativa, (DI); - Entrevistas individuais semiestruturadas; - Análise comparativa e temática.	Suécia	Explorar as experiências dos cuidadores na triagem de migrantes recém-chegados para gerar conhecimento que pudesse informar a política e a prática clínica.	Centros de cuidados de saúde primários em quatro municípios suecos	15 enfermeiros propositadamente selecionados com experiência na triagem de migrantes.	Os participantes descreveram uma série de desafios, incluindo visões discordantes entre migrantes e enfermeiros sobre triagem médica, inconsistências em regras e práticas e políticas conflitantes. Os participantes indicaram que as diferenças socioculturais resultavam em expectativas divergentes, com os migrantes a encararem os participantes como agentes das autoridades de migração. Eles também expressaram preocupação com o fato de receberem uma nova designação sem treinamento e de se esperar que compartilhem responsabilidades com o pessoal de outras agências sem coordenação adequada. Finalmente, eles indicaram que as políticas existentes podem ser confusas e levantar questões éticas. Tudo isso foi agravado por barreiras linguísticas, tornando seu ambiente de trabalho extremamente complexo e estressante
(A30) Blum, Braiden,	- Estudo qualitativo; - Entrevistas individuais semiestruturadas e grupos focais;	Canadá	Aumentar a compreensão das experiências de mulheres jovens de famílias imigrantes	Organizações e serviços que trabalhavam com mulheres expostas à violência e uma rede comunitária de agências	34 prestadores de serviços dos setores de serviço social, assentamento, saúde,	Revelaram que as mulheres jovens em Winnipeg sofrem abuso e controle; abuso financeiro e exploração; abuso físico e casamento forçado. Esses abusos representam uma séria ameaça ao bem-estar das mulheres jovens. Observamos que

Heinonen, 2016	<p>- Foi usado o Life Story Board (tecnologia leve visual) como uma ferramenta para a coleta de dados;</p> <p>- Análise temática;</p> <p>- Validação dos achados por meio de grupo consultivo composto por equipa de investigação com experiência em trauma e investigação transcultural; profissionais de organizações que trabalham com mulheres expostas à violência de rede comunitária de agências que trabalham com pessoas afetadas pela guerra</p>		<p>afetadas pelo HBV e identificar algumas das causas que levam ao HBV.</p> <p>Explorar as lacunas e pontos fortes dos serviços sociais existentes e as barreiras e riscos que as mulheres afetadas encontram ao tentar acessá-los.</p>	<p>que trabalhavam com pessoas afetadas pela guerra.</p>	<p>educação e aplicação da lei.</p>	<p>a violação da honra familiar é um dos fatores que levam à violência e ao conflito familiar. Outras causas baseiam-se em conflitos intergeracionais, normas patriarcais, estressores relacionados ao estabelecimento, condições de vida muito difíceis e precariedade mental dos pais e responsáveis. As mulheres jovens afetadas pela violência baseada na honra enfrentam múltiplas barreiras discriminatórias que as impedem de procurar ajuda, especialmente o medo de serem rejeitadas e isoladas por suas famílias e comunidades, caso a violência que experimentam seja revelada a outras pessoas</p>
(A31) Briones-Vozmediano, Davó-Blanes, García-de la Hera, Goicolea, Vives-Cases, 2016	<p>- Estudo qualitativo;</p> <p>- Entrevistas semiestruturadas individuais e grupais;</p> <p>- Análise de discurso.</p>	Espanha	<p>Explorar os discursos dos profissionais envolvidos no atendimento à mulher que sofre violência conjugal sobre como descrevem as mulheres imigrantes afetadas, agressores e sua própria responsabilidade na abordagem desse</p>	<p>Serviços de atendimento a mulheres imigrantes vítimas de violência por parceiro íntimo (serviços sociais, jurídicos, policiais, judiciais e psicológicos) em Barcelona, Madrid, Valência e Alicante</p>	<p>43 profissionais (40 mulheres e 3 homens) envolvidos no atendimento a mulheres imigrantes vítimas de violência por parceiro íntimo (serviços sociais, jurídicos, policiais, judiciais) e psicológicos)</p>	<p>Quatro repertórios interpretativos emergiram nos discursos profissionais: "Protótipos culturais das mulheres afetadas pela violência nas relações íntimas", "Os agressores são semelhantes independentemente da sua cultura de origem", "As vítimas são credíveis e os agressores responsáveis?" e "Os agressores são responsáveis?", "Falta de sensibilidade cultural dos profissionais para ajudar as mulheres imigrantes em situação de abuso". Estes repertórios correspondem aos protótipos que os profissionais constroem das mulheres afetadas e dos seus</p>

			problema e 2) comparar esses discursos entre os diferentes grupos profissionais envolvidos no cuidado a estas mulheres (serviços sociais, associações e polícia judiciária)			agressores, à credibilidade e responsabilidade que lhes atribuem e à interpretação do seu próprio papel profissional.
(A32) Nithianand an Gibson-Helm, McBride, Binny, Gray, East, Boyle, 2016	- Estudo qualitativo; - Entrevistas individuais semiestruturadas; - Análise temática e indutiva foram examinados em relação ao Marco dos Domínios Teóricos e ao Quadro Conceitual de Competência Cultural.	Austrália	(i) investigar barreiras e facilitadores para a implementação de exames de saúde mental perinatal baseados em evidências e reconhecidos nacionalmente e (ii) implementar de forma sustentável de um programa de rastreio e encaminhamento, em mulheres oriundas de refugiados	Profissionais com conhecimento especializado em saúde mental perinatal, saúde de refugiados ou ambos, ou trabalhavam na Maternidade Feminina Monash e Monash Saúde e Bem-Estar de Refugiados.	Profissionais de saúde (n=28: parteiras, obstetras e enfermeiras especialistas em saúde mental perinatal e saúde de refugiados, e intérpretes)	Quase todos os participantes perceberam que a triagem de saúde mental perinatal era necessária e a maioria reconheceu a importância da triagem do transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). Barreiras e facilitadores foram identificados e relacionados a oito domínios: conhecimento, habilidades, papéis profissionais, crenças sobre capacidades e consequências, contexto ambiental, influências sociais e regulação comportamental. Os resultados deste estudo acrescentam que as intérpretes do sexo feminino são uma prioridade especificamente para conversas de saúde mental para incentivar a divulgação de mulheres com antecedentes traumáticos
(A33) Ogunsiji, 2016	- Estudo qualitativo com delineamento da Fenomenologia heideggeriana com abordagem interpretativa; - Entrevista individual em profundidade desestruturada; - Análise temática comparativa com uso da abordagem seletiva.	Austrália	Relatar histórias de parteiras australianas sobre como elas gerenciam o cuidado obstétrico de mulheres que vivem com MGF	Contexto de maternidades em Sydney	11 parteiras todas eram do sexo feminino, experiência em obstetrícia entre 1 ano a mais de 20 anos, todas as parteiras tiveram experiência de vários encontros com mulheres circuncidadas.	Os resultados do presente estudo identificaram constrangimentos organizacionais, tais como condições inadequadas, que impedem as parteiras de satisfazerem algumas necessidades culturais específicas das mulheres; as preocupações psicossociais e de sexualidade das mulheres são geralmente encaminhadas aos conselheiros, e não houve indicação de acompanhamento do cuidado das mulheres no pós-natal; as parteiras permitem que as mulheres expressem suas áreas de necessidade e que o cuidado é adaptado a essas áreas de necessidade; as parteiras tiveram que lidar com questões culturais, emocionais, psicossociais e físicas que circuncidavam as mulheres presentes

						nos cuidados obstétricos; relataram que devido à indisponibilidade dos profissionais de saúde do sexo feminino, há casos em que as mulheres circuncidadas tiveram que ser cuidadas por profissionais de saúde do sexo masculino, contrariamente à cultura das mulheres; as parteiras australianas perceberam a circuncisão como uma questão obstétrica importante e complexa que deve ser abordada
(A34) Eustace, Baird, Saito, Creedy, 2016	- Estudo qualitativo com desenho descritivo; - Entrevistas telefônicas aprofundadas; - Análise temática indutiva.	Austrália	Explorar as experiências das parteiras sobre a investigação de rotina, as percepções dos facilitadores e dos obstáculos, e sugerir estratégias para melhorar a prática	Sistema público de saúde, numa série de modelos diferentes de cuidados de maternidade (clínica obstétrica pré-natal, clínicas e prática de cuidados de maternidade em regime de carga horária, serviços de saúde urbanos, metropolitanos e regionais e os restantes estavam localizados em serviços de saúde rurais e remotos).	21 parteiras da maioria dos estados e territórios australianos (com exceção da Tasmânia)	Foram identificados três temas: O primeiro tema, "Fazer a pergunta", incorporou a crença de que, apesar de as perguntas às mulheres sobre a violência nas relações íntimas fazerem parte do papel da parteira, as participantes sentiram-se sem apoio e sem preparação. O segundo tema; O grande fator de medo representava preocupações em torno de revelações positivas de violência por parte do parceiro íntimo, incluindo um sentido de responsabilidade, preocupações em encorajar as mulheres a revelarem sem processos claros e recursos para as apoiar. O terceiro tema; Construir uma relação incorporou a importância da continuidade dos cuidados, da confiança e da construção de relações. A continuidade dos cuidados foi identificada como um fator positivo para a investigação de rotina. A percepção de falta de apoio, as pressões de tempo e a presença de um parceiro nas consultas foram consideradas barreiras à consulta de rotina. Os resultados deste fornecem uma visão contemporânea das experiências das parteiras australianas na sua prática cotidiana de investigação de rotina sobre VPI, identificou barreiras profissionais e no local de trabalho que impediam a investigação de rotina, as barreiras incluíam o fato de as parteiras não se sentirem apoiadas e não estarem preparadas para a investigação de rotina sobre VPI no período pré-natal, constrangimentos organizacionais e acordos de marcação de consultas clínicas.

<p>(A35)</p> <p>Okoro, Whitson, 2017</p>	<p>- Estudo qualitativo; - Entrevistas individuais estruturadas, autoadministração de um questionário e grupo focal; - Análise temática.</p>	<p>Estados Unidos</p>	<p>Obter uma visão sobre as estratégias que limitarão a disseminação da infecção pelo HIV e melhorarão o atendimento ao HIV entre os imigrantes AB</p>	<p>Serviços e organização prestadora de serviços de HIV, Organização de Base Comunitária (CBO), agência para imigrantes africanos.</p>	<p>30 profissionais de saúde, prestadores de serviços e defensores da comunidade, também eram membros da comunidade imigrante (médicos, enfermeiros, testadores comunitários de HIV, gerentes de caso, assistentes sociais, defensores da comunidade, especialistas em habitação, especialistas em prevenção e trabalhadores de divulgação).</p>	<p>Os resultados sugerem os seguintes fatores socioculturais específicos de gênero que impulsionam a transmissão do HIV e constituem barreiras ao tratamento do HIV para mulheres AB: violência doméstica/por parceiro íntimo, estigma tendencioso de gênero, discriminação, crenças culturais e valores/expectativas normativas, sexo desprotegido com maridos que fazem sexo com outros homens, discordância de gênero nos cuidados de saúde (preferência por provedor feminino) e analfabetismo em saúde sexual/reprodutiva</p>
<p>(A36)</p> <p>Peláez, Hendricks, Merry, Gagnon, 2017</p>	<p>- Estudo qualitativo de caso múltiplo com delineamento das teorias pós-coloniais; - Entrevistas individuais semiestruturadas; - Análise temática comparativa e cruzada (análise de casos cruzados), sob a luz do quadro conceitual pós-colonial.</p>	<p>Canadá</p>	<p>Explorar suas perspectivas de desafios que as mulheres migrantes recém-chegadas de países não ocidentais enfrentam quando necessitando de cuidados de maternidade</p>	<p>04 hospitais de ensino de Montreal</p>	<p>63 profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais e terapeutas; 90% eram do sexo feminino; e 17% eram eles próprios migrantes de países não ocidentais)</p>	<p>De acordo com os participantes, as mulheres migrantes recém-chegadas enfrentam desafios em dois níveis: (a) cuidados diretos (por exemplo, entender as expectativas dos profissionais de saúde canadenses, comunicar-se efetivamente com os profissionais de saúde), e (b) organizacional (por exemplo, acesso a cuidados de saúde adequados). Os desafios que as mulheres enfrentam são fortemente influenciados pelo passado das mulheres migrantes, bem como pela posição social (por exemplo, educação geral, literacia em saúde, integração sociocultural) e pela forma como os profissionais de saúde equilibram as necessidades das mulheres com a exigência percebida de aderir aos procedimentos e regulamentos padrão</p>
<p>(A37)</p> <p>Simon-Kumar, Kurian, Young-Silcock,</p>	<p>- Estudo qualitativo com delineamento na epistemologia interpretativa feminista e de base comunitária, de</p>	<p>Nova Zelândia</p>	<p>Explorar a natureza das intervenções culturalmente informadas usadas pelos trabalhadores da linha de frente.</p>	<p>Profissionais atuantes nas comunidades de minorias étnicas e de origens migrantes.</p>	<p>09 profissionais (assistentes sociais, conselheiros e agentes de desenvolvimento comunitário que trabalhavam com comunidades de</p>	<p>O artigo identifica duas vertentes centrais: (a) o prole distintivo da violência étnica e (b) as estratégias que mobilizam a cultura em intervenções antiviolência. Especificamente dentro da primeira vertente, verificou-se que a violência na comunidade étnica era distinta pelas seguintes razões: o elevado sentimento de estigma</p>

Narasimhan, 2017	natureza exploratória; - Entrevistas individuais em profundidade e grupo focal; - Análise temática.				migrantes e refugiados, e policiais localizados dentro de unidades especializadas em violência familiar.	em torno da divulgação e o conseqüente silêncio das mulheres que dele sofrem; a falta de confiança na autoridade; e o medo de que os planos de segurança convencionais exijam mais tempo períodos de tempo para a construção de rapport. Entre as estratégias que mobilizam cultura, o estudo descobriu que os praticantes usavam uma abordagem familiar; homens engajados em suas intervenções, às vezes reforçando papéis de gênero; micro-intervenções utilizadas; e implantou tropos culturais, especialmente em torno da espiritualidade, como estratégia
(A38) Milani, Leschied, Rodger, 2018	- Estudo qualitativo com desenho fenomenológico e perspectiva interseccional; - Entrevistas individuais semiestruturadas; - Análise de conteúdo.	Canadá	Extraír das informações oferecidas pelos prestadores de serviços da linha da frente nos contextos das agências de violência doméstica sobre as experiências de violência por parceiro íntimo das mulheres muçulmanas e as formas como essas experiências moldam a utilização dos serviços prestados pelas mulheres em resposta à violência	Um abrigo para mulheres e uma organização de serviço orientada para muçulmanos em um setor de agência de serviço social de base urbana	08 prestadores de serviços da linha de frente (diretor de programa clínico, trabalhador de assistência/saúde mental, conselheiro de extensão, conselheiro residencial do abrigo e assistente social)	Foram identificados cinco temas: (1) Imigração; (2) Cultura Coletivista e Autoritária e; (3) Patriarquia; (4) Honra e Vergonha; e (5) Fé. O status de imigração de uma mulher é uma questão-chave que molda sua experiência de VPI é complicada por fatores de estresse da imigração, tais como as capacidades linguísticas, a familiaridade com o sistema social e cultural, o estatuto de cidadania, as experiências transculturais e a integração social; a luz da cultura coletivista, a resposta de uma mulher à violência do parceiro íntimo é moldada por suas expectativas coletivas em relação a ela como membro do coletivo; os participantes convergiram para o fato de que a VPI está enraizada no patriarcado e na desigualdade de gênero, onde o poder masculino é encorajado e transmitido através das gerações; os temas de honra, vergonha e cultura coletivista estão consideravelmente entrelaçados nos dados; as inferências extraídas da religião podem ser usadas para que os homens justifiquem o abuso e para que as mulheres aceitem a violência através de interpretações patriarcais do Alcorão e de várias lentes culturais; os participantes concordaram que a comunidade muçulmana é muito mergulhada e os ensinamentos religiosos e as práticas culturais não são devidamente distinguidos

<p>(A39)</p> <p>Mollah, Antoniades, Lafeer, Brijnath, 2018</p>	<p>- Estudo qualitativo com delineamento transversal; - Entrevistas individuais em profundidade semiestruturadas; - Análise temática.</p>	<p>Austrália</p>	<p>Documentar a compreensão dos profissionais de saúde mental da linha de frente sobre competência cultural e identificar, a partir de sua perspectiva, o que os ajudou ou dificultou a prestar cuidados de saúde mental culturalmente competentes em sua prática diária.</p>	<p>Ambientes de saúde geral, ambientes de saúde mental não especializados, áreas rurais e metropolitanos, comunidades de refugiados e requerentes de asilo.</p>	<p>20 profissionais de saúde mental que trabalham com pacientes imigrantes (conselheiros clínicos psicólogos/psiquiatras, enfermeiros saúde dos refugiados/saúde mental, assistentes sociais e outros).</p>	<p>Houve entendimentos comuns de competência cultural, mas sua operacionalização diferiu por profissão, ambiente de saúde, localidade e anos de experiência; os psiquiatras urbanos foram mais funcionais em sua abordagem e autoritários em sua comunicação com os pacientes em comparação com a equipe de saúde aliada em ambientes de saúde mental não especializados, em áreas rurais, com menos anos de experiência. Diferentes métodos de operacionalização da competência cultural traduziram-se em formas complexas de construir concordância cultural com os pacientes, também influenciadas pela própria formação cultural e exposições culturais dos profissionais de saúde. O acesso limitado aos intérpretes e a apatia organizacional continuam a ser barreiras à promoção da competência cultural, ao passo que o apoio organizacional, a motivação pessoal e a resiliência profissional continuam a ser facilitadores críticos para a sustentação e competência cultural na prática cotidiana.</p>
<p>(A40)</p> <p>Sabri, Nnawulezi, Njie-Carr, Messing, Ward-Lasher, Alvarez, Campbell, 2018</p>	<p>- Estudo qualitativo; - Entrevistas semiestruturadas individuais e grupos focais; - Análise dos dados pela perspectiva construtivista e um processo híbrido de análise temática teórica, dedutiva e indutiva.</p>	<p>Estados Unidos</p>	<p>Identificar as percepções de sobreviventes e profissionais de (a) risco comum e culturalmente específico e fatores de proteção para VPI e HPI para mulheres imigrantes e refugiadas e (b) áreas de intervenções de planejamento de segurança para sobreviventes que estão em risco de violência grave ou</p>	<p>Agências (ou seja, serviços sociais, serviços de saúde) em Massachusetts, Nova York, Arizona, Virgínia, Washington DC, Minnesota e Califórnia que trabalham com indivíduos com TMI</p>	<p>62 profissionais que serviram sobreviventes de TMI de VPI foram elegíveis e consentiram em ser entrevistados.</p>	<p>Os resultados revelaram fatores de risco e proteção multinível para VPI/HPI encontrados no nível social (por exemplo, normas culturais patriarcais), nível de relacionamento (por exemplo, comportamentos abusivos de parceiros) e nível individual (por exemplo, características da mulher, aculturação nos EUA), normas culturais patriarcais e a normalização da VPI, doutrina religiosa e fé, leis e regulamentos nos Estados Unidos, fatores comuns a nível comunitário (fontes informais e formais de apoio), fatores comuns no nível de relacionamento (comportamentos e características abusivas do parceiro, papel da família e das crianças); Fatores comuns no nível individual (características da mulher), conhecimento e acesso a recursos, fontes internas de força, sobreviventes uso de Estratégias de Segurança</p>

			letal por um parceiro íntimo			
(A41) Wells, Lawsin, Hunt, Youssef, Abujado, Steel, 2018	- Estudo qualitativo com delineamento no Modelo Ecológico Transacional; - Uma abordagem de teoria fundamentada nos dados foi usada para desenvolver um modelo de conceitos-chave locais de angústia; - Entrevistas individuais semiestruturadas interativas; - Para análise dos dados os temas emergentes foram comparados com o modelo ecológico.	Jordânia	Avançar um modelo ecológico que examine as relações recíprocas entre o funcionamento psicológico individual e os fatores ambientais pré, durante e pós-deslocamento.	Organizações psicossociais que apoiam a comunidade de refugiados sírios	29 assistentes psicossociais sírios e jordanianos que apoiam a comunidade de refugiados sírios na Jordânia	A aplicação do conceito ecológico de construção de nicho demonstrou como as funções adaptativas de um conceito culturalmente significativo de dignidade (karama) são moderadas por gênero e deslocamento. Este conceito transacional trouxe à luz as capacidades adaptativas de muitas mulheres sírias, ao mesmo tempo em que destacou as maneiras pelas quais o estigma pode restringir as oportunidades sancionadas culturalmente para outras, em particular para os homens. Examinando as respostas a eventos potencialmente traumáticos em os níveis de indivíduo, família/pares, sociedade e cultura, respostas adaptativas à mudança ambiental podem ser incluídos na formulação do sofrimento. Os cinco pilares ADAPT mostraram congruência com as necessidades psicossociais relatadas na comunidade
(A42) Abji, Korteweg, Williams, 2019	- Estudo qualitativo com abordagem feminista e a teoria da Pós-Colonialidade; - Entrevistas individuais em profundidade abertas; - Análise temática indutiva.	Canadá	Investigar as estratégias para abordar a violência contra as mulheres em contextos contemporâneos de super diversidade e de ascensão da direita global.	Setores de violência contra as mulheres, agências de serviço social, comunidades do sul da Ásia da grande área de Toronto.	15 profissionais que trabalham no setor de violência contra as mulheres	A cultura desempenhou um papel crítico: a conversa cultural ou as utilizações políticas da cultura que se expandem para produzir desigualdade social moldaram o trabalho tanto dos defensores dos prestadores de serviços sociais como dos políticos, com os prestadores de serviços e os políticos de centro/esquerda a resistirem e os políticos de direita a abraçarem os usos racializantes da cultura. Ao mesmo tempo, os prestadores de serviços, em particular, esforçaram-se por apresentar pedidos de recursos em relação aos casos em que necessitavam de apoio orientado, mas em que os pedidos de apoio específico pareciam muitas vezes reforçar o discurso cultural.

<p>(A43)</p> <p>Origlia Ikhilor, Hasenberg, Kurth, Asefaw, Pehlke-Milde, Cignacco, 2019</p>	<p>- Estudo qualitativo exploratório; - Entrevistas semiestruturadas, e grupos focais; - Análise temática.</p>	<p>Suíça</p>	<p>Descrever as barreiras de comunicação enfrentadas pelas mulheres migrantes alofônicas na prestação de cuidados de maternidade a partir das perspectivas das mulheres migrantes, dos profissionais de saúde e dos intérpretes interculturais</p>	<p>Serviços de maternidade, frequentados por mulheres migrantes alofônicas.</p>	<p>22 profissionais de saúde (parteiras, enfermeiras, obstetras, pediatras, conselheiros de maternidade) e 04 intérpretes interculturais.</p>	<p>A análise revelou três temas principais: o desafio de compreender o mundo uns dos outros, as falhas de comunicação e os serviços de saúde impostos. Sem interpretação, a comunicação foi reduzida ao mínimo e, portanto, insuficiente para informar adequadamente as mulheres sobre o tratamento e abordar suas expectativas e necessidades. Em primeiro lugar, a dimensão "circunstâncias e sistema de saúde" descreve como a comunicação é afetada pelas circunstâncias pessoais das mulheres e pela organização do sistema de saúde. Em segundo lugar, "relações e interações" engloba questões de comunicação entre todos os participantes. Por fim, "adaptação dos serviços de saúde", que descreve em que medida, dada a qualidade da comunicação, as necessidades das mulheres correspondiam aos cuidados de saúde prestados</p>
<p>(A44)</p> <p>Wachter, Dalpe, Heffron, 2019</p>	<p>- Estudo qualitativo; - Entrevistas em profundidade e grupos focais; -Análise temática.</p>	<p>Estados Unidos</p>	<p>Examinar as conceitualizações das necessidades expressas pelas mulheres que se reassentaram nos Estados Unidos. A pergunta de pesquisa a seguir orientou a análise: Quais serviços e apoio as mulheres que sofreram VPI precisam e desejam, antes e depois de se reassentarem nos Estados Unidos, e como essas descobertas informam abordagens como práticas culturalmente</p>	<p>Agência de reassentamento, serviços sociais, organizações que atendem refugiados, imigrantes ou sobreviventes de VPI.</p>	<p>53 prestadores de serviços sociais (áreas de serviço social, saúde, jurídica e política).</p>	<p>Identificaram quatro temas: (1) convivendo com consequências duradouras da VPI, (2) "Eu só quero que eles para me ajudar", (3) "Preciso que você fale com meu marido" e (4) "Como vou pagar o aluguel?" Os resultados do estudo apontam para preocupações estruturais mais amplas que moldam as experiências de reassentamento das mulheres, bem como áreas de incongruência entre as conceitualizações das necessidades das mulheres e as abordagens práticas estabelecidas. Implicações para a prática culturalmente competente e centrada no sobrevivente são discutidas. Os resultados também levantam questões sobre onde está o ônus de responder a concepções diferenciadas de necessidades, como as identificadas neste estudo. A análise destaca as necessidades formidáveis de serviços e apoio relacionados à VPI das mulheres que se reassentaram nos Estados Unidos, a pobreza e a marginalização social e as disparidades entre os refugiados são fatores que podem complicar as</p>

			competentes e centradas no sobrevivente?			experiências das mulheres que estão se reassentando nos Estados Unidos.
(A 45) Binder, Denkinger, Rometsch-Ogioun El Sount C, Windthorst, Engelhardt, Ringwald, et al., 2020	- Estudo de delineamento transversal com método misto. Qualitativo exploratório; - Grupos focais entrevistas individuais, incluindo entrevistas por telefone; - Análise de Conteúdo, e triangulação de dados.	Alemanha	Identificar os fatores que atenuam a carga psicológica e o sofrimento vivenciados por assistentes sociais que trabalham com refugiados traumatizados, incluindo a identidade aquisição de recursos potenciais e de fatores úteis neste ambiente de trabalho profissional específico	Programas de admissão humanitária: o Programa de Admissão Humanitária de Baden-Wrttemberg (HAP)	96 assistentes sociais que trabalham com refugiados traumatizados (e que concluíram o inquérito)	Altos escores foram encontrados para todas as subescalas do PSQ. O fator angustiante mais avaliado foi a necessidade de intérpretes para se comunicar (M=5,1, DP=1,71), o fator útil avaliado como o mais alto foi a habilidade de comunicação (M=6,35, DP=0,73). No QCA, aspectos de fatores angustiantes e úteis foram identificados e mais detalhados, a carga psicológica dos assistentes sociais que trabalham com refugiados parece ser elevada, o impacto de fatores angustiantes, tais como o trabalho com intérpretes e a exposição a conteúdos de trauma ou a sintomas de TEPT pode ser reduzido pela educação e supervisão específicas
(A46) Kohrt, Murray, Salinas, 2020	- Desenho qualitativo; - Grupo focal; - Análise de conteúdo	Peru	(1) compreender o novo sistema de CMHC, (2) identificar o tipo de trauma vivenciado pelos usuários dos serviços, (3) compreender como o trauma é definido e tratado pelos psicólogos locais e (4) identificar barreiras socioculturais ao tratamento que mitiguem o uso de certas abordagens terapêuticas.	Centros comunitários de saúde mental (cmhcs).	15 psicólogos dos cmhcs.	Os resultados revelaram que, embora se deseje uma formação culturalmente adaptada em tratamento centrado no trauma, devem ser consideradas as barreiras socioculturais para garantir a segurança física e psicológica do utilizador do serviço, bem como as barreiras dos prestadores de serviços, incluindo pacotes de tratamento curtos, infraestruturas físicas insuficientes e condições de trabalho instáveis. Os psicólogos relataram, também, querer aprender técnicas específicas para o tratamento de trauma e sintomatologia relacionada. Técnicas específicas para trabalhar com crianças, mulheres em situação de violência e com funcionários residenciais, a neurobiologia do trauma, motivar clientes e ajudar na reintegração na sociedade foram mencionadas como principais alvos de treinamento
(A47)	- Pesquisa qualitativa;	Uganda	Investigou as respostas dos serviços de saúde e justiça às	Seus locais de trabalho sendo os assentamentos de refugiados de	37 prestadores de serviços de saúde e justiça, organizações	A análise temática indicou cinco temas principais oriundos das entrevistas. Estes incluíram: a natureza das experiências de refugiados de VSG e

Liebling, Barrett, Artz, 2020	- Entrevistas individuais e grupo focal - Análise temática.		necessidades dos refugiados sul-sudaneses que vivem em assentamentos de refugiados no norte de Uganda que foram submetidos à violência sexual e de gênero (VSG) e tortura, e também, as experiências dos prestadores de serviços de saúde e justiça aos refugiados	Adjumani e Bidi Bidi, bem como em Kampala.	internacionais, governamentais, organizações sociedade civil	não e da	tortura, incluindo violência doméstica, conflito familiares, rapto de crianças e casamento forçado; questões associadas à prestação de serviços, como a falta de rastreio adequado e a falta de recursos dos serviços de saúde e de justiça; falta de sensibilidade ao gênero e de serviços especializados, em especial para os homens; o envolvimento sustentado das organizações da sociedade civil e das organizações não governamentais locais na prestação de aconselhamento e apoio emocional e esperança aos sobreviventes; e no reforço das respostas e serviços de saúde e justiça para melhorar a recuperação, a dignidade e a resiliência dos refugiados
(A48) Milaney, Tremblay, Bristowe, Ramage, 2020	- Pesquisa qualitativa usando a Teoria Social Crítica (TSC) como lente metodológica, um desenho engajado com a comunidade, fundamentado em uma análise crítica de gênero e status de imigração; - Entrevistas individuais e em grupo; - Análise temática dos dados.	Canadá	Os objetivos deste estudo foram três: examinar as experiências de falta de moradia das mães recém-chegadas para identificar desequilíbrios e lacunas estruturais; compreender como as barreiras estruturais influenciam a violência e o trauma; e, finalmente, recomendar mudanças tanto na política quanto na prestação de serviços para abordar essas questões estruturais	Abrigos de emergência familiar, abrigos de segundo estágio e abrigos de violência doméstica, organizações comunitárias de desabrigados, habitação e imigrantes setores como um Comitê Consultivo Comunitário (CAC)	16 prestadores de serviços que trabalham em vários setores		Temas principais emergiram: caminhos de gênero e racializados para a falta de moradia; falhas no sistema e trauma pré e pós-migração, questões jurisdicionais, estado. Este estudo revelou barreiras estruturais enraizadas na preocupação com o sucesso econômico que negam e exacerbam os efeitos da violência e da falta de moradia
(A49) Oscarsson, Stevenson-Ågren, 2020	- Pesquisa qualitativa de estudo exploratório; - Entrevistas;	Suécia	Descrever as experiências de parteiras suecas no cuidado de mulheres	Clínicas pré-natais que estavam em cidades e áreas rurais	16 parteiras que atuam na maternidade		Emergiram três categorias principais: 1) Ser capaz de transmitir e receber informações. A comunicação foi influenciada pelo nível educacional das mulheres e experiências anteriores. A competência do intérprete era de

	- Análise de conteúdo.		imigrantes em clínicas de pré-natal			grande importância, mas também se a parteira fosse capaz de criar uma relação de confiança com a mulher. 2) Experimente outras culturas. Os deveres e responsabilidades da parteira diferiam das expectativas da mulher em relação à visita. A família da mulher era de grande importância e influência. 3) Papel e situação de trabalho da parteira. As condições de trabalho das parteiras foram desafiadas e elas desenvolveram estratégias para lidar com isso; no entanto, elas desejavam apoio e tempo para reflexão e processamento
(A50) Rodella Sapia, Wangmo, Dagron, Elger, 2020	- Metodologia qualitativa, exploratória; - Grupos focais e entrevistas; - Análise de framework.	Suíça	Analisar o contexto que os requerentes de asilo, que são vítimas de violência baseada em gênero (VBG), enfrentam ao procurar ajuda profissional na Suíça	Cantão fronteiriço da Suíça, um dos principais pontos de entrada para requerentes de asilo	No total, 16 partes interessadas que trabalham com requerentes de asilo, oferecendo cuidados e serviços. Distinguiram dois níveis de profissionais entre os que participaram do estudo: (1) Nível institucional: Escritórios governamentais, ONGs com mandatos governamentais e universidades; (2) nível de saúde: médicos, enfermeiros, cuidadores de primeiro contato e intérpretes interculturais	Os participantes do estudo observaram a falta de confiança das vítimas de VBG nos sistemas legais e de saúde como grandes barreiras à divulgação da VBG. Uma vez que apenas a VBG exercida antes de fugir do país de origem dá direito a asilo, eles ressaltaram que as vítimas não divulgam a VBG que ocorreu depois que elas saíram do seu país de origem. A linguagem foi identificada como uma barreira para a divulgação da VBG, bem como para o acesso à saúde. A continuidade dos cuidados no momento da transferência de acomodações federais para cantonais (ou seja, estaduais) é outra questão que foi considerada crítica. Os participantes do estudo sentiram que os profissionais de saúde devem ser treinados para identificar as vítimas de VBG. O cuidador de primeiro contato disponível para essas vítimas foi considerado o profissional mais competente que poderia atuar como coordenador de VBG
(A51) Gray, Foster, Revilla, Pantoja Manzanarez, Medina,	- Estudo qualitativo descritivo; - Entrevistas semiestruturadas individuais em profundidade; - Análise de conteúdo.	Chile	Examinar as experiências das parteiras no rastreamento da VPI e suas percepções sobre o que impede as mulheres sob seus cuidados de revelar	Dois clínicas de atenção primária à saúde em Recoleta, uma comuna ao norte de Santiago, Chile	06 parteiras que atuam em unidades básicas de saúde selecionadas das clínicas	Os resultados mostram em temas: o conhecimento das parteiras sobre VPI, quando questionadas sobre a discussão da VPI com os pacientes, as parteiras expressaram que o sistema de saúde chileno está mais focado nas formas físicas e psicológicas de violência; barreiras ao rastreamento de rotina, as parteiras expressaram falta de tempo suficiente para discutir a VPI com os pacientes e rastreá-los durante as consultas, outra barreira era

Rizzieri, Binfa, 2020			uma história de violência			a dupla complexidade da língua e da cultura, as parteiras desejavam um melhor treinamento para gerenciar essa diferença cultural e o sexismo ambivalente, para que se sentissem mais equipadas para atender seus pacientes; a abordagem do provedor é tão importante quanto a ferramenta de triagem, as parteiras acreditavam num equilíbrio na aplicação de um instrumento de rastreio, ao mesmo tempo que o faziam de forma sensível e culturalmente competente, de acordo com as circunstâncias individuais; recursos que poderiam melhorar a triagem de VPI, as parteiras desejavam mais recursos para suas pacientes na linguagem que as pacientes entendem: informações sobre o que esperar durante a gravidez, como uma paciente deve cuidar de si mesma durante a gravidez, comportamentos dos parceiros que poderiam aumentar seu risco de desfechos adversos relacionados à VPI e onde eles podem ir para receber apoio se experimentarem VPI; de imediato, afirmaram que era necessário mais tradutores para os doentes haitianos, porque, no final do dia, o doente e o prestador precisavam de ser capazes de comunicar
(A52) Milani, Leschied, 2020	- Métodos qualitativos de pesquisa, desenho fenomenológico; - Entrevistas semiestruturadas; - Análise qualitativa de conteúdo.	Canadá	Explorar como os prestadores de serviços da linha de frente que trabalham diretamente com sobreviventes avaliam os serviços oferecidos e utilizados pelas mulheres muçulmanas	Agências antiviolaência (um abrigo convencional e uma organização de serviços de orientação muçulmana em um setor de agência de serviços sociais de base urbana)	08 prestadores de serviços da linha de frente, os prestadores de serviços no abrigo para mulheres forneciam: resposta a crises, uma linha de ajuda 24 horas, abrigo de emergência, habitação de segundo estágio, defesa do tribunal de família e aconselhamento para sobreviventes	Os achados foram agrupados em duas seções: (1) serviços atuais e sugeridos: colaboração e parceria, resposta coletivista e apoio comunitário, práticas e educação culturalmente informadas, prevenção e identificação precoce, desenvolvimento de um abrigo muçulmano. (2) barreiras de serviço: marginalização, percepção das mulheres sobre os serviços, variedade e flexibilidade do serviço. O tópico de Serviços Atuais refletiu os serviços existentes prestados pelos prestadores de serviços em suas respectivas organizações e as estratégias e recomendações preferidas para a melhoria dos serviços. Um segundo tópico centrou-se nas Barreiras à Utilização de Serviços que estão relacionadas com as lacunas de serviço percebidas

						dadas as necessidades especiais das mulheres muçulmanas. Os participantes do abrigo convencional e do centro muçulmano reconheceram a necessidade de uma resposta multiagências à VPI e de uma estreita colaboração entre as organizações envolvidas. Os participantes refletiram que o abrigo principal recebe assistência do Centro Muçulmano para responder às necessidades de suas mulheres muçulmanas a pedido de uma mulher. Ao mesmo tempo, o Centro Muçulmano colabora com as principais organizações, conduz a coordenação de casos e facilita reuniões em conjunto com todos os representantes das organizações envolvidas, a fim de assimilar as variadas perspectivas que asseguram a segurança da mulher
(A53) Roberts, Abera, Basualdo, Kerani, Mohamed, Schwartz, et al., 2021	- Estudo descritivo e qualitativo; - Entrevistas; - Análise temática descritiva de acordo com o modelo socioecológico.	Estados Unidos	Descrever as barreiras e possíveis soluções para aumentar o engajamento em cuidados de saúde preventivos entre as comunidades de imigrantes africanos em King County, WA	Eventos de promoção da saúde voltados para indivíduos nascidos na África, realizados em locais comunitários na área metropolitana de Seattle	16 participantes de eventos de saúde, profissionais médicos e líderes comunitários. Onze entrevistas foram realizadas com profissionais médicos ou líderes comunitários e cinco foram realizadas com participantes do evento.	No domínio individual, os participantes do KII identificaram a falta de conhecimento e consciência dos benefícios preventivos para a saúde como barreiras para o envolvimento no cuidado. No domínio interpessoal, as diferenças linguísticas e culturais frequentemente complicam as relações com os prestadores de cuidados de saúde. Nos domínios social e político, os custos de saúde, a falta de seguro e o racismo estrutural também foram relatados como grandes barreiras. Os participantes identificaram o alcance da comunidade com provedores culturalmente competentes e respeitosos como elementos chave de intervenções para melhorar a aceitação
(A54) Block, Hourani, Sullivan, Vaughan, 2021	- Estudo qualitativo com uma abordagem socioecológica interseccional; - Entrevistas individuais em profundidade; - Análise temática.	Austrália	Explora os desafios enfrentados pelos prestadores de serviços australianos no apoio aos refugiados que experimentaram a violência sexual e de gênero (VSG)	Organizações australianas que prestam uma série de serviços a refugiados, apoio especializado a refugiados (ou migrantes e refugiados), organizações, ongs,	22 profissionais que trabalham em organizações australianas que prestam uma série de serviços a refugiados que experimentaram VSG (prestação de assentamento, saúde, desenvolvimento	Resultados: influências sociais, comunitárias, organizacionais e individuais na prestação de serviços para a VSG. Existem fatores sociais e estruturais que prejudicam os esforços dos prestadores de serviços para apoiar os sobreviventes: condições socioeconômicas pós-migração, sistemas jurídicos complexos e respostas que provocam medo e exacerbam a falta de compreensão. Também, os fatores de nível

				serviços de saúde ou serviços de violência	comunitário, caso gestão e serviços de prevenção e resposta à violência)	comunitário que afetam a prestação de serviços de VSG: vergonha, estigma e julgamento da comunidade. Os fatores organizacionais que afetam a capacidade do prestador de serviços de apoiar sobreviventes: financiamento insuficiente e a curto prazo, muitos dos entrevistados discutiram a importância da colaboração entre as organizações para melhorar a experiência dos sobreviventes e fornecer apoio mais holístico, os sucessos e desafios usando a divulgação e a consulta de comunidade para desenvolver relacionamentos e confiança, bem como programas adaptados às crenças da comunidade, normas e necessidades, também, fornecer caminhos diversificados e não relacionados à violência para a divulgação de VSG, emprego de trabalhadores bilíngues e biculturais qualificados e apoiados. Os fatores individuais que desafiam as respostas dos prestadores de serviços: diversidade de sobreviventes de VSG e suas experiências, a flexibilidade na prestação de serviços foi defendida para responder à complexidade das circunstâncias e necessidades dos sobreviventes
(A55) Messing, Wachter, AbiNader, Ward- Lasher, Njie-Carr, Sabri, et al., 2022	- Pesquisa qualitativa; - Grupos focais - Análise temática indutiva.	Estados Unidos	Com o objetivo de desenvolver orientações adicionais sobre o uso da avaliação de risco, foi realizado um estudo qualitativo para examinar abordagens para avaliação de risco usadas pelos provedores com experiência trabalhando com sobreviventes imigrantes e refugiados	Agências que prestam cuidados de saúde, serviços jurídicos e sociais a imigrantes e refugiados, em áreas urbanas em sete estados: Arizona, Califórnia, Maryland, Massachusetts, Minnesota, Nova York e Wisconsin	57 profissionais, dentre eles: defensores, prestadores de cuidados de saúde, trabalhadores sociais, terapeutas ou advogados, outros desempenhavam funções de gestão ou trabalharam com imigrantes e refugiados (por exemplo, intérprete de línguas, pastor, bibliotecário, professor)	Os resultados destacam cinco temas relacionados com as experiências dos prestadores e as abordagens para a avaliação de riscos com os sobreviventes de ipvs imigrantes e refugiados: (1) construir relações, (2) uma abordagem conversacional, (3) encontrar as palavras certas, (4) avaliação de risco como educação e intervenção e (5) avaliação do risco quando as forças obrigam as mulheres a permanecer. Os participantes destacaram usando uma abordagem baseada em conversa; palavras cuidadosamente escolhidas; e perguntas abertas, indiretas e de sondagem para ajudar os clientes a se sentirem à vontade e gerar informações sobre o risco. Além disso, os profissionais enfatizaram a importância de realizar a avaliação de riscos e a educação do

						cliente em conjunto com o planejamento de segurança e serviço. A avaliação de riscos e o planejamento de segurança foram descritos pelos participantes como andando de mãos dadas
(A56) Min, Wong, Akinsulure-Smith, 2022	- Pesquisa qualitativa e exploratória; - Entrevistas abertas e em profundidade; - Os dados foram analisados por meio da teoria fundamentada nos dados	Estados Unidos	Explorar as crenças e atitudes dos prestadores de serviços em relação ao corte genital feminino (FGC)	Agências que atendem mulheres e meninas de comunidades da África Subsaariana na área de Nova York, com profissionais de saúde que possuem experiência na prestação de serviços em FGC	31 profissionais que prestaram serviços a mulheres com experiência em FGC na cidade de Nova York (8 psicólogos, 8 assistentes sociais, 5 gerentes de caso/outros, 3 psiquiatras, 3 enfermeiras/parteiras, 2 obstetras/ginecologistas e 2 médicos/assistentes médicos)	Os resultados indicaram que, embora a maioria dos entrevistados tenha enfatizado a manutenção de uma atitude de não julgamento e mente aberta em relação às experiências dos clientes, alguns se concentraram apenas nos aspectos negativos do FGC. Além disso, foram identificados esforços multifacetados dos provedores para compreender os significados culturais do FGC e resolver sua própria dissonância cultural. As implicações para a prática foram discutidas. Como resultado da exploração das crenças e atitudes dos provedores em relação ao FGC no que diz respeito à experiência de seus clientes, a si mesmos e à sociedade em geral, os resultados desta análise destacam os entendimentos dos provedores sobre o FGC; suas abordagens no trabalho com clientes que passaram pelo FGC e os desafios que encontraram nesse processo; e seus esforços para dar sentido à prática, que muitas vezes ocorreram em contextos culturais diferentes de suas próprias origens. Em relação ao nível de conforto dos participantes em relação ao FGC, a maioria dos prestadores de serviços (n = 22, 73,3%) indicou que se sentia um pouco à vontade para abordar o FGC com seus clientes. Por outro lado, alguns provedores (n = 6, 20%) implicaram um nível de desconforto em relação ao FGC com seus clientes. Esses provedores relataram sentir-se "mal equipados" ou "inseguros sobre o que perguntar". Houve também alguns provedores que expressaram ambivalência. Por exemplo, um participante afirmou sentir-se "de duas maneiras": sentir-se confortável de uma "perspectiva de processo" ao pedir ao cliente que recontasse a experiência, perguntas, preocupações ou impacto

						percebido do FGC do cliente, mas não se sentir confortável em abordar detalhes desconhecidos, como os aspectos culturais ou "nuances sobre os diferentes tipos" de FGC ou as razões por trás do FGC. Na autoavaliação de seu conhecimento sobre o FGC, menos da metade dos prestadores de serviços (n=13; 44,8%) afirmaram ter conhecimento suficiente sobre as razões culturais do FGC. Apesar disso, a maioria dos prestadores de serviços (n=20, 64,5%) relatou estar ciente de justificativas positivas para o FGC. Além disso, mais da metade dos prestadores de serviços (n=19, 65,5%) relataram ter conhecimento suficiente sobre o impacto do FGC na saúde física e mental
(A57) Murugan, Mahapatra, Rai, Rijhwani, 2022	- Pesquisa qualitativa; - Entrevistas semiestruturadas que ocorreram por telefone; - Análise de conteúdo.	Estados Unidos	Buscaram abordar e explorar sobre o trabalho dos sawos (As Organizações de Mulheres do Sul da Ásia) e os pontos de vista dos trabalhadores da SAWO sobre IPV/DV na comunidade do Sul da Ásia, o que pode ser crucial para melhorar a prestação de serviços para essa população, visto que existe uma lacuna na literatura em razão de existir poucos estudos que abordam sobre esta questão	Sawos mais antigos e estabelecidos nos EUA em 3 estados: Nova York, Nova Jersey e Connecticut	12 trabalhadores da SAWOS, (7 trabalhadores possuíam pós-graduação onde três tinham Mestrado em Serviço Social, dois tinham Mestrado em Aconselhamento Clínico em Saúde e dois tinham Mestrado em Psicologia Clínica e o restante possuíam bacharelado)	Quatro temas emergiram das entrevistas e análises: (1) barreiras para a busca de ajuda; (2) experiências de recebimento de ajuda de redes informais; (3) Experiências de trabalhadores da SAWO dando apoio aos sobreviventes; e (4) o papel da comunidade do Sul da Ásia na prevenção da VPI/DV. Os resultados deste estudo ressaltam a necessidade de uma maior colaboração entre pesquisadores e profissionais para melhor atender às necessidades da comunidade imigrante do sul da Ásia
(A58) Sabri, Lee, Saha, 2022	- Estudo qualitativo; - Entrevistas em profundidade, realizadas por telefone ou	Estados Unidos	Explorar estratégias para aumentar o recrutamento e a retenção em pesquisas com imigrantes	Organizações que atendem mulheres imigrantes vítimas de abuso e, também, por meio de organizações	17 entrevistas com informantes-chave foram realizadas com provedores que atendem mulheres imigrantes. Os	Os participantes identificaram barreiras ao recrutamento, como medo de serem julgados, falta de familiaridade com o recrutador, normalidade do abuso em algumas culturas, situação sem documentos e medo relacionado às implicações

	<p>videoconferência Zoom;</p> <p>- Análise temática indutiva sistemática com base nos princípios de uma metodologia da Grounded Theory para transformar dados brutos documentados em conceitos codificados.</p>		<p>sobreviventes de VPI a partir das perspectivas de sobreviventes e prestadores de serviços</p>	<p>parceiras em vários estados dos EUA: Nova Jersey, Illinois, Texas, Massachusetts, Virgínia, Maryland e Washington DC</p>	<p>provedores de serviços eram elegíveis se tivessem dois ou mais anos de experiência servindo imigrantes sobreviventes de VPI.</p>	<p>legais de relatar VPI. As barreiras para a retenção no estudo incluíam falta de motivação, sobrecarga de tempo relacionada à participação no estudo e tensão emocional ao relatar a experiência de abuso. Os participantes também compartilharam estratégias para facilitar o recrutamento e a retenção, como envolvimento com a comunidade, formação de parcerias com organizações de violência doméstica, usando recrutadores com antecedentes e experiências semelhantes como participantes em potencial, usando estratégias de amostragem em bola de neve, recrutando em locais frequentemente visitados por imigrantes sobreviventes, fornecendo incentivos adequados, garantindo confidencialidade, educando os sobreviventes sobre VPI e realizando checkins periódicos durante o período do estudo</p>
<p>(A59)</p> <p>Troisi, Margherit, Caffieri, 2022</p>	<p>- Pesquisa qualitativa;</p> <p>- Grupo focal;</p> <p>- Análise Fenomenológica Interpretativa (AFI) para análise dos dados</p>	<p>Itália</p>	<p>Investigar significados da experiência dos operadores que lidam com mulheres migrantes no sul da Itália</p>	<p>Organizações do sul da Itália que trabalham com refugiados e requerentes de asilo: SPRAR, CAS, organizações sem fins lucrativos. Buscaram instituições que atuassem na recepção primária de refugiados e solicitantes de asilo e 9 instituições aceitaram participar da pesquisa</p>	<p>30 operadores (28 mulheres e 2 homens) com diferentes funções profissionais (metade dos participantes eram assistentes sociais/de saúde, 8 psicólogos, 6 coordenadores e 1 sociólogo).</p>	<p>A análise levou ao desenvolvimento de três temas superordenados que incluem os principais temas emergentes. Como primeiro tema, (1)A invisibilidade da violência: as meninas desaparecem: o surgimento do aqui e agora: o tráfico sexual; nenhum lugar de escuta para a violência do passado. No segundo tema, (2) Que feminilidade no encontro entre as mulheres?: a Babel das línguas e culturas; a alternativa à maman; a imitação da mulher ocidental. No seguinte, tema (3) Somos tão vulneráveis: não há ferramentas para lidar com essa violência: o peso do desamparo; a carga emocional irrefletida; solidão e violência institucional; a importância da mediação: a função do terceiro. O estudo mostra que os operadores se envolvem muito no seu trabalho com mulheres migrantes forçadas e destaca algumas dificuldades específicas que vieram à tona. Em primeiro lugar, a falta de ferramentas para lidar com o conteúdo cultural da cultura de origem das mulheres e para lidar com traumas relacionados à violência de gênero, que</p>

						assume o valor do trauma social. Outro assunto, que parece muito relevante para os operadores, são as diferenças culturais em relação às questões de gênero. As operadoras relatam que as mulheres têm dificuldade em compartilhar espaços e experiências com outras mulheres que, apesar de terem o mesmo status legal, vêm de diferentes origens culturais
--	--	--	--	--	--	--

APÊNDICE H – DESCOBERTAS E ILUSTRAÇÕES DOS ESTUDOS INCLUÍDOS

Appendix X: List of Study Findings with Illustrations

Study: Cave AM 1995	
Finding	Confiança, isolamento (U)
Illustration	Understand immigrants are isolated but see themselves as isolated from them also (p. 1688)
Finding	Tempo, eficiência, finanças (U)
Illustration	Pressure to maintain patient flow simultaneously with quality of care (p. 1688)
Finding	Esforços, conscientização, soluções possíveis (C)
Illustration	See need for a generic approach in providing culturally sensitive and appropriate care for immigrant patients (p. 1688)
Finding	Trabalho em equipe (U)
Illustration	Think stress would be reduced and quality of care improved by multidisciplinary approach (p. 1688)
Finding	Presunções negativas, estereótipos (U)
Illustration	Tend to see patients as "norms" who behave in expected ways rather than as individuals of a given background with their own stories (p. 1688)
Finding	Expectativas dos médicos (U)
Illustration	Patients should expect advice, share information, and comply with management (p. 1688)
Finding	Compreensão, linguagem e comunicação (U)
Illustration	Worry about breaches of confidentiality and communication breakdown (p. 1688)
Finding	Conformidade (C)
Illustration	Goal of therapy is to provide better health and well-being (p. 1688)
Study: Downs KB 1997	
Finding	Acesso ao sistema de saúde (U)
Illustration	During the first meeting, the cultural barrier appears to be the most difficult to overcome. The provider has very little knowledge about the Cambodian way of life. Without solid information on which to base assessments, interpretations may be skewed by one's own cultural understandings and biases. Moreover, it is not immediately apparent whether Sokha has assimilated and adopted American health beliefs, perspectives, and practices or retains traditional approaches. These factors may all act as barriers, despite the provider's desire to provide high-quality health care to Sokha and her family (p. 502)
Finding	Responsabilidade (U)
Illustration	This woman's life experience and the magnitude of her losses are totally outside my frame of reference. How can I take good care of her? What might I miss? I'm going to need to learn a lot more about her culture in order to provide the comprehensive primary care she deserves". While proceeding with the history-taking, the CNM carefully, but sensitively, seeks clues about Sokha's health needs (p. 502)
Finding	Desenvolver uma parceria sustentada entre o prestador de cuidados de saúde individual e o cliente (U)
Illustration	The midwife realizes that she needs to become more knowledgeable about issues that may help her to understand Sokha's history and health beliefs better, and she makes a note to run a literature search before she meets with Sokha again (p. 504)
Study: Blackford JS 2002	
Finding	Conflitos culturais na prática de enfermagem - EXPECTATIVAS FEMINISTAS DE PAPÉIS COM BASE NO GÊNERO (U)

Illustration	"usually the women are in a position of relative powerlessness compared with the men and its often hard for us to look at that and feel good about it, but who are we to say that our way is better anyway?". (p. 667)
Finding	Conflitos culturais na prática de enfermagem - EQUIDADE E NÃO IGUALDADE (U)
Illustration	"in my practice I try and treat everybody the same". (p. 669).
Finding	Conflitos culturais na prática de enfermagem - REFORÇO DO PATRIARCADO: CONTRADIÇÃO NA PRÁTICA (U)
Illustration	"... in some cases, the father has even forbidden her to come in and see the child and she has to stay home and he's allowed to come and then he gives her the messages we, in some cases, we're not even allowed to speak to her. She's only allowed to receive the information that he feels is important for her to receive". Nurses argued strongly with male members that the mother should be allowed to visit and be kept informed of their child's progress. Despite their advocacy role on behalf of these absent women, when some women were present at the bedside the same nurses rarely provided them with an official health interpreter to ensure that they were properly informed about the situation (p. 668).
Finding	Conflitos culturais na prática de enfermagem - EQUIDADE DE GÊNERO NOS CUIDADOS (U)
Illustration	"I have actually been in a situation where the father's said, Its only a girl and we don't, we can let it go' and if it was a boy it would have been a completely different thing so it's all treatment at all costs with a boy, but with a girl, nah, it's only a girl so she's almost dispensable". (p. 668).
Study: Johnson JLB 2004	
Finding	Práticas de alteridade dos profissionais de saúde - Explicações Essencializantes (U)
Illustration	To explain why South Asian women underutilize the health care system, health care providers drew on essentialized explanations that pointed to women's lack of ability to follow instructions, take responsibility for their health, be proactive in their use of services, and be "good" patients. As one nurse explained " What I would like to point out is that a South Asian woman does get the same care that every other woman gets. She does not get the care where she is health responsible. And BSE [breast self-examination], for instance, is something that you have to learn yourself; you have to do it for yourself every month and then periodically go for a mammogram. And that's how you catch an early breast cancer. They don't know how to do it, they don't do it themselves and that's why they [cancers] don't get ... caught". (p. 260).
Finding	Práticas de alteridade dos profissionais de saúde - Explicações racializantes (U)
Illustration	"Or is it the fact that providers don't know how to react to a visible minority because they speak a different language? So the problem is the provider and not the user and the two are not talking and communicating so really it's a translation issue. It's an integration into a new culture issue". (p. 264)
Finding	Práticas de alteridade dos profissionais de saúde - Explicações culturalistas (U)
Illustration	" I think our South Asian women don't have the concept of good health at all. They don't like to go and see the physicians regularly at all. They only go in crisis. To them, unless you have a problem you don't go and see your doctor at all. They do not believe in prevention at all...which is such a pity because by the time they come to the physician it is usually too late. And then they come and sort of penalize the system. The system does not work and I think it's that they don't take the responsibility" (p. 262).
Study: Latta REG 2005	
Finding	Barreiras contextuais e culturais sobre a violência que interferem na resposta dos serviços de saúde (U)
Illustration	"It's not part of our culture. They were not raised in a country where you have services in place and things like that. . . They are used to surviving on their own, finding their own ways to make things happen. . . [In the United States], you don't see too many

	Haitians going into counseling. Counseling back home is done with moms and dads and brothers and sisters and your best friends and the pastor of your church. You don't go to a mental health center to see a therapist and believe that therapist is going to be able to help you" (p. 1448).
Finding	Ausência de serviços culturalmente sensíveis (U)
Illustration	"Probably, if you have a Haitian advocate that can speak Haitian Creole that could help with the food. . . You cannot just take a woman who has just come over from Haiti and give her McDonald's for breakfast. They don't eat that stuff. . . I know women that starved themselves in the shelter". (p. 1453)
Finding	Violência doméstica e serviços relacionados que parecem ser mais competentes culturalmente (U)
Illustration	...In particular, they pointed to flexibility in service provision, the availability of staff who spoke Haitian Creole or French, and a "client-centered approach in which domestic violence agency staff provide whatever services their clients request even if those services do not immediately address the violence itself". (P. 1452).
Study: Puri S 2005	
Finding	A interpretação dos médicos americanos sobre a "sensibilidade cultural" (U)
Illustration	"No, I do not understand the culture. But is that my job?" ... I think that one problem with this whole cultural sensitivity movement is that it can make a doc feel as though he's useless because he's not Latino, or Asian, or whatever. It places you in an awkward position. You're expected to 'understand', whatever that means, but then you're also told that you never will because of your own difference in background" (p. 424).
Finding	As vozes das mulheres britânicas do sul da Ásia (U)
Illustration	'I must admit, it's pretty shocking, some of the stories I hear from our clients... Some women are just assigned to Asian physicians because they are Asian. The assumption is that Asian physicians will understand, maybe even speak their language, and help. But our clients have not experienced that very often. Sometimes, it is Asian physicians who will tell women to go back to their husbands or partners". (p. 427-428).
Finding	A experiência dos sul-asiáticos na Inglaterra (C)
Illustration	"It doesn't feel right for me to interfere in problems I don't fully understand. I've always believed that it's probably best for someone else in the family to know. They are better connected with people that can actually help the woman. It's been hard to know when I should mention something, and to whom, but usually if I don't tell a family member, I don't know what else to do. Their situations are much more complicated. I will admit that white women are easier to serve than Asian women. They lack a certain . . . cultural baggage that I just do not know how to handle". Dr Jones's comments illustrate the greatest shortcoming of cultural sensitivity: reducing a patient to his or her religious, ethnic or cultural background, and providing medical care in accordance with the limitations that physicians believe a patient's background imposes (p. 426).
Study: Thierfelder CT 2005	
Finding	Reinfibulação (U)
Illustration	"leaving the defibulated vulva open after delivery is another form of mutilating the woman". (p. 88)
Study: Johansen RE 2006	
Finding	Corte e costura na assistência ao parto (U)
Illustration	The midwife, Katrine, described her efforts and considerations during the delivery of Amina, who had been fully infibulated upon arrival at the hospital: "I tried to ask Amina whether she wanted me to reinfibulate her, in case there were any tears in her infibulation. But I didn't feel that she understood the question. It is very difficult to reinfibulate you know; it has to be stitched in two layers. Therefore, I just made episiotomies, to avoid tears in front." When asked whether she had considered that

	Amina might have wanted defibulation, Katrine replied in surprise: “No! Of course she wants to remain the way she is.” Katrine’s conviction that Amina wanted to remain infibulated and her own obligation to respect this made defibulation inconceivable to her. (p. 526)
Finding	Cesáreas (U)
Illustration	Even in cases in which infibulated women expressed extreme fear of childbirth, it seemed that health care workers tended to forget the general knowledge they had to handle such situations, as expressed by a Somali midwife: “But why did I never think of this? Somali women are often traumatized, and we have specialized training in dealing with traumatized women and fear of childbirth. I just never thought of it, that this knowledge could be applied to Somali women.” (p.535)
Finding	Assistência ao parto norueguesa e cuidados para mulheres infibuladas (U)
Illustration	“I cannot talk about that! It is a taboo for them. It is very sensitive.” A midwife in the maternity ward looked shocked when I asked if she discussed FGC with her patients: “But I couldn’t ask her about that! It would be like an insult.” “It would be like accusing her of being a criminal”. (p. 523)
Finding	Entrega de Shukri (U)
Illustration	Several aspects of Shukri’s delivery are relevant to the present analysis. A typical aspect is the way her circumcision was barely mentioned. I also had the impression that the question was asked mainly to confirm that this was a case for my study, rather than for the sake of the delivery itself. Nor were any special precautions taken because of Shukri’s previous infibulation; she was not offered pain relief, the possible need for episiotomies was not discussed, and she was not offered closer attention and support. At no stage of her labor or delivery did the midwife touch Shukri’s body, apart from her genitals. I also saw how the midwife struggled to make sense of Shukri’s apparent terror and wondered whether it should be understood as personal traumatization, cultural ideals, or relational challenges. (p. 520)
Finding	A Relação Paciente-Parteira : Cuidado e Emoção (U)
Illustration	Ahsan, a Somali midwife who was frequently asked to take care of Somali deliveries in her ward, said that she often felt these deliveries were very difficult, particularly as she sensed that Somali women tended to cling desperately to her, “making it difficult to concentrate on my midwifery duties.” That is, holding and supporting the woman were probably not what she considered her main duties as a midwife, although this may have been what some women wanted. (p. 537)
Finding	Dor no parto e seu manejo (U)
Illustration	“It is not traumatic for them. I know a lot about this. I have read many books. It is their culture! Everyone there goes through the same thing. So it is not traumatic at all!” she exclaimed with conviction. Hence, she suggested that culturally meaningful pain could not be experienced as traumatic. (p. 536)
Study: Kacen L. 2006	
Finding	Relações conjugais antes da imigração para Israel (C)
Illustration	" avoid saying “violence prevention” or “violence” to immigrants from Ethiopia. I say “misunderstanding,” “conflict.” Thank God, there are many concepts that one may use. Conflict, in the final analysis, is violence, even if we just call it a “dispute” or “disagreement.” In Ethiopian [sic], “violence” means being extreme towards others, aggressive, “a bad man.” . I use terms such as “conflict,” “disagreement,” “intercultural errors,” “transition” . (p. 1283)
Study: Kallivayalil 2007	
Finding	Conceitualização (C)
Illustration	"So when they do come here [for another presenting issue], they come with their husbands, who will fill out the forms for them, who will answer questions for them. A woman in her 5th month [of pregnancy] wanted to know the sex of her child because she’s had two previous abortions because once she finds out the sex of the child, it’s always a female. So they didn’t . . . the husband didn’t want that, he only

	wanted a boy, it didn't matter how many abortions she had to go through or whatever the case was. He only wanted a son. Because the mentality is it's somehow the wife's fault [that] they're not having a boy". (p. 119)
Finding	Intervenção (C)
Illustration	Another therapist said that cultural competence, as she saw it, was about understanding the broad contextual differences between people of different communities, as promoted by both multicultural and feminist frameworks; for example, she believed that although South Asians do not talk about sexuality as openly, she also believed that being victims of trauma and abuse led to a common experience of suffering. "After, all," she said, "Pain is pain." She also said that as a therapist, patience was required to work with people of all groups, not just South Asians. When I asked her how she negotiates the perception that therapy may be "culturally dissonant" for South Asians, she said that although she has encountered that view (often from family members of the abused woman or child), "I group all those statements about the Western model and everything under resistance. Then I work through that." She told me how in one case, family members of a child who had been sexually abused try to influence her not to take the issue as seriously by telling her that she is Indian "just like them." In other words, although she acknowledged that people have affiliations to different cultural groups, she suggested they sometimes used these popular stereotypes to avoid confronting painful familial issues. (p. 123)
Study: O'Mahony 2007	
Finding	Dificuldade de Acesso a Serviços de Saúde Mental: Compreensão Cultural da Relação Prestador de Cuidados de Saúde-Cliente (U)
Illustration	"What I have found is that [immigrant women] who end up seeking out counseling are looking for someone who speaks the language or at least has some cultural familiarity. . . . They just want someone to understand their culture and point of view". (p. 465)
Finding	Dificuldade de Acesso a Serviços de Saúde Mental: Estigma Cultural e Social (U)
Illustration	"They don't want counseling . . . it's considered a taboo . . . something is wrong with you . . . they don't want people [health care provider] to tell them what to do. They like to deal with their problems themselves . . . when you try to tell them that there may be different ways of doing things, it is not considered good in the culture. So they are very hesitant and reluctant to reach out . . . unless somebody is going through a major crisis, they won't reach out. That is something I have seen among immigrant women. Resources are offered . . . they will not reach out because of the taboo that they have placed on the condition". (p. 460)
Finding	Dificuldade de Acesso a Serviços de Saúde Mental: Não familiaridade com a biomedicina ocidental (U)
Illustration	"Many of us don't even think how our systems programs or services are delivered . . . the treatment modalities, they are all based on Western medicine; so if the medical culture you have come from is very different, you are not going to understand". (p. 462)
Finding	Dificuldade de Acesso a Serviços de Saúde Mental: A Influência das Crenças e Práticas Espirituais (U)
Illustration	It is of interest to note that most of the health care provider participants had an awareness of these culturally tied concepts such as believing in Karma or astrology among the immigrant women. As stated by Charlotte: "In the Hindu religion they are turning to astrology . . . the books . . . the next seven years are to be really difficult, so ascribing to that destiny and faith. . . . Maybe you are depressed and actively seeking ways to resolve and control your destiny . . . This is part of their traditional coping strategies. . . . Knowing it is going to be seven years of difficulty sometimes enhances their ability to know what they have to do and bring some control back or to manage it through that time". (p. 463)

Study: Lyons 2008	
Finding	Dificuldades de comunicação (U)
Illustration	The service providers felt that poor communication and language difficulties impacted greatly on their workload, as they perceived that ethnic minority women with limited or no English required much more time than others. Some participants did voice their concerns about the impact of the language barrier on ethnic minority women. ‘. . . you just wonder what is going on with them. You can’t get a rapport with them. I mean if you can’t speak their language, you know . . . you can’t establish any rapport. It is very hard to build up confidence and they just look frightened a lot of the time’. (p. 265)
Finding	Diferenças culturais (U)
Illustration	‘The culture is that they are not into epidurals, only a few of them [ethnic minority women] have epidurals. So it sounds really bad, but it is true when you have a full labour ward and you have two women, one with an epidural and the other one without the epidural, you spend more time with the woman with no epidural. The other one is happy there, smiling, talking. You have a student who is looking after her or if you haven’t anybody you have a quick look “Are you OK?” and you go back to the woman that is shouting and breathing and pushing . . .’ (p. 267)
Finding	Eles e nós - Racismo (U)
Illustration	‘Because they’re in our face all the time and they’re rude to us,. . . I’m not racist, its very frustrating . . . if they were genuine [asylum seekers] . . .’ (p. 269)
Finding	Conhecimento e utilização dos serviços (U)
Illustration	‘. . . their expectations in our health system are huge. I have seen [ethnic minority women] come here and they have beautiful scans, they have it all in pictures and they expect the same here when they come. Our health service actually is not as good as theirs and I wonder why they are coming. . . . this is where hassle and conflict often comes about “I want a scan”, “I want this and I want that” and they can’t understand when they can get it in their own country and they can’t get it here’. (p. 266)
Finding	Eles e nós (U)
Illustration	One participant commented that it should not be ‘them versus us’ but indeed this negative comparison is a theme that comes through the language used to refer to Irish women ‘versus’ ethnic minority women. ‘But you see some partners are getting very angry because our own nationality, our own people have to wait in line, they go for their appointments and these people just float in the door . . .’ (p. 268)
Study: Guruge 2009	
Finding	Falta de serviços coordenados (U)
Illustration	"One of the settlement workers sent this woman to the inappropriate person. She went there, then the person sent her to another person. At that place she didn’t get the proper help, and she came to me. Oh my god! I felt so sorry for her. She has language problems, she is not young, she is scared, too, and her only child is not happy with her decision, and she is feeling guilty about disclosing abuse". (p. 74)
Finding	Práticas discriminatórias e racistas (U)
Illustration	Failure to provide culturally and linguistically appropriate services was interpreted by participants as discriminatory and racist in that it conveys the message that the services will be provided only if one speaks English and adheres to “mainstream” cultural values and beliefs. Participants cited a number of other discriminatory practices: "I’ve heard many stereotypical ideas about visible minority people. The service providers’ way is to tell the women, “Do as I say.” If you don’t, the services are withheld or they don’t provide the services in the way the woman wants. Visible minorities are being treated differently. A lot of Tamil people functioning as interpreters have seen women go through very difficult crisis situations without an interpreter at all. Things are understood in various manners, and this creates [for] the woman even more problems, like child custody stuff". (p. 75)
Finding	Falta de serviços linguisticamente e culturalmente adequados (U)

Illustration	"Even in the middle of the night the shelter workers call me to interpret. Sometimes Tamil clients couldn't express their problems or wishes to the workers, so they — in a desperate way — give my number to the worker and ask them to call me. Imagine if I say no — then the clients have to wait till the next day. So I feel obliged. But for me it's hard. I also have to cook, put my children to bed, and go to work the next day". (p. 73)
Study: Ben-Porat 2010	
Finding	Conhecimentos e competências de intervenção (U)
Illustration	"Initially, I thought that I don't need to be taught about my own community. But I slowly began to understand that the fact that I'm Ethiopian doesn't make me an expert about Ethiopian culture—just as someone who's Israeli isn't necessarily an expert on Israeli culture . . . I learned a lot about the Ethiopian community and how to work with them. In particular, I learned how to work with Ethiopian men in a certain way in a one-to-one setting, and how to work with them in another way in a group setting . . .". (p. 2495)
Finding	Mudanças de atitudes em relação à violência doméstica contra as mulheres (U)
Illustration	"In our community, when a woman is beaten by her husband she is often blamed. I'm embarrassed to say this, but I also felt that way. Now that we've learned about it—and after we did some thinking together in the sessions—I began to understand that there's a serious problem here with the way that the community views the problem. I saw that we have to work on that with the community. However, I also gained a much better understanding of my community, because I shared their perceptions [before the course]". (p. 2495)
Study: Hess 2010	
Finding	Reinfibulação (U)
Illustration	"We have many women from the Sudan, Somalia, and Ethiopia who come to us for care. We always ask about what they want us to do after the delivery. There was only one woman who wanted her labia to remain open. The other 30 women I've delivered wanted the labia closed as before. We always do the repair as requested." (p. 49)
Study: Kulwicki 2010	
Finding	As normas culturais para a honra familiar versus a vergonha forçam as vítimas de abuso a esconder e /ou aceitar o abuso e rejeitar a alternativa para o divórcio (U)
Illustration	"I know that the problems that we've had with the community is the culture, the situation back in Iraq such that if a woman was in a domestic violence situation, tried to go to her family, her family would say, you belong to your husband, you go back." (p. 733)
Finding	Opiniões conflitantes no uso de serviços tradicionais e prestadores de serviços, como abrigos e intervenções policiais, limitam as oportunidades de intervenção em violência doméstica na comunidade árabe (U)
Illustration	"Shelters are a very bad idea. If you want to create problems, you can use this approach. They will consider you their enemy. ..." (p. 732)
Finding	A falta de confidencialidade compromete os serviços árabe-americanos, enquanto a intrusão da comunidade põe em perigo o trabalho positivo dos provedores árabe-americanos (U)
Illustration	"We need to let them know that they have the right and this information is confidential; nobody will have access to this information, because it's related to the family and [...] no body can release it without their agreement even for their health provider." "You need to do this secretly, so that no one will know. You will create a problem if it is not done secretly. In some ways if you do not do this, they will consider you as their enemy. You are causing a problem to Arabs. Cultural sensitivity is very important." (p. 732)
Finding	A continuidade inadequada dos serviços de prevenção e intervenção da violência doméstica conduz às barreiras mais problemáticas relacionadas com a prestação de serviços (C)

Illustration	Nurses acknowledged that the cultural restrictions of Arab American women prevented them from asking questions out of fear and concerns for cultural encroachment. They further explained that hospitals are not conducive environments for difficult questions. The inability to provide intervention in the women's native language (Arabic) is another factor that widens the cultural gap. (p. 732)
Study: Pavlish 2010	
Finding	Preocupações silenciosas - Tristeza (U)
Illustration	"Many African women don't feel comfortable telling their providers about their feelings. There's all that shames it stays pent up for months, years.... Our people [suffer] from mental illness but there are so many layers to it. [Some believe] they may be cursed by someone. It's hard explaining that to physicians." (p. 357)
Finding	Expectativas divergentes - Expectativas sobre interações com a saúde (U)
Illustration	"The doctor doesn't ever have enough time. He will say, 'Okay tell me why you're here today.' [The patient] says, 'This is what happened 10 years ago, I was walking and then I.' And the doctor says, 'I need to know why you're here today!' And for her to tell why she's here today, she has to go back 10 years, but the doctor doesn't have time. The doctor says, 'Can she tell me one thing?' And I would say, 'I'm waiting!' To say what the problem is, some people have to go back to how it started. For that, the doctor needs attention and time to listen to the whole story for him to get [the current problem] but I don't think they have time or patience. So they look at me like someone who doesn't know what she's doing, but at the same time, I can't pull all the information from the patient". (p. 357)
Finding	Crenças discordantes sobre a saúde (U)
Illustration	Suggesting that some Somali patients "speak in allegory," a healthcare provider narrated, "So when immigrant patients tell their [American] healthcare provider that they hurt all over, the clinician initiates all sorts of tests that have no relationship to what the patient is really experiencing." Explaining that the healthcare providers in Somalia understood these allegories, this participant noted, "But here, we're just confused. It creates a disconnect that neither patients nor providers know how to bridge". (p. 355-356)
Study: Widmark 2010	
Finding	Política e prática (U)
Illustration	"Well I think as a rule of thumb if a woman comes to [ANC] and looks like she's from Africa, that is to say dark skinned, then you ask where she's from. And if she comes from one of the known countries, the Sudan, Somalia, certain parts of Kenya – our midwives know this pretty well (. . .) I can't say that knowledge is so exact, but if you look like you come from Somalia – (. . .) Since there are so few [women with FGC] it hasn't been that urgent [creating policy guidelines]. But I can imagine that you could say the opposite, and say that because it occurs so infrequently, it's good to have policy guidelines because then you know how you are supposed to proceed". (p. 555)
Finding	Prática obstétrica (U)
Illustration	"One shouldn't defibulate until the time of the delivery, you should use as little violence as possible to the woman (. . .) it's then [at delivery] you should deal with it, not before". (p. 556)
Finding	Comunicação (U)
Illustration	"(. . .) I thought, well, after the delivery, when she had those tears, I thought 'well what happens if I suture it as I think it's supposed to be, will I have all her relatives coming after me then' [laughs]. But I came to the conclusion that I couldn't do it any other way. I can't make a cultural decision as a doctor, I have to make medical

	decisions, and the only right decision is to suture it as I had been taught – which I told them [the family]". (p. 556)
Study: Hasnain 2011	
Finding	Percepções do provedor sobre os fatores que contribuem para experiências negativas (U)
Illustration	“Due to language barrier for immigrant Muslim women, some of their needs are not taken into account due to lack of time and patience the provider has to offer.” (p. 77)
Finding	Percepções do provedor sobre os fatores que contribuem para experiências positivas (U)
Illustration	“My patient appreciated the knowledge I had on dietary recommendations I made based on Islamic restrictions. Patient was receptive to information . . . was keen on assimilating info on American culture and healthcare recommendations.” (p. 76)
Study: Ng 2011	
Finding	Expectativa de linguagem (U)
Illustration	"Sometimes, the women come without an interpreter, and this is really difficult. That can be an hour, an hour and a half of just struggling to get some basic information out of her, and really painful for both the clinician and, unfortunately, the patient". (p. 565)
Finding	Expectativa de consciência cultural (U)
Illustration	"What I suspect is that if an immigrant woman had certain particular cultural birthing desires, she probably wouldn't have the gumption to share them with you because she would suspect that you would say either, 'No', or that you might think they were silly". For immigrant women, they may feel they are not receiving appropriate care when their cultural needs are not being met'. (p. 566)
Study: Wade 2011	
Finding	Visão geral da controvérsia (U)
Illustration	When a resident obstetrician/gynecologist, Leslie Miller, asked her colleagues if they could devise a productive way to respond to Somali mothers' requests for female "circumcision," the response was positive. My informant, describing their reaction, continued: "it didn't seem to be an odd and unusual thing...that's what we do, is we try to make sure that everybody is really comfortable...that's what we were so proud of doing at Harborview...meeting people's cultural needs" (Int6). Finding a way to fold genital cutting into Harborview's practice, then, fit nicely with the mission of the institution, which both has ascribed cultural motivations to its patients and counted upon their ability to adapt to a modified Western medical approach. (p. 525)
Finding	A Lógica dos Médicos (U)
Illustration	we were dealing with a group that's not yet fully acculturated into the United States...you are probably more likely to make progress by working with them in a way that didn't harm their children, and then sort of allowing them to...recognize that this past practice was not such a good idea... The odds were that their daughters who would become acculturated to the United States would probably not become back in 20 years seeking the same sort of thing for their daughters. And so that this was seen as sort of a bridging procedure". (p. 527)
Study: Degni 2012	
Finding	Relações Enfermeiras/ Parteiras-Mulheres Somalis (U)
Illustration	"It is not easy to build a good relationship with a person who does not speak your language, does not know you, who has been traumatised by civil war, been abused sexually, does not trust anybody and feels like living in a different world. At the first meeting, Somali women are interested in discussing personal problems, and they are

	interested in discussing contraception. In order to come closer to them, to build up a relationship with them, you need to listen to them telling their histories, starting from the civil war and its consequences on families and women to the Somalis' difficulties to be integrated in Finland. To build up a good relationship with Somali women, do not ever start talking about contraception or their religion (Islam) to them until they are the first to talk about those things" (p. 335)
Finding	Relações Médicos-Mulheres Somalis (U)
Illustration	"We doctors, we do not have time to socialise with our patients. We have very limited time for each consultation because we have several patients a day. We have little time for the medical checking for each patient, and then go through her medical report to see what to do during her next visit. It is the nurses who have more time to communicate and interact with the patients than we physicians" (p. 334)
Finding	Percepções dos médicos sobre as atitudes culturais das mulheres somalis em relação à saúde reprodutiva nas clínicas (U)
Illustration	Female physicians that were interviewed felt 'shocked' by Somali women's attitudes to male physicians' duties of carrying out physical and gynaecological examinations. One reported that Somali women's attitudes to male physicians were humiliating but also frustrating, adding that: "Somali women should understand that if they are going to live in Finland, they have to accept medical services provided by male physicians because, there are more male gynaecologists in our Finnish hospitals and clinics than females". (p. 337)
Study: Otero-Garcia 2013	
Finding	A cultura como fonte de dificuldades com o planeamento familiar para as mulheres imigrantes (U)
Illustration	"Many are influenced by their husbands, their partners. They tell you that their husbands are in control. Then, you feel very frustrated. I ask them- What about an IUD? No, my husband doesn't want me to get an IUD. What about the pill?- No, my husband doesn't want me to take anything. Well, then tell your husband to use a condom- But he doesn't want to use a condom either". (p. 3)
Finding	Parteiras rurais perceberam dificuldades de acesso e uso de serviços de pré-natal e pós-parto entre mulheres imigrantes (U)
Illustration	"Moroccan women relate to their children, with her husband, and very little with the rest of the people. I think we have a hard time doing group activities. I think they have restrictions by such husbands to attend childbirth preparation classes. In their culture the woman is in the private sphere". (p. 4)
Study: Pearce 2013	
Finding	Contextos de Recepção - Barreiras (U)
Illustration	"There's not enough money for all the women who really have problems—for example, needing an energy assistance grant." (p. 798)
Finding	Herança Cultural - Gênero (U)
Illustration	"We try to learn . . .the difference in sex roles within the cultures . . . if they may need to get permission to do that, then we have to really be understanding before we offer options that are not possible." (p. 802)
Study: Briones-Vozmediano 2015	
Finding	Acessibilidade - Barreiras (U)
Illustration	"For a lot of women, not having the necessary papers prevents them from being independent. They can't take courses, they can't look for work, and we've found that they're not even eligible for social services here. If they haven't got papers, there's a huge rignmarole entailed in obtaining a health insurance card. . . , that's a problem that for me represents a very important barrier". (p. 2999)
Finding	Disponibilidade - Facilitadores (U)
Illustration	"we explain all the resources available to them, the help they can get so that they know they can escape from the situation, that they don't need to stay there because there are a lot of resources that they can use and take advantage of". (p. 2998)

Finding	Disponibilidade - Barreiras (U)
Illustration	"Far more resources are required. You need something specific for [immigrant] women. Not just in this service, but in all basic services specified by law and so on, and maybe much more protection is needed. . . Because they are much more unprotected". (p. 2998)
Finding	Eficácia- Facilitadores (U)
Illustration	"Luckily, most of the people who work here put a lot into it, a lot of their inner self, I mean, this isn't an NGO but it forces you, you can't just leave a woman like that and sometimes you do what you have to and more". (p. 3002)
Finding	Eficácia - Barreiras (U)
Illustration	"When the woman files a complaint, on the one hand we do protect her and we tell her that the aggressor must keep his distance, but then we leave her without an income, without the least provision for use and enjoyment of housing and we do not adopt a series of economic measures for her: we leave her totally defenseless. . ." (p. 3002)
Finding	Acessibilidade - Facilitadores (U)
Illustration	"We help any woman at risk of social exclusion, irrespective of whether she has papers or not, whether she's from Spain or elsewhere. / . . / We don't even ask if she's registered with her local council, or where she lives, none of that. Any woman who's at risk, who's in a situation that means she needs help, must be helped". (p. 3000)
Finding	Aceitabilidade - Facilitadores (U)
Illustration	"As far as possible, we try to tell them about all the measures, to encourage them in every way possible, to get them to talk honestly with us and to tell us what happened, to open up, in the sense of telling us everything, of not leaving anything out, that we are there to help them, that this is something that they don't have to put up with, that it's normal to report it, I mean we do absolutely everything possible to get them to tell us what happened". (p. 3001)
Study: Byrskog 2015	
Finding	Identificar a violência em toda a diversidade - Enfrentando diferentes visões e espectros de violência (U)
Illustration	"... 'my father and my brother they died and they were shot' ... maybe it is not exactly that you want to grasp when you ask this violence question. But, I think anyway that it is interesting to get a hold on what they carry in their baggage ... And if you then have witnessed close relatives being killed. And how life can be changed in only one minute. It can actually impact how you feel about life and to give birth, I believe." (p. 5)
Finding	Identificar a violência em toda a diversidade - Encontrar formas adequadas de perguntar (U)
Illustration	"But maybe for Somali women, I used to say, that you come from a country where there is much violence and have you been subjected to anything... If it might be very shameful, it is easier to approach it, I mean: well, you come from a country... like that. Because... then the shame is not on them in a way." (p. 6)
Finding	Abordando a violência no encontro de cuidado - Estabelecendo relacionamentos de confiança (U)
Illustration	"... 'even if I don't tell it the first time, then I know, that if I go to the ANC clinic ... the question will be asked again. And this time I might dare to tell and know where to turn to after'." (p. 4)
Finding	Identificar a violência em toda a diversidade - A linguagem compartilhada é uma chave (U)
Illustration	"Language makes a big difference. And that it might be harder to embrace information. This with reading, writing, who to contact, who can help me if I need to leave here. That's the big difference. Language is a big problem. ... We like to give out brochures and papers and so on." (p. 6)

Finding	Abordando a violência no encontro de cuidado - Veja a singularidade de cada mulher (U)
Illustration	To see the individual woman was described as a crucial element in the role of the midwife. This meant going beyond ethnicity and socio-demographic background in the encounter with a woman, and avoiding generalizations regarding both violence and other aspects of health. "I mean, my goal is to care for every woman, as the woman she is, regardless of her origin or religion." (p. 3)
Finding	Apoio e aconselhamento na Nova Sociedade - Uma ponte para apoiar e conscientizar sobre os direitos (U)
Illustration	"...there I think, if we could get all our Somali women to step into our groups. I think we would do a lot of good there...because you should probably dare, you get a bigger opportunity to come into the Swedish society and know how it works. What laws we have here. And learn to know, that 'this was not ok, this that I have been subjected to earlier. You don't act in that way'." (p. 7)
Finding	Abordando a violência no encontro de cuidado - Alcançar a competência cultural (U)
Illustration	"For we said, we meet so many Somali women and from other cultures, but most Somali. And we know so little about their culture. Because out of the pregnant we have...we admit about 450 yearly and out of them, maybe five are same-sex couples. But how many more Somali women..." (p. 4)
Study: Kalengayi 2015	
Finding	Muitas pessoas envolvidas, mas com pouca coordenação (U)
Illustration	"So they have a lot of people that interfere . . . sometimes you get different reports from various individuals about the same patients. . . . Then you cannot really know what is what until you bring the patient here . . .". (p. 5)
Finding	Visões discordantes sobre o rastreamento de saúde - Diferentes percepções e expectativas (U)
Illustration	"When you meet these low educated ones, those who have not attended school. It is sometimes difficult to lower the level. I think that it is the toughest thing". (p. 4)
Finding	Gerir a saúde ou controlar a imigração? (U)
Illustration	"I cannot help them as much as they wish. They have high expectations but limited access to care and the line is somewhat hazy". (p. 7)
Finding	Barreiras linguísticas e a complexidade do trabalho com intérpretes (U)
Illustration	"I asked the Migration Board when I started working with this because I thought . . . I might be able to send the notice in any language. But they told me: 'we don't do that and we do not think you should do it either, you should send notices in Swedish because they always have someone they can ask'. (p. 6)
Finding	Inconsistências nas regras e práticas - Nova atribuição, mas falta de treinamento e recursos (U)
Illustration	"I was thrown into it directly. I think some training would . . . be useful. Because I have noticed a big difference . . . When I do it now against then when I started. I have learnt over time. So I think some training would have been good . . .". (p. 5)
Finding	Políticas conflitantes - Necessidades individuais ou da população? (C)
Illustration	"They feel offended like: 'you talk about HIV with me just because I am from somewhere else'. That's what I sometimes get as response when I try . . . I guess it is like: 'you think that anyone who comes from another country has HIV' and then they get pissed off, so that it has been a little bit difficult to approach these questions . . .". (p. 6)
Study: Blum 2016	
Finding	Falta de espaços de abrigo para mulheres jovens que fogem da violência baseada na honra (U)
Illustration	"Trying to find shelter where they'll accept women affected by family violence has been challenging: [some agencies are saying] 'she can't come here' and we're saying:

	'she can't stay in her home; it's not safe.' So we're trying to challenge the system out there to be more flexible". (p. 139)
Finding	Falta de comunicação e coordenação entre prestadores de serviços de diferentes sectores (U)
Illustration	"Because we don't have funds to [help women affected by HBV] we're sort of trying to get other organizations to work with us. Sometimes we're relying on them to provide us [with] information. Sometimes they have their own mandate which conflicts with our mandate because they want to bring the family together and settle them in Canada; we want to protect the women, so there's that collision". (p. 142)
Finding	Falta de serviços culturalmente sensíveis e adequados à idade nos abrigos (U)
Illustration	"Immigrant women are afraid to come in here [a mainstream shelter] because ...you know...parts of the Canadian population can be scary. There are some groups of people that are in gangs, even women who come in here, they can be pretty scary. And as an immigrant woman, I would be scared. And they hear rumours and stuff like that...bullying; we've seen that". (p. 140)
Finding	Pouca ou nenhuma conscientização sobre a violência baseada na honra entre os provedores de serviços (U)
Illustration	"In regards to immigration in general, it's trial by fire here. Maybe we'll have a situation and we'll learn from it. But we don't have a manual that says: this is the step-by-step process.... There's some of us who have a post-secondary education that includes information about other cultures, but not everybody does". (p. 141)
Study: Briones-Vozmediano 2016	
Finding	As vítimas são credíveis e os criminosos responsáveis? (U)
Illustration	"Creo que debe haber, obviamente, mujeres que hecha la ley, hecha la trampa, que decidan interponer una denuncia para regularizar su situación". (p. 329)
Finding	Falta de sensibilidade cultural dos profissionais para atender mulheres imigrantes agredidas (U)
Illustration	"Más que un protocolo específico, unas medidas específicas, que se pudiera contar con unas organizaciones específicas para trabajar los temas puntuales que a ellas les afectan". (p. 329)
Finding	Protótipos culturais de mulheres afetadas pela violência por parceiro íntimo (U)
Illustration	"Musulmanas y por tanto con unas creencias con el tema de los malos tratos muy graves en cuanto a ser víctima, eh. . . Fíjate, cómo diría yo, más vulnerables hacia el tema de los malos tratos y mucho menos detectables que el resto de nacionalidades, porque como lo tienen asumido como algo común y algo normal al ser mujer, pues no es algo que tengan que contar". (p. 328)
Study: Nithianandan 2016	
Finding	Crenças sobre capacidades (U)
Illustration	"I don't know how I would personally ask somebody if they'd experienced trauma". (p. 6)
Finding	Crenças sobre consequências (U)
Illustration	"to be helpful...and more culturally suitable...it needs to give them some more practical advice...how to control their anxiety". (p. 6)
Finding	Papel e identidade social/profissional (U)
Illustration	"...miscommunication and fragmentation to occur between GP [general practitioner], midwife, maybe an obstetrician if they get involved, Maternal and Child Health...and then all these other services; people fall through the gaps". (p. 5)
Finding	Habilidades (U)
Illustration	"...I don't think there's a lot of understanding with the midwives about, um, refugee health needs... the problem is they don't have a lot of background in this". (p. 4)
Study: Ogunsi 2016	
Finding	Explorando questões obstétricas apresentadas por mulheres circuncidadas (U)
Illustration	"This lady had a small tear in the perineal muscle and I was actually stitching her up, lots of local anesthesia. And she was crying and crying, and afterwards I said, "You

	know, like. I kept saying, ‘Are you okay,’” but she told me it brought back all those memories, you know, being sewn up before. So that was distressing, how she felt". (p. 7)
Finding	Entendendo os problemas de saúde para mulheres que vivem com circuncisão (U)
Illustration	"I've seen ruptured bladders, I've seen women who've had... get menstrual build-up for months and months. Women who are totally incontinent as a result (of FGM),... yeah women with cysts, inclusion cysts, some of them have had to have surgery to have sex, there's all sorts of gynecological problems that can continue. There's been terrible trauma and pain". (p. 6)
Finding	Gerenciando o cuidado obstétrico de mulheres circuncidadas (U)
Illustration	"Be upfront and say, “I've noticed in the notes that you've had this done. What do you think about it? Have you discussed with anybody what will happen in labor and when baby comes out?” I think the best thing is to be upfront and ask because that's the only way you get answers...the answers that you need". (p. 9)
Study: Okoro 2017	
Finding	Normas e expectativas culturais discriminatórias de gênero (U)
Illustration	"A couple comes in but because of the taboo and traditional views of that culture a woman may be afraid to ask her case manager about a sexual health prevention service or program because of the shame or fear of how her husband will react once they leave the office. How does she even begin to talk about the issue of condom use or how to put a condom on or where to get free condoms if she cannot even talk about sex with her case manager because of the taboos and deep-rooted cultural impacts talking about sex put on an already strained relationship because one partner may be positive or for fear of being accused of having an affair". (p. 424)
Finding	Estigma do HIV com viés de gênero (U)
Illustration	"People who are in need of services do not come for them because if the topic of HIV is visual or talked about people tend not to want to be involved. Now if you throw in the mix a woman who is being abused her options are limited, who can she trust and how does she access service without shame or guilt that will be extended to the family if she asks for help or lets people know what is going on". (p. 424)
Study: Peláez 2017	
Finding	Preconceitos dos profissionais da saúde (U)
Illustration	"Black people are always late, Latinos are not able to be responsible, and you keep on going... So picture this: a woman comes here, speaks no English or French, has her other two kids around her because she's not yet working so they don't go to daycare and her husband is working... So she's not a priority because if she gets the care, who is going to take care of the kids? Just practical issues, you know.... I frequently ask myself whether these prejudices are going to stop... We tried education; we trained some of our professionals on multicultural issues... Well, it minimized the negative impact, but it is still there. If there is a clue coming out from this study, I would like to know what is it, if there is anything else we can do, that would be helpful to know". (p. 5-6)
Finding	Crenças socioculturais (U)
Illustration	"But now, when it comes to sociocultural issues it's really hard for them because in addition to not having the language and feeling isolated, the only way you have to be emotionally linked to your family is by means of your rituals, your traditions, your beliefs. And for different reasons, usually genuine reasons, we have a hard time to respect them. The more typical ones are the need of the placenta to be planted, burnt, or eaten depending on different rituals; and the request of having just female staff around them. And we cannot please them with these requests because of the law and regulations: First, here in Quebec, all sample materials extracted are saved here at the hospital for safety reasons, so you may like it or not, we cannot give you the placenta; second, because of gender equity and because this is a teaching hospital, you will be appropriately served, but by whoever is available". (p. 5)

Finding	Percepções dos profissionais de saúde sobre os desafios no cuidado às mulheres refugiadas (U)
Illustration	"...there are associated factors that may facilitate or complicate your job, such as how well you master the language, how well-educated you are, or even, how familiar you are with the implicit, tacit, and invisible social rules..." (p. 4)
Finding	Cuidados iguais de saúde (U)
Illustration	"It's interesting because even myself I always think of these women as a final outcome, as women coming for health care, and as a health care professional, I say to myself: "Just be fair and provide equal care." Now, you pushed me to think about this... What is equal care? Is it the same we give to everyone, but does not respect these women's stories? Or is it a different type of care we are talking about? If this is it, truly, more than being guided by my intuition I really don't know what to do because there are so many factors conflating that I really don't know how to proceed". (p. 6)
Study: Simon-Kumar 2017	
Finding	Perfil da violência familiar étnica - Silêncio e estigma (U)
Illustration	"With ethnic families we still encounter a huge amount of resistance . . . and we find that there is a lot going on before we get a report . . . Then it is usually someone other than the woman who reports it . . . a more enlightened family member or a neighbour". (p. 1391)
Finding	Mobilizar a cultura nas estratégias de intervenção - Usando tropos culturais como ferramentas (U)
Illustration	"I can use spirituality as a way of explaining healing. . . Most ethnic religions believe in karma, so you can talk about the actions coming back to you . . . So sometimes I can focus on that . . . if you hit, it is bad karma and it will follow you. . .". (p. 1393)
Finding	Perfil da violência familiar étnica - Medo da autoridade e sistemas complexos (U)
Illustration	"I use the Refuge safety plan . . . they don't have the same friend/family support so there is not always a lot of options . . . we ask who can they call . . . sometimes they have no one . . . sometimes they name one of our volunteers . . . we don't have a 24-hour service . . . we try explain about ringing 111 or the Police . . . what will happen if they call them . . . even ringing 111 they have no interpreter . . . the Police will take an interpreter if they know that one is needed, but that is not always the case especially if the first call has been misunderstood . . . so we have to teach them how to use that service. . . ". (p. 1392)
Finding	Perfil da violência familiar étnica - Prazos mais longos (U)
Illustration	"[With other ethnicities] it would be like a totally different engagement, you would probably start with paperwork, you explain yourself, explain the policies and regulations and get them to sign the paperwork first, and all of that, it would probably take 30–40 minutes. But with our ethnic women it is probably an hour and a half. It's slightly different". (p. 1392)
Study: Milani 2018	
Finding	Honra e Vergonha (U)
Illustration	"I have worked with families who are very resistant to be engaged in outside agencies because the police or the Children's Aid Society has been called. Often we are called in to attend a meeting to help with safety planning because of the cultural piece around sharing the secrets of the family or talking to outsiders about what is going on". (p. 66)
Finding	Imigração - Barreira linguística (U)
Illustration	"The structures of the services and shelters for Muslim women is difficult. The difficulty is the language barrier. For example, three times a week we get somebody to come in and interpret. And the rest of the time that voice is gone". (p. 60)
Finding	Cultura Coletivista e Autoritária (U)
Illustration	"It is not just their intimate partner who is abusive, there can be abuse coming from other people in his family. It is not just a man. It can be a woman in the family as

	well. We are always mindful of that. So, there could be multiple perpetrators or multiple people who can help him find her, get information to her, to scare her, or to change her mind". (p. 63)
Finding	Imigração - Parentalidade transcultural (U)
Illustration	"The way the Muslim family raise their 16-year-old is different than the laws here allow. The laws here state that if you are 16 you can do whatever you want. This means that you can leave the house, you can be with whom you want. Whereas a Muslim family says no, you cannot leave the house. So how do you work with that? How do you work with the family to say she is allowed and the family says 'no' she is not allowed?". (p. 62)
Finding	Crenças e costumes patriarcais (U)
Illustration	"The term [IPV] itself is new in their culture. Some understand that hitting is not acceptable and that it is considered abuse. Emotional abuse, financial abuse, those different kinds of abuse is not in the dictionary. She does not recognize it as abuse. Even rape within the marital relationship is not seen as abuse. If the husband is doing it, that's ok". (p. 64)
Finding	Imigração - Comportamento abusivo relacionado à imigração (U)
Illustration	"I think some work should be done, because we do see women who do not have immigration papers. Some of them are sponsored by their husbands so they are very dependent on their husbands. If there is abuse, even if they call police, they often want to change their statement because they are afraid of deportation". (p. 62)
Finding	Crenças religiosas (U)
Illustration	"In one case, she shocked me when she mentioned Islam abuses women. I said, "In what way?". She said, "Yeah, God said woman was created from rib , Adam's rib , Eve was created from Adam's rib so basically she is not a full person'. I said, "But she is a person". She said, "In the Qur'an, God speaks to a man that he put them in power and he created us women as weak". I said, "How you do you interpret that into accepting the abuse as okay? I understand a woman is created biologically and psychologically different than men, but why are you blaming God and religion? And did you read the Qur'an yourself?" She said "no", [so I said,]"So, where did your education about the religion come from?" She said, "From my father and the religious school". (p. 67)
Study: Mollah 2018	
Finding	Institucionalização da competência cultural (U)
Illustration	"The organisation provides a lot of avenues for people to do professional development training if they want to... they really champion professional development... which really helps". (p. 7)
Finding	Construindo concordância cultural (U)
Illustration	"And I have to accept that, that's not an insult, they're not insulting me as a woman, they're not insulting me as a person, they're not insulting me as a practitioner, they're just expressing the fact that it's too shameful for them to be able to trust me in that capacity". (p. 5)
Finding	Combater as barreiras linguísticas (U)
Illustration	"All of us have particular expectations and conceptions of how people should behave when they're depressed and what treatment they should get... particularly say if you're training in the Western model and it's like, 'Do this, prescribe this, prescribe CBT [cognitive behaviour therapy]... in that set way.' So as a psychotherapist myself, biggest challenge in working in a culturally responsive way... to put that [assumptions and conceptions] aside without imposing it on the patient....". (p. 6)
Finding	Sustentando a competência cultural (U)
Illustration	"I can feel the pain quite intensively sometimes. I can feel pain. There's been lots of times where I just left that counselling room and I've gone to the toilets and cried ... So I try to put them on my case notes and I leave it behind because the stories we hear are really horrible ... So yes, there is quite a lot of heaviness that we carry and being

	aware again of how it impacts on you is - is really my duty to take care of myself". (p. 8)
Finding	Ser culturalmente competente (U)
Illustration	"I've come across too many cultures to be competent in all of them... so I tend to... go cautiously, be reserved to begin with... follow their initiative, so if they're happy to shake hands, great, I'm happy to shake hands... just being open to it, and not being offended". (p. 4)
Study: Sabri 2018	
Finding	Fatores comuns de risco e proteção da VPI/HPI em diferentes níveis - Leis e Regulamentos nos Estados Unidos (U)
Illustration	"You have to give (survivors) confidence that here in this country this is the law. In H1 visa if you have a domestic violence case, you can be deported." (p. 355)
Finding	Fatores de Risco e Proteção Culturalmente Específicos da VPI/HPI em Diferentes Níveis - Fatores culturalmente específicos no nível social (U)
Illustration	"There are some forms of black magic that people can use to harm. If somebody harms your spirit, then you can be sick and die. The Western [society] don't see that as a threat. It's so hard for these women to file a restraining order and get granted. I've seen restraining orders getting dismissed because of that. They just don't understand that part of the spirituality". (p. 359)
Finding	Fatores comuns no nível da comunidade - Fontes formais de apoio (U)
Illustration	"We don't have a center that would offer what our community is used to, that they feel safe. [Shelter] is a demeaning place... Nobody wants to go to a shelter, but there is no alternative. We don't have some kind of a place where women can go safely and have the cultural services and activities". (p. 356)
Study: Wells 2018	
Finding	Karama (dignidade) - Recusando ajuda (U)
Illustration	'Many of them...refused to go to any organisation for help and assistance. And even when we used to go to them and tell them if you want anything we will provide it to you, they wouldn't say anything". (p. 5)
Finding	Karama (dignidade) - Recusar-se a participar de atividades que violem os valores de alguém (U)
Illustration	'It gets you more recognition, it gets you more respect from others, I think the way people look at you...No one can live alone, because we are social beings.'. (p. 6)
Study: Abji 2019	
Finding	Violência contra a mulher como prática universal (U)
Illustration	"I am not judging any form of violence because I think violence is violence and must be condemned in all forms... {...} a murder is a murder, right? Sexual assault is a sexual assault under the criminal code. . . . Is it any different in South Asian communities than it is in mainstream communities or in other communities? The notion of control and power in that context is still applicable.". (p. 806)
Finding	A violência como questão comunitária (U)
Illustration	"I don't want to use the term honor crimes. . . . I feel it's very much exotifying violence, and violence is contextual. . . . Not to disregard the fact that violence against women happens in very specific ways in specific communities: as a result of immigration status, as a result of criminalization of that community, as a result of the way that community is treated by the outside world. And also, there's things that—the values and systems—that come with specific individuals within those communities.". (p. 807)
Finding	Compreensões situadas da violência contra a mulher e da cultura-como-significação: Integrando universalismo, violência estrutural, e comunidade na prestação de serviços e advocacia (U)
Illustration	"I don't believe that anyone can ever be culturally competent. I think that this is a lifelong journey. . . . Even as service providers you are constantly needing to learn from others' experiences and their perspectives. And I think the day you say 'I think

	we figured this out, this is what you need to do, and this is how you are culturally competent’— I think it is wrong. . . . This has to be an ongoing process and selfreflective process.”. (p. 808)
Finding	Forças estruturais e sistemas interligados de opressão (U)
Illustration	“I look at poverty as violence, I look at immigration as violence, I look at the school system as violence, I look at racism as violence and that healing from that is just as important.”. (p. 806)
Study: Origlia Ikhilor 2019	
Finding	Serviços de saúde impostos (U)
Illustration	"We had to bring a woman in for an emergency operation. I felt like I was raping her, terrible, violating, crossing a line, forced to use some kind of catheter without being able to explain her the why and wherefore". (p. 2206)
Finding	Desafio de entender o mundo um do outro (U)
Illustration	The healthcare professionals showed considerable “willingness to understand”, that is, readiness to see and understand the women's circumstances and empathized with their stressful situation: "You think, “this woman has had her fourth child, she already knows how to do it”. But now, in a situation far away from home, the whole family in a small room in a transit home. [...] There is such agitation and insecurity in life – now even the things you know and have experience with become much more difficult and time-consuming".
Finding	Falha de comunicação (U)
Illustration	"There are demands [from the women]. But there are no efforts to integrate and no efforts to communicate. This is where I reach my limit". (p. 2205)
Study: Wachter 2019	
Finding	"Eu só quero que eles me ajudem" (U)
Illustration	"Most of the time, [our clients] don't know what they want. A woman will call me and tell me everything. I'm like, “So what do you want to do?” And she's like, “I don't know what to do.” So you just give them options and what the options are, but most of the times they really—I mean, in fact, they can't decide". (p. 7)
Finding	Vivendo com consequências duradouras da VPI (U)
Illustration	"I've just heard some really horrific stories from survivors, women, who left—escaped, really— their husbands, and came to the U.S. PTSD is the focus of our work. Working through PTSD symptoms, so they can regain a sense of security, and regular daily functioning, not live in fear. I mean, it's amazing that they know that there's maybe an ocean between them and the abuser, but they'll still wake up and fear that he's at their door". (p. 6)
Study: Binder 2020	
Finding	Demandas - Barreiras linguísticas (U)
Illustration	“Verbal communication is still the biggest problem.” (p. 5)
Finding	Demandas - Exposição ao conteúdo / sintomas do trauma (C)
Illustration	“So we have an interview [...] from Al Jazeera, a journalist and a photographer. And they were with us for two days and then several women were allowed to talk. And they wrote it down and then later, after our boss had counter-read it, published a neutral report. And then we automatically realized what the women were experiencing and that was difficult to work with... “(p. 7)
Finding	Demandas - Incongruência com o próprio sistema de valores (U)
Illustration	"In matters of integration, in general for those Yazidi people, I personally consider this difficult [...] because we realize that they are exposed to a strong influence by the Yazidi community, ... by the Yazidi milieu. Because of this, you cannot do as much as you would like to in terms of integration.” (p. 7)
Study: Kohrt 2020	
Finding	Barreiras encontradas pelo provedor (U)

Illustration	"The time they give you for a psychological consult is just enough to say- 'Hi, how are you, are you sleeping poorly, are you sleeping ok? Do you need 50 g of Acepango, and bye.'" (p. 9)
Finding	Compreensão do Trauma e Impacto no Serviço (U)
Illustration	"Also, there may be a family history of alcohol and drug use- you see (the family) is wrapped up in these social problems. We see this- what kids do we see? From what families are they from? Alcohol- drugs- prostitution. From what families are they from? From a mother who was in a shelter. From what families are they from? A boy or a girl that was raised by their uncles, their aunts, who was not raised by their parents. Or (a child) that was raised by her parents, but there was incest- there was sexual abuse perpetrated by grandfather, the uncle, the father. These are the things we see in their family history". (p. 4)
Finding	Tratamento para Trauma (U)
Illustration	"The service users come and say, 'Miss, help me.' But it is not really like that. I have gotten used to always saying in the first session- 'You are the one who can make the decision. You are who speaks for you. I am here to support you.' I always add 'We are here to accompany you with this difficult situation, because we are both going to look for strategies that help you overcome this difficulty or problem that you are experiencing.'" (p. 6)
Study: Liebling 2020	
Finding	Prestação de Serviços - Outros Serviços Prestados (U)
Illustration	"Resources are limited 7% of the refugees needs are met but 93% of refugees needs are not funded and we cannot meet their needs and the environment is being destroyed. There are no adequate health services and the refugee population puts a lot of pressure on our existing services and facilities including lack of treatment for HIV infection". (p. 10)
Finding	Questões de Gênero - Falta de compreensão de gênero (U)
Illustration	"There are several factors triggering gender-based violence including the selling of goods by men, women gaining their rights, the accumulation of problems, stress and distress, the inability to send children to a good school, loss of properties and businesses and an inability to receive treatment for a chronic illness." (p. 10)
Finding	Questões de Gênero - Necessidade de serviços especializados informados sobre o gênero (U)
Illustration	"Amongst the 30% that we screen who need to go to hospital we will find the woman who was gang raped 20 years ago and is still oozing god knows what because she never got the right treatment, so she has infections that have never cleared up, literally. And then open wounds and somehow it's all interconnected. All oozing to the point where she stinks and her own family can't have her in the same hut as them. Why is that happening? I mean it's just unbelievable. But it's true." (p. 11)
Finding	Participação das Organizações da Sociedade Civil (OSC) e das ONG locais - Inculzir Esperança (U)
Illustration	"There is an overwhelming demand for the services by SGBV victims and inadequate resources and understa ng. Due to cultural sensitivities there is a failure to share the problems a ecting both men and some women. It is hard for us to access some locations as there are large zones with inadequate transport. Zone 5 had new arrivals in 2016 and therefore has a high demand for medical treatment. There is a lack of urgently required drugs in Health Centres 2 and 3; particularly Post-Exposure Prophylaxis (PEP) and medication for unwanted pregnancies". (p. 12)
Finding	Participação das Organizações da Sociedade Civil (OSC) e das ONG locais - Prestação de Apoio Emocional (U)
Illustration	"We work closely with traditional leadership structures in the villages including the community leaders and faith-based leaders for our interventions. We train refugee mobilisers in the communities and use Biblical principles. We are a Christian organisation but we also work in Muslim communities." (p. 11)

Study: Milaney 2020	
Finding	Falhas do sistema - Status (U)
Illustration	"It is hard because we are funded to provide specific services and we live in constant fear of funding cuts, many of these women need more than we can give them." (p. 9)
Finding	Falhas do sistema (U)
Illustration	"A woman's status is not something we would turn her away for but we have to ask the question because it affects the other services we can provide or refer her to" (p. 9)
Study: Oscarsson 2020	
Finding	Ser capaz de transmitir e receber informações -Problemas de comunicação (U)
Illustration	"They rarely say it outright, that they do not want a male interpreter, but you understand that they keep back some information and think it's a little difficult, almost become red in the face and and think it's really hard to talk '.. (p. 3)
Finding	Ser capaz de transmitir e receber informações - Origens variadas (U)
Illustration	'If they have lived in the city, or if they have higher education, then they are used to it (receiving information) kind of, but if they come from the countryside You have to feel it a bit ... you have to think about information differently'. (p. 2)
Finding	O papel das parteiras e as condições de trabalho - Reflexões e desenvolvimento (U)
Illustration	'Upon registration, I found out that she, they, had three children, one of whom had drowned in the sea when they were fleeing. And it is very difficult to continue that conversation ... you lose your poise ... all of a sudden, it feels so unimportant to ask if you have had a blood transfusion ... You are afraid that by continuing the conversation, you somehow make them feel that it was not so important, the terrible things they talked about'. (p. 5)
Finding	Ser capaz de transmitir e receber informações - A importância do relacionamento (U)
Illustration	"When you show you are interested in them, you see that something happens. They are happy that you care. But it is actually ... it might be something more humanitarian. Something beyond the job ". (p. 3)
Finding	O papel das parteiras e as condições de trabalho - Desafios profissionais (U)
Illustration	'At the clinic, we have made the decision, you must not wish or choose (a female interpreter). I think that it is a little stupid, you can wish it, but then we can't say that we can guarantee it'. (p. 4)
Study: Rodella Sapia 2020	
Finding	Continuidade do cuidado (U)
Illustration	"Sometimes I sit down with them and we do a research on the internet together to find the right professional support in the canton they are transferred to. But there is a lack of continuity and of information inside the system". (p. 6)
Finding	Confiança nos sistemas jurídicos e de saúde (U)
Illustration	"it's not during the first visit, but after three or four months that I follow them during pregnancy, that they start to have confidence and to talk about their experience". (p. 5)
Finding	Intérpretes de comunicação, de línguas e interculturais (U)
Illustration	" There is a lack of knowledge [among health professionals] about how to call a translator or an intercultural interpreter. So sometimes they use phone services. In emergency situations, patients use internet translators [Google translator]" (p. 5-6)
Study: Roberts 2021	
Finding	Formas de superar barreiras - Mais divulgação de saúde liderada e centrada na comunidade (U)
Illustration	"Health care providers should receive adequate training on the cultural and social value of the community it serves". (p. 6)
Finding	Formas de superar barreiras -Desafie as normas sociais/culturais de maneira apropriada (U)
Illustration	"First of all, acknowledge problem exists; do detailed research about it; involve community members, train people from the community who can give back, involve

	culturally competent professionals and of course involving donors for budgets is a problem". (p. 6)
Finding	Barreiras ao Acesso a Cuidados de Saúde Preventivos - Discriminação baseada em várias identidades (U)
Illustration	"I have heard and faced negative discriminatory treatment which I will say was based on where we are from, our competency, language barrier 39-year-old female, Ethiopian, medical professional and race". (p. 7)
Finding	Formas de superar barreiras - Cuidados baseados e liderados pela comunidade (U)
Illustration	"I don't think there are any alternative health care providers. There are many non-practicing health care providers [in our communities] but they are not many practicing ones as the system tries to marginalize and reject them. Actually, that is one of the main problems and I believe has to be improved as it will increase trust [between community members and providers]". (p. 6)
Finding	Formas de superar barreiras -Humildade cultural e cuidado culturalmente competente (U)
Illustration	"It [health care system] should be more transparent and emphasis has to be given to culturally-competent care". (p. 6)
Study: Block 2022	
Finding	Fatores organizacionais que afetam a capacidade do prestador de serviços de apoiar sobreviventes - Financiamento insuficiente e a curto prazo (U)
Illustration	"Having to reapply for funding for the same project, every year or every three years. So that short term thinking around programs. So, you don't even get a chance to be like, this was really good let's keep going, it's always are we going to get funding for it again? (p.7)
Finding	Fatores organizacionais que afetam a capacidade do prestador de serviços de apoiar sobreviventes - Fornecer caminhos diversificados e não relacionados à violência para a divulgação de VSG (U)
Illustration	"I think health provides a really important gateway for those conversations, and does it in a safe place... It's kind of a soft entry point, and it gives women an excuse to go somewhere that doesn't seem suspicious to a controlling partner... and then they're able to enter a women's-only safe space, where the workers are sensitive, where they know what the red flags might be, and where eventually, perhaps a few appointments in, a woman might feel comfortable enough to disclose". (p. 8)
Finding	Fatores de nível comunitário que afetam a prestação de serviços de VSG: vergonha, estigma e julgamento da comunidade (U)
Illustration	"I tried here to intervene, to put a safety plan, or to put limits for the partner, and to raise their awareness that these things are not accepted. But usually the wives didn't allow me to intervene, because they felt like they were going to lose their family, lose their husband and lose their children if they disclose this information, and their husband would know that they disclose these issues, because they are keeping them secret, and they are struggling with these issues in silence". (p. 6)
Finding	Fatores individuais que desafiam as respostas dos prestadores de serviços: Diversidade de sobreviventes de VSG e suas experiências (U)
Illustration	"Even [though the sexual assault services] do great work, and I guess in terms of who's got the expertise to be able to have their difficult conversations, I'd say it would be them... But I don't think they would know where to start when it came to making those conversations meaningful in relation to migrant refugee women... And, probably culturally safe as well... I think obviously migrant refugee women can use their counselling services, but do they have multilingual counsellors? Do they use interpreters? Do they understand the pre-arrival torture and trauma context?" (p. 10)
Finding	Fatores organizacionais que afetam a capacidade do prestador de serviços de apoiar sobreviventes - Emprego de trabalhadores bilíngues e biculturais qualificados e apoiados (U)

Illustration	"One of the workers didn't know how to handle a domestic violence situation when there were children in the care of the woman With another settlement case worker from a different organisation, she tried to play the mediator role and the woman got killed, because [the worker] trusted the man, you know what I mean? So, she can't work with both parties". (p. 9)
Finding	Fatores organizacionais que afetam a capacidade do prestador de serviços de apoiar sobreviventes - Colaboração, parcerias e encaminhamentos entre organizações (U)
Illustration	"We need to be more proactive, more collaborative, more in harmony and in contact with each other, the whole system working with family violence... every service sends them to another one, "No. We can't sort this. You go there." And, women are sometimes very confused and overwhelmed, and are left by themselves dealing with the problem, that's why sometimes they lose hope". (p. 7)
Finding	Fatores organizacionais que afetam a capacidade do prestador de serviços de apoiar sobreviventes - Divulgação e consulta significativas da comunidade (U)
Illustration	"When planning or thinking about programs, taking into consideration community engagement and community voices is really important... it makes things easier, and you are not just going with your agenda and delivering a program that it doesn't mean nothing for this community and for this group... it's really important to understand what their issues are, what are their challenges, what are the barriers, how they connect and engage in our services". (p. 8)
Study: Gray 2022	
Finding	A abordagem do provedor é tão importante quanto a ferramenta de triagem (U)
Illustration	"I try to respond to all the doubts they have, including questions from family members who have problems. And there, closeness [is created with] her a little. I feel that one of the most important things [is] to build trust". (p. 11)
Finding	Recursos que poderiam melhorar a triagem de VPI (U)
Illustration	"I believe that what is lacking [is the knowledge] of the places where we can turn to". (p. 11)
Finding	Barreiras ao rastreio de rotina (U)
Illustration	"Other times, when we see a person who is very sensitive in the consultation, we dedicate ourselves to her, and after, we have all the people there waiting, which can be bothersome, but you have to have them [wait]. Because I can't send her away like that". (p. 8)
Finding	Conhecimento das parceiras sobre VPI (U)
Illustration	[Challenges of determining] "if it [violence] is physical, or economical, or psychological, or emotional." (p. 7)
Study: Messing 2022	
Finding	Experiências dos prestadores e as abordagens para a avaliação de riscos - Encontrando as palavras certas (U)
Illustration	"You have to choose the words [that] are not the direct language. . . . Some of the questions, they will not be, like, culturally transferrable. . . . It will be difficult to translate the concept as it is because it might be perceived as an insult for some . . . , and nobody would even agree to talk to you anymore". (p. 59)
Finding	Avaliando o risco quando as forças obrigam as mulheres a permanecer (U)
Illustration	"We have to do additional safety planning for her around the family. It looks so different than the safety planning with her husband, because with his family abusing her, she's not safe talking to anybody". (p. 60)
Finding	Experiências dos prestadores e as abordagens para a avaliação de riscos - Abordagem Conversacional (U)
Illustration	"It's listening. You can't help them if you don't hear the story, if you don't see how violence has looked like, you don't see what justice looks like to this person". (p. 58)
Finding	Experiências dos prestadores e as abordagens para a avaliação de riscos - Avaliação de Riscos como Educação e Intervenção (U)

Illustration	"When there is someone who scores [high risk] . . . we are able to call the team together to create the safety plan. A lot of times, that's partnering with the police, the probation . . . making sure that the person has all the services that they need". (p. 59)
Finding	Experiências dos prestadores e as abordagens para a avaliação de riscos - Construindo Relacionamentos (U)
Illustration	"We have to build trust. Building trust has to do with knowing how you're going to approach your [client]. The cultural piece has to be handled very delicately because we want to make sure that they can trust us to come back. If we're gonna approach that issue [of IPV], then we have to start slowly, so maybe they can disclose the third or fourth visit". (p. 57)
Study: Milani 2022	
Finding	Serviços atuais e sugeridos -Desenvolvimento de um abrigo muçulmano (U)
Illustration	"I am not the advocate of opening up shelters for Muslim women or Jewish women. I know how much it costs to run these agencies. I think we could just take a look at what can be done differently and go from there.". (p. 12)
Finding	Serviços atuais e sugeridos - Práticas e educação culturalmente informadas (U)
Illustration	"It might be really helpful if we had a training on how to better support a Muslim woman or maybe to let us know what kind of support a Muslim woman they might be looking for because if we don't have that knowledge then they may not be able to voice what they are looking for". (p. 11)
Finding	Barreiras à utilização do serviço - Capacidade dos serviços (U)
Illustration	"I think we are a long way of providing a good service to the Muslim community we do provide a good service for those who are ready for it." (p. 14)
Finding	Serviços atuais e sugeridos - Colaboração e parceria (U)
Illustration	"We case coordinate with other mainstream organizations such as police or children protection agencies, and also we involve the Imams, if needed, and we meet as a collectivist and try to work with the client, and explore how we can provide support". (p. 10)
Finding	Serviços atuais e sugeridos - Prevenção e identificação precoce (U)
Illustration	"When we screen people for early risk factors for IPV, we help them shape their understanding of trauma and to work with all the service providers to help them understand how they need to intervene with the family, engage the family from the beginning of coming to Canada, before it becomes a crisis, when they report the child protection or police or anything like that.". (p. 12)
Finding	Barreiras à utilização do serviço - Marginalização (U)
Illustration	"Well, I think that what happens is our culture, sometimes women in feminism adopt saviour complex...They feel like they need to rescue the Muslim women from their situations. But I think that it might be alienating themselves further". (p. 13)
Finding	Barreiras à utilização do serviço - Sensibilização das mulheres para os serviços (U)
Illustration	"Well I think the message that a man put on woman's head saying that this is western culture this is not our culture they think different, they want to separate the family or they want to divide us, it is normal for them it is not normal for us that has a huge impact on accepting services". (p. 13)
Study: Min 2022	
Finding	Reações dos Prestadores de Serviços Sobre a Experiência FGC dos Clientes - Ênfase em manter uma atitude de não-julgamento e mente aberta (U)
Illustration	"I do my best as always to understand. I believe that every patient comes in with his or her own matrix or variables and it's not for me to impart judgment or my own personal beliefs on them but to sit there, to work with them, in an empathic, open-minded way, to understand their needs and to help them live the life that they desire". (p. 12)
Finding	Reações dos Prestadores de Serviços Sobre a Experiência FGC dos Clientes - Desejo de educar seus clientes (U)

Illustration	"Educating and reeducating you as to what procedure is done, what's being taken away from you, what potential issues you may have in terms of infection control. I do educate them, I do feel like a lot still hold on to those cultural values, and -- if I can say -- subjectively, unfortunately, but I question it. I ask questions, I attack you to do the critical thinking and push a little further "Why is that?" "Were you brainwashed?" "What is that?" (p. 13-14)
Finding	Interação dos Prestadores de Serviços com a Sociedade Maior em Relação ao FGC (U)
Illustration	"I'm an avid reader of New York Times, Wall Street Journal, and any time that there are topics [regarding] cutting in the news, I would also seek that out as a way of learning more, but again that's still a "West is best" conceptualization". (p. 21-22)
Finding	Crenças e atitudes do próprio provedor de serviços em relação ao FGC - Entendimentos tendenciosos do FGC (U)
Illustration	"I can say more than 99% of my clients have been talking about the negative impact of FGM. I could say [about] maybe the 1% [who don't talk about any negative aspects]. If they don't, I see it interacting as an avoidance, and it is the only way they have to cope with what happened. If we think about gender violence in general, people always find a justification for their behavior. These justifications are there. I'm willing to listen to the people who still think that these are justifications. But my role is, really, to challenge them about those justifications. Because to me, there is no justification to take someone else's life. Yeah, there are many people who are dying from FGM, so if you can justify a reason why you kill someone, to me, that's extreme. That's why I don't trust any justification". (p. 17-18)
Finding	Reações dos Prestadores de Serviços Sobre a Experiência FGC dos Clientes - Processamento Paralelo das Experiências de FGC Relatadas pelos Clientes (U)
Illustration	"I know it's a very painful thing, but it's also, as a female provider, painful for me just to imagine what that person went through. So, for me, that's why the first time I remember like it's yesterday, because even though it wasn't me, I could feel [...]. Yeah, it was trauma... it was traumatizing to me". (p. 13)
Finding	Crenças e atitudes do próprio provedor de serviços em relação ao FGC - Conciliando contextos culturais do FGC com as próprias visões pessoais dos provedores (U)
Illustration	"I think it's really important to manage my own cultural context, because I think that as an American, the mentality about it is that obviously it's a violation against human rights and so forth. So, I think it's easy to see it as this evil thing that's being done, without considering how that might affect how people talk about it to you or whether they even report it – even if it wasn't a negative experience for them, that they might be embarrassed to talk about it if they feel like you have negative opinions about it". (p. 15)
Finding	Crenças e atitudes do próprio provedor de serviços em relação ao FGC - Esforços para dar sentido ao FGC (U)
Illustration	"She asked me what I knew and about female genital cutting and, in what she would probably describe as a very sanctimonious way, I said, well it is mutilation and we should call it by what it is, and she said something to me like "so Mom, do you want to stay on your high horse or do you want to try and do something about it by relating to the people who experienced this and do it?" And that led to a whole discussion and I decided she was right, and that I [would] rather be helpful than rigid". (p. 19)
Study: Murugan 2022	
Finding	Experiências Recebendo Ajuda de Fontes Informais (U)
Illustration	"Culture has such a strong hold... Families give support, but it is toxic. It is wrong. They tell her that he is her husband... They tell her it will be okay...that she should just do better and try not to make him upset..." (p. 9)
Finding	Experiências de Trabalhadores da SAWO Dando Apoio aos Sobreviventes - Contato inicial dos sobreviventes com a SAWO (U)

Illustration	"SAWOs across the country rely on grant funding and donations. SAWOs that are in the nascent stages... formed less than five years ago...often lack solid infrastructure. It is an all-hands-on-deck operation where one minute, I am providing crisis counseling, the next minute I am writing a grant, [and] the next minute, I am planning an event...". (p. 10)
Finding	Barreiras para procurar ajuda - Falta de Conscientização sobre VPI/DV e Serviços Disponíveis (U)
Illustration	"Many women with whom I have worked are able to readily identify physical abuse as abuse... kicking, pushing, punching. But it's the more covert things...things that don't cause physical pain [that] aren't really seen as abuse ...". (p. 8)
Finding	Experiências de Trabalhadores da SAWO Dando Apoio aos Sobreviventes - Aliança Terapêutica (U)
Illustration	"They won't skip over details of abuse, but they skip over implications of abuse on them...on family and society...because they think that I get it because I am South Asian...". (p. 10)
Study: Sabri 2022	
Finding	Barreiras ao Recrutamento -Barreiras relacionadas com organizações que atendem mulheres imigrantes (C)
Illustration	"Unless the intervention and service that you are going to provide is different and new from our services, what's the point of our clients spending their time on this intervention". (p. 7)
Finding	Barreiras ao Recrutamento - Barreiras culturais (U)
Illustration	"I think one of the challenges is that—there aren't many programs that are culturally specific". (p. 6)
Finding	Facilitadores de Recrutamento - Aproximar participantes por meio de organizações de DV (U)
Illustration	"...So, if we pass on the message saying, this is a trusted organization, survivors will be able to talk to you. But, if it is not coming from a trusted organization, they won't just talk to anybody". (p. 10)
Study: Troisi 2022	
Finding	A invisibilidade da violência: as meninas desaparecem (U)
Illustration	"There's also the past violence. Women talk more about it than the current violence, but for us it's important to work on the here and now, in order not to lose them. We worry about the present and the future, but they are still stuck in the past". (p. 7)
Finding	Somos tão vulneráveis: não há ferramentas para lidar com essa violência (U)
Illustration	"We need supervision and a lot of personal work. It is a very hard job, so we need to talk about it. They have very hard stories and you have to be careful. You can say something wrong and you can lose them forever. We take all the emotions home with us, both negative and positive". (p. 8)
Study: Huisman K A 1996	
Finding	Necessidades linguísticas (U)
Illustration	"Some of the interpreters that are available may not be sympathetic to the issues and may try to twist her words around...I know some of the interpreters that are just out there in the community are completely oblivious to the issues of domestic violence and they don't know how to interpret and then they feel like, 'Well I better help the person', and they won't interpret what you're trying to say to the woman. They'll just say it in other ways. And again, most of the interpreters out there are males". (p. 268)
Finding	CONDICIONALISMOS ESTRUTURAIIS E CULTURAIIS - Constrangimentos culturais (U)
Illustration	" One of the major problems is educating Asian men who work for social service agencies... They often feel very threatened because they are told that they cannot side with the husband in domestic violence situations because the wife has certain rights. Many of these male social workers don't see anything wrong whits pushing your wife around. They believe that the men have the right to control in the home. This is a

	shocking attitude to deal with because these men take the opposite side than they supposed to and it is very difficult to break through these beliefs". (p. 278)
Finding	NECESSIDADES ESPECIAIS DAS MULHERES ASIÁTICAS (U)
Illustration	"Asian women are not being served. The shelters that existed just did not have the capacity to handle language issues and the same kind of cultural issues that Asian women would need". (p. 267)
Finding	Questões culturais (U)
Illustration	"Home visits work very well...educating people about domestic violence being a crime, and about the services that are available. Another thing that seems to work really well is outreach through local Asian food markets, restaurants, grocery stores. We also developed a poster about domestic violence and it's in Kmen, Vietnamese and Chinese, which has a visual depiction of abuse and phones numbers...I think the community-based approach, approach of word-of-mouth, is the key". (p. 270)
Study: Eustace J 2016	
Finding	Fazendo a pergunta - papel da parteira na investigação de violência (U)
Illustration	"...thepractical side of asking is really neglected. Even coming to work as a qualified midwife, this was lacking in our orientation. You're just expected to know what to do by osmosis. . .It's one of those things that is just quietly ignored in a way". (p. 4)
Finding	O grande fator medo - medo para perguntar sobre VPI e sentido de responsabilidade (U)
Illustration	"We are potentially opening this can of worms here; I'm asking a woman some really difficult questions, what on earth will I do with the answers? If I can't do anything then I should not be asking, and if I'm not ready to deal with some pretty nasty disclosures then I shouldn't ask.". (p. 4)
Finding	O grande fator medo - ausência de formação e qualificação (U)
Illustration	"I was taught from another member of staff when I first started . . . I just sat in on a booking appointment and that would be the only training I had to ask those questions". (p. 5)
Finding	Fazendo a pergunta - falta de apoio relacionado ao tempo de atendimento (U)
Illustration	"We are actually pressured now to do that booking interview in less than an hour now, so there's another barrier. A push, push, push, get this all done.". (p. 4)
Finding	O grande fator medo - pressão para dar conta do tempo (U)
Illustration	"You may have just spent 3 or 4 hours with the woman on that day and I really experience frustration trying to justify this time to management. . . the "bean counters" – they just don't get it.". (p. 4)
Finding	Construir uma relação de confiança (U)
Illustration	"It's very complex. But I think for the midwife . . . they have to be able to recognise it. They have to be able to read the body language and they have to feel comfortable in being able to say to a woman: "Look I know things are not good at home and I am not going to push you. But if I can help you in any way then please just give us a call." That just opens a door. . ." (p. 5)
Finding	Fazendo a pergunta - perguntas sensíveis (U)
Illustration	"I don't feel like there's time to build up a rapport with a woman, for her to feel comfortable with me, because she's a complete stranger. . . it's like "here fill out this piece of paper" kind of thing. . .I don't have the right to ask that question of someone I've known 45 minutes.". (p. 4)
Study: Keller 2007	
Finding	Barreiras Culturais: Aceitação da Violência Doméstica (U)
Illustration	"They understand that we think domestic violence is a problem, but I don't think they believe it's a problem". (p. 130)