



FACULDADE DE MEDICINA DA FACULDADE DE COIMBRA
MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

ANA RITA ALVES FERREIRA

INTEGRAÇÃO DOS REFUGIADOS NOS CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE

PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob a orientação de:

DOUTOR HERNÂNI POMBAS CANIÇO

Março de 2017



Reanimação de uma criança em Lesbos após o barco que a transportava desde a Turquia se ter afundado. 28 de Outubro de 2015. Foto de Giorgos Moutafis / Reuters

ÍNDICE

1. Resumo.....	Pág. 4-5
2. Introdução.....	Pág. 6-8
3. Objetivos.....	Pág. 9
4. Hipóteses de trabalho.....	Pág. 10
5. Metodologia.....	Pág. 11
6. Discussão.....	pág. 12-23
7. Tarefas	Pág. 24
8. Bibliografia.....	Pág. 25-29
9. Anexo.....	Pág. 30-36

RESUMO

A instabilidade no Médio Oriente e Norte de África provocou a maior crise de refugiados desde a segunda guerra mundial. Neste contexto, Portugal concordou em acolher cerca de 10 000 refugiados, um número bastante elevado, tendo em conta a reduzida expressividade numérica no passado. Apesar do serviço de saúde português ser universal e gratuito para refugiados, a área de saúde carece de melhorias se quisermos garantir um acesso pleno e equitativo aos refugiados. Deste modo, é preciso perceber qual é o conhecimento dos especialistas de Medicina Geral e Familiar sobre os refugiados e a sua implicação na prática clínica face à diversidade étnica, cultural e religiosa desta população, pelo que proponho a elaboração de um questionário dirigido aos clínicos desta especialidade para que estes factos sejam avaliados. O questionário “Expectativas sobre a saúde dos refugiados” procura avaliar quais os conhecimentos dos médicos de Medicina Geral e Familiar relativamente às causas da atual crise de refugiados e ao perfil sociodemográfico do refugiado, determinar qual a sua perceção sobre o estado de saúde dos refugiados, identificar as dificuldades que poderão surgir na relação médico-doente para efeito de diagnóstico e terapêutica e equacionar soluções para ultrapassar as dificuldades sentidas pelos médicos no contexto da consulta.

Palavras-chaves: refugiados, saúde, cuidados primários, Portugal

ABSTRACT

The instability in the Middle East and North Africa has created the largest wave of refugees since World War II. Within this issue, Portugal has agreed to receive around 10 000 refugees, a very large number, given the low numerical expressiveness in the past. Although the Portuguese health service is universal and free for refugees, health services need to improve if they want to ensure full and equal access to refugees. Consequently, it is necessary to understand what knowledge doctors of General Practice/Family Medicine have regarding refugees and their implication in daily clinical practice towards new ethnic, cultural and religious realities, thus I propose the elaboration of a questionnaire addressed to doctors of this medical specialization so that this information can be obtained. The questionnaire “Expectations about refugees’ health” is seeking to assess the knowledge of doctors about the causes of refugee crises and refugee’s social and demographic profile, determine which is the perception about the refugee’s health, identify which difficulties may arise in patient-doctor relationship as regards diagnostic and therapeutic purposes and search for solutions to overcome the difficulties experienced by doctors in the context of medical appointment.

Keywords: refugee, health, primary health care, Portugal

INTRODUÇÃO

O relatório “Global Trends 2015”, que avalia o deslocamento forçado em redor do mundo, revelou que em 2015 se verificaram 12,4 milhões de novos deslocados por perseguições, guerras civis e catástrofes naturais, destacando a Síria, o Afeganistão e a Somália como principais países de origem dos refugiados no mundo [1]. A instabilidade verificada em África e no Médio Oriente desencadeou uma crise migratória sem precedentes, tendo a Europa assistido à chegada pelo Mediterrâneo de mais de 1 milhão de refugiados e imigrantes no ano de 2015 [1]. Destacam-se como as principais nacionalidades dos refugiados, os provenientes da Síria, onde o conflito entre o governo de Bashar al-Assad e os grupos de rebeldes já gerou cerca de 4,9 milhões de refugiados, mas também as nacionalidades afegã e iraquiana constituem um número importante dos que procuram segurança na Europa [1].

Na tentativa de alcançar um abrigo seguro, os refugiados experimentam múltiplos obstáculos como rotas perigosas sob temperaturas extremas, fome, condições higiénicas desastrosas, apoio médico deficitário, violência por parte das autoridades nas zonas fronteiriças e são um grupo susceptível às redes de tráfico de seres humanos [2]. Os principais problemas de saúde identificados entre os imigrantes são hipotermia, queimaduras, doença gastrointestinal, eventos cardiovasculares, complicações relacionadas com a gravidez e parto, diabetes *mellitus* e hipertensão arterial. A presença de grávidas, mulheres a amamentar e crianças não vacinadas requer uma atenção particular [3].

Portugal foi um dos países assinantes da Convenção de Genebra de 1951 e do Protocolo de 1967 relativos ao estatuto dos refugiados que procuraram criar um sistema de proteção internacional, assegurando que os refugiados beneficiem de proteção num país de acolhimento quando temem, com razão, ser perseguidos em consequência de atividade

exercida no Estado da sua nacionalidade ou da sua residência habitual em favor da democracia, da libertação social e nacional, da paz entre os povos, da liberdade e dos direitos da pessoa humana ou em virtude da sua raça, religião, nacionalidade, filiação em certo grupo social ou das suas opiniões políticas [4]. No quadro da Agenda Europeia das Migrações, o Governo português assumiu o compromisso de acolher, para além de 5.000 pessoas dentro do Programa de Recolocação, mais 5.000 pessoas refugiadas ao abrigo de programas bilaterais que Portugal propôs aos Estados com maior pressão como a Alemanha, Suécia e Áustria [5].

Segundo a edição de 2015 do Índice de Políticas de Integração de Migrantes, Portugal é o segundo melhor país nas políticas de acolhimento e integração de imigrantes no total de 38 países avaliados. No entanto, este estudo identifica a saúde como uma das áreas que carece de melhorias, não sendo a igualdade no acesso à saúde pelos imigrantes uma prioridade dos serviços de saúde [6]. Apesar de Portugal ter um serviço de saúde universal e de a legislação portuguesa segundo o artigo 52.º da Lei n.º 27/2008, de 30 de junho, garantir o acesso gratuito de refugiados e requerentes de asilo ao Serviço Nacional de Saúde, no que diz respeito a cuidados de saúde primários e cuidados de urgência, este acesso é dificultado por diversos constrangimentos como a falta de domínio da língua, a ausência de sensibilidade cultural, religiosa e socioeconómica apresentada por alguns profissionais de saúde, a ignorância dos refugiados relativa à organização do serviço nacional de saúde em particular do papel da Medicina Geral e Familiar, burocracia e falta de formação dos assistentes administrativos, as crenças dos refugiados sobre saúde ou falta de confiança num sistema que desconhecem [7,8]. Para além das dificuldades no que à acessibilidade diz respeito, é descuidada a adequação entre os serviços prestados e as necessidades específicas de pessoas eventualmente traumatizadas por situações de guerra e negligenciadas em campos de refugiados [7,8].

No momento em que as Nações Unidas definiram os Objetivos para Desenvolvimento Sustentável até 2030, destacando o objetivo 3 que visa garantir uma saúde de qualidade, o

objetivo 5 que visa terminar com discriminação de género e o objectivo 10 que visa diminuir as desigualdades socioeconómicas, os profissionais de saúde devem ser intervenientes no cumprimento dos objetivos e em particular no que diz respeito à saúde do imigrante, com o intuito de melhorar a qualidade dos serviços e de modo a responder às necessidades deste grupo populacional [9].

OBJECTIVOS

Objetivo geral: elaboração de um questionário que procura analisar qual o conhecimento dos especialistas de Medicina Geral e Familiar sobre os refugiados e a sua implicação na prática clínica.

Objetivos específicos:

1. Avaliar quais os conhecimentos dos médicos de Medicina Geral e Familiar relativamente à razão que motivou o fluxo em massa de refugiados e ao perfil sociodemográfico do refugiado.
2. Determinar qual a perceção sobre o estado de saúde dos refugiados.
3. Determinar qual o entendimento dos profissionais de saúde no que diz respeito ao acesso e à capacidade de resposta do Serviço Nacional de Saúde, face ao aumento do número de refugiados e à diversidade étnica, cultural e religiosa desta população.
4. Identificar as dificuldades que poderão surgir na relação médico-doente para efeito de diagnóstico e orientação terapêutica.
5. Identificar soluções para ultrapassar as dificuldades sentidas pelos médicos no contexto da consulta.

HIPÓTESES DE TRABALHO

1. Prevê-se um conhecimento generalizado entre os médicos de Medicina Geral e Familiar no que diz respeito aos motivos que conduziram à atual crise de refugiados e um conhecimento não tão profundo quanto ao *status* sociodemográfico dos refugiados.
2. Prevê-se uma conceção errada e/ou conhecimento parco relativamente ao estado de saúde dos refugiados.
3. Prevê-se que os profissionais de saúde estejam conscientes do direito de pleno acesso dos refugiados aos serviços de saúde mas considerem que a ausência de um plano nacional dirigido a este grupo dificulta a abordagem das suas particularidades e necessidades.
4. Prevê-se que as principais dificuldades sentidas pelos médicos estejam relacionadas sobretudo com a barreira linguística e com as diferenças socioculturais.
5. Prevê-se que os meios identificados para ultrapassar as carências da prática clínica quando o utente é um refugiado impliquem formação do médico e o recurso a profissionais especializados noutras áreas científicas e técnicas.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional, longitudinal prospectivo e descritivo. O estudo tem como população alvo os especialistas de Medicina Geral e Familiar que exercem funções clínicas nos centros de saúde do país. O questionário, designado “Expectativas sobre a saúde dos refugiados”, será construído numa versão *online*, com recurso à plataforma Google Docs, e para a sua difusão será pedida a colaboração da Ordem dos Médicos e das Administrações Regionais de Saúde. As variáveis que integram este estudo são características sociodemográficas, designadamente a idade, sexo e nacionalidade, experiência profissional, nomeadamente anos de serviço como especialista, experiência com populações multiculturais e formação prévia na área do imigrante/refugiado. Os dados serão tratados por análise quantitativa através do programa SPSS.

DISCUSSÃO

A Síria é um país limitado pelo Líbano, Turquia, Iraque, Jordânia, Israel e pelo Mar Mediterrâneo, sendo a sua capital Damasco [10]. A sua população antes da guerra civil era na ordem dos 22 milhões de habitantes, residindo maioritariamente em áreas urbanas, particularmente em Damasco, Aleppo, Hama e Homs [11].

Aproximadamente 90% dos sírios são de ascendência árabe, seguida pelos curdos. O árabe é a língua oficial e a mais falada. O Islão é praticado por 90% da população, verificando-se que aproximadamente 74% da população é sunita e 16% são xiitas, alauitas e ismaelitas. [10, 11]

A literacia global na Síria é estimada em 86,4%, sendo que os homens tendem a ter taxas de alfabetização mais elevadas do que as mulheres [10].

A família síria típica é tradicionalmente extensa, não incluindo apenas pais e filhos mas também avós, tios e primos. A sociedade síria é patriarcal, com a família sob a autoridade do homem mais velho. As mulheres tendem a permanecer em casa, sendo responsáveis pelas tarefas domésticas e por cuidar das crianças, enquanto os homens são responsáveis pelo apoio financeiro, sendo que esta realidade pode ser diferente nas classes superiores [10]. As áreas da construção civil e agricultura englobavam a maioria dos trabalhadores sírios [11].

A guerra na Síria despoletou em 2011 com protestos pacíficos contra a prisão e tortura de adolescentes que teriam pintado mensagens pró-democracia no muro de uma escola, protestos esses que foram brutalmente reprimidos com assassinato e prisão de protestantes pelas forças de segurança do governo de Bashar al-Assad. Este foi o ponto de partida para numerosos protestos por todo o país que exigiam a resignação do presidente e a escalada de violência rapidamente se intensificou com a organização de grupos de rebeldes armados como Exército Livre da Síria para combater as forças oficiais seguida de uma resposta violenta e

desmedida pelas forças leais ao governo, transformando-se numa guerra civil. Apesar de no centro do conflito estarem os apoiantes e opositores do governo, este também opôs a maioria sunita do país e xiitas alauítas a que pertence o presidente e uma outra dimensão foi dada ao conflito, com crescimento de grupos radicais islâmicos dos quais fazem parte o auto-intitulado Estado Islâmico, cujas execuções e amputações chocam o mundo, e Jabhat Fatah al-Sham, afiliada à Al-Qaeda. A continuidade e intensificação do conflito estão intimamente relacionados com a intervenção de potências estrangeiras, através de apoio militar, financeiro e político, tendo de um dos lados o EUA e a Arábia Saudita, que exigem o afastamento do governo de Assad, ao contrário da Rússia e do Irão, transformando a Síria num palco de uma guerra internacional. [12]

O relatório da comissão internacional independente de inquérito para a Síria relata ataques indiscriminados sobre civis, roubo e destruição de edifícios públicos como instalações médicas e escolas, uso de armas proibidas, detenções arbitrárias, tortura, violência sexual e execuções sumárias [13].

Neste conflito armado, a assistência humanitária, prestada por organizações como os Médicos Sem Fronteiras, Cruz Vermelha, Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados e UNICEF e que se baseia nos princípios da humanidade, imparcialidade, neutralidade e independência, tem-se revelado essencial em salvar vidas, aliviar o sofrimento e manter a dignidade humana [14]. A ação destas organizações vê-se dificultada pelo total desrespeito pelo direito humanitário relativo à proteção das vítimas da guerra, não parecendo existir mecanismos eficazes para parar as violações dos direitos humanos quando elas ocorrem [15].

Na área da saúde, as consequências do conflito incluem a escassez de profissionais qualificados e de medicamentos e instalações médicas inseguras e danificadas. Muitos médicos optaram por abandonar o país e aqueles que permaneceram não têm ferramentas

adequadas para trabalhar, usando o que está disponível e não o que é indicado. Há relatos de roubo de medicamentos e equipamentos médicos de comboios de ajuda. Os médicos e pacientes são alvos de ataques recorrentes, pelo que os pacientes evitam ficar no hospital o que leva a que haja pouco tempo para atendê-los e, portanto, mais risco de se cometerem erros médicos. O acesso a cuidados de saúde foi completamente modificado, verificando-se que alguns serviços médicos são prestados em locais subterrâneos, não há oferta de planeamento familiar, cuidados de saúde mental e tratamento de doenças crónicas e os ataques aéreos impedem a realização de campanhas de vacinação. [16, 17]

Estima-se que a guerra já gerou 6,3 milhões de deslocados internos e 5 milhões de refugiados [18, 19]. A maioria dos refugiados reside no Iraque, Turquia, Líbano, Jordânia e Egito, sendo que apenas o Iraque, Jordânia e Turquia têm campos de refugiados oficiais [11]. No entanto, verifica-se que 90% dos refugiados vivem fora destes campos, sendo o acesso a uma habitação, saneamento, água potável, cuidados médicos e a educação grandes desafios [11, 19].

Os refugiados que chegam à Europa, ou pela travessia do Mar Mediterrâneo ou pela rota dos Balcãs, são maioritariamente sírios, mas também provêm do Afeganistão, Eritreia, Iraque, Nigéria, Paquistão e Somália [20]. Entre abril de 2011 e outubro de 2016, a Europa recebeu 884 461 pedidos de asilo, maioritariamente para a Alemanha e Suécia e entre 2014 e 2016 mais de 1,5 milhões de refugiados chegaram à Itália e Grécia por mar [19, 21].

Verifica-se que no início do processo de migração, os refugiados tendem a ter um estado de saúde admissível que lhes permitirá realizar a longa e exaustiva viagem, contudo, há que ter em conta algum grau de condicionamento mesmo antes da partida determinado por traumas provocados pela guerra, prisão ou tortura e posteriormente o estado de saúde ser influenciado pelo modo e condições em que se deslocam e pela duração da própria viagem bem como pelo forma como ocorre a recepção e adaptação ao país de acolhimento [20].

No que diz respeito à avaliação do estado de saúde do refugiado, em primeiro lugar há que ter em conta as lesões decorrentes da própria viagem que incluem escoriações, queimaduras, desidratação, hipotermia e problemas músculo-esqueléticos [20].

Em segundo lugar, é importante clarificar que não se verifica uma associação sistemática entre os refugiados e importação de doenças infecciosas, sendo que a única relação possível de estabelecer é entre doenças transmissíveis e as condições precárias associadas ao processo migratório, nomeadamente campos sobrelotados, condições higiénicas inadequadas, consumo de água e alimentos contaminados e acesso limitado a cuidados médicos, nomeadamente ausência de vacinação [3,20,22]. Intimamente relacionadas com as condições anteriormente descritas há um risco aumentado de doenças como salmonelose, hepatite A, cólera, infecções respiratórias, sarampo, varicela, leishmaniose, escabiose, febre recorrente e rickettsioses [20,22]. Entre as principais causas de morbidade dentro e fora dos campos permanecem as infecções agudas do trato respiratório e a diarreia [23].

Em 2014, a Síria apresentava uma taxa de incidência global de tuberculose de 17 casos por 100.000 habitantes à semelhança dos países adjacentes com excepção do Iraque, que tem uma taxa de incidência relativamente elevada [10]. Entre os refugiados sírios, a prevalência de hepatite B crónica é de 5,6% e a prevalência de hepatite C é de 3,1% [10]. Num grupo de 880 refugiados sírios residentes no Iraque, 3,86% foram encontrados infectados com o vírus da hepatite B e nenhum caso de hepatite C foi detectado [24]. Relativamente à infecção por VIH e sífilis, estas parecem ser incomuns entre os refugiados sírios. Os dados obtidos da triagem médica realizada a refugiados sírios no Texas, que chegaram entre janeiro de 2012 e julho de 2016, revelaram positividade para VIH em 0,8% (2/261) dos indivíduos analisados e a infecção por sífilis foi encontrada em 0,7% (1/140) [10]. Quanto a infecções parasitárias, 1033 novos casos de leishmaniose foram relatados em 2013 no Líbano, tendo sido atribuídos a refugiados sírios, sendo a leishmaniose cutânea é a forma mais comum da doença [25]. A

giardíase e a schistosomíase também foram encontradas em refugiados sírios, tendo sido detetadas, respetivamente, em 7% e 1,4% do grupo de 488 menores não acompanhados [26].

No que diz respeito às doenças crónicas é de salientar que o processo migratório pode aumentar a vulnerabilidade dos imigrantes a este tipo de doenças, ao mesmo tempo que naqueles previamente diagnosticados pode haver um agravamento da sua saúde devido à perda de cuidados médicos, à interrupção do tratamento, à falta de abrigo e alimentação adequada ou devido ao *stress* psicológico [20]. Quanto às doenças crónicas, a diabetes *mellitus*, as doenças cardiovasculares (hipertensão arterial e doença coronária) e as doenças respiratórias crónicas (asma e doença pulmonar obstrutiva crónica) foram os três principais motivos de procura de cuidados médicos em campos de refugiados monitorizados pela agência da ONU para os refugiados [23]. Um estudo, que avaliou a prevalência de doenças crónicas previamente seleccionadas em refugiados que residiam fora de campos na Jordânia, verificou que entre os adultos (idade ≥ 18 anos), a hipertensão arterial apresentava-se como a patologia mais prevalente, seguida de artrite, diabetes *mellitus*, doença cardiovascular e doença respiratória crónica [27]. Um outro estudo, centrado em idosos sírios refugiados (idade ≥ 60 anos) que vivem no Líbano, relata que 53% dos entrevistados mencionaram hipertensão arterial, 38% diabetes *mellitus*, 22 % colesterol alto, enquanto 11% referiram doença pulmonar crónica e 9% doença do trato digestivo [28].

Quanto a doenças hereditárias, é de destacar a talassémia, verificando-se que aproximadamente 5% da população síria é portadora de traços de talassemia beta, e a febre mediterrânea familiar [10].

Na esfera nutricional, a desnutrição aguda é infrequente nos refugiados sírios ao contrário da desnutrição crónica e da anemia, cuja prevalência sugere um grave problema de saúde pública entre mulheres e crianças [29].

As mulheres são um grupo sensível, se pensarmos nos problemas relacionados com a saúde sexual e reprodutiva e o acesso dificultado ou limitado a cuidados médicos. De um total de 452 entrevistas a refugiadas sírias com idades entre 18 e 45 anos que estiveram no Líbano, a maioria mencionou alterações ginecológicas que incluíam irregularidade menstrual, dor pélvica severa, dismenorreia e sintomas compatíveis com infecção. Entre as entrevistadas que estiveram grávidas em algum momento do conflito, 39,5% apresentaram complicações durante a gravidez, nomeadamente cansaço extremo, dor abdominal severa, hemorragia vaginal e febre e 36,8% das que completaram a gestação tiveram complicações relacionados com o parto, sendo a hemorragia a mais frequente [30]. As mulheres refugiadas encontram-se numa situação de dupla exposição em relação à violência, enquanto mulheres e enquanto refugiadas. Elas são frequentemente expostas à violência quer ainda no cenário de guerra quer durante o processo migratório, estando susceptíveis ao casamento forçado e/ou infantil, violência doméstica e violência sexual, quer cometida por outros refugiados quer por nacionais de países de acolhimento, e tráfico humano [8].

Pensando agora na saúde mental, este é um problema importante entre refugiados, podendo manifestar-se com exacerbação de doenças mentais já diagnosticadas, com novas patologias desencadeadas pela violência do conflito, pelo deslocamento forçado, pelas múltiplas perdas humanas, relacionais e materiais e pelas perigosas travessias que realizam e por fim, com questões relacionadas com a adaptação aos países de asilo que podem motivar sensação de perda de identidade, perda de controlo, frustração e isolamento [31].

A prevalência de doenças mentais parece não ser substancialmente maior nos refugiados comparativamente à população do país de asilo, com exceção da perturbação de *stress* pós-traumático (PSPT), cuja prevalência ainda é superior se se verificar em refugiados que experimentaram eventos traumáticos durante a infância e adolescência. A PSPT pode manifestar-se com pesadelos, memórias intrusivas, *flashbacks* e comportamentos de evicção

de situações que relembrem o trauma. A associação entre depressão e perturbação de *stress* pós-traumático é comum, havendo estudos que relatam uma associação entre PSPT e depressão na ordem dos 40% [32]. Não devemos esquecer que sintomas físicos como fadiga, problemas de sono, perda de apetite e queixas médicas inexplicáveis poderão traduzir alterações do foro psiquiátrico [32].

O escritório para a Europa da OMS não recomenda o rastreio médico obrigatório de refugiados/imigrantes pelo facto de não ter boa relação custo-eficácia e poder causar ansiedade tanto entre os migrantes, dissuadindo-os da realização de uma avaliação médica e, deste modo, comprometendo a identificação de pacientes de alto risco, bem como na comunidade receptora. Esta organização defende que no ponto de entrada deve ser efectuada uma triagem de doenças transmissíveis, de acordo com o país de origem e dos países de trânsito, e de doenças crónicas e se necessário o respectivo tratamento, sendo que esta triagem também servirá para a identificação de grupos de risco como crianças, mulheres grávidas e idosos [20,33]. O rastreio nunca deverá ser um instrumento discriminatório e estigmatizante [34].

No que se refere à vacinação, será difícil de identificar as vacinas previamente administradas por falta de registos médicos. A população síria pode ter recebido vacinas antes do deslocamento forçado, através do programa nacional de imunização sírio, bem como de organizações não-governamentais que operam nos campos de refugiados [10]. É recomendado que os refugiados/requerentes de asilo sejam vacinados sem atraso desnecessário, nomeadamente contra o sarampo, a parotidite infecciosa e a rubéola, a poliomielite, doença meningocócica, difteria (usando a vacina contra tétano, difteria e tosse convulsa) e influenza dependendo da época do ano [20,33,35].

No passado a reduzida expressividade numérica de refugiados em Portugal e o seu confinamento a uma área muito localizada, na medida em que eram automaticamente

encaminhados para o Centro de Acolhimento para Refugiados após o pedido de asilo ser apresentado no Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, colocou-os por um lado à margem do poder político e por outro impediu-os de usufruir o reconhecimento social que é dado aos imigrantes [8]. Segundo a lei portuguesa, todos têm direito à proteção na saúde, na exata medida das suas necessidades, independentemente das suas condições económicas, sociais e culturais, contudo estes princípios não são suficientes para obter equidade de cuidados e os serviços de saúde também se revelam inadequados para as suas particularidades, o que dificulta a integração dos refugiados no país de asilo [36].

No que diz respeito às dificuldades sentidas pelo médico e refugiado no contexto de consulta, o idioma e as questões de comunicação são entraves frequentemente identificados e neste caso destaca-se a ausência de um idioma que ambos falem e a falta de intérpretes que possam servir de intermediários [37]. O recurso a intérpretes, quer um profissional quer um familiar/amigo, pode esbarrar na questão da confidencialidade, nomeadamente no que diz respeito à discussão de questões como a saúde sexual, problemas ginecológicos, violação, violência doméstica ou tortura [38]. Para além disso, as barreiras linguísticas não aparecem apenas durante a interação entre médico e doente, mas em todos os níveis do sistema de cuidados de saúde, desde a marcação de uma consulta, à compreensão de materiais escritos, particularmente o consentimento informado, até ao levantamento de uma receita [39]. Em suma, o não domínio da língua e a falta de acesso a um intérprete condicionam menor intervenção na área da prevenção, podem levar a recusa na realização de exames complementares e a *compliance* terapêutica deficitária, para além de condicionarem atraso na prestação de cuidados ou cuidados inadequados e maior risco de complicações [39,40,41].

Para além da estrita questão da língua, as dificuldades de comunicação poderão dever-se a uma compreensão distinta de saúde, do significado de sintomas, da abordagem da doença e do tratamento e / ou tabus em torno de certos tópicos [37]. Os sintomas dificilmente serão

interpretados de maneira correta pelos médicos se ignorarem o universo sociocultural que os produz e o diagnóstico só fará sentido se existir um universo de referências comuns entre o profissional de saúde e o paciente [8]. Na realidade, verifica-se uma *décalage* entre os idiomas do sofrimento físico ou mental, condicionada cultural e socialmente e a uso de linguagem biomédica, frequentemente incompreensível [8]. Deste modo, pode verificar-se o não reconhecimento de necessidades médicas por parte de alguns doentes, como é o caso de mulheres de certas minorias étnicas que pensam que a assistência pré-natal é algo prescindível, assim como não deverá ser de estranhar que os refugiados demonstrem alguma desconfiança em relação às terapêuticas administradas pelos clínicos e que sintam necessidade de recorrer às medicinas alternativas [41]. Por fim, é preciso estar consciente que em alguns pacientes pode haver fortes tabus no que diz respeito ao sexo do profissional de saúde, particularmente no que se refere ao exame físico, e a falta de sensibilidade para esta questão pode ofender crenças religiosas ou culturais [37].

Assim, quando se pensa neste grupo em particular e dada a sua trajetória de vida, trata-se de indivíduos que podem apresentar múltiplos problemas, problemas complexos, dados os seus antecedentes de trauma derivados da guerra, tortura, perda de familiares, e múltiplas necessidades e que por isso é preciso tempo para ouvi-los e entendê-los, o que não vai ao encontro do tempo estipulado para cada consulta [37]. Pode suceder que os refugiados por não estarem habituados a fornecer informações tão privadas ou por medo ou falta de confiança nos profissionais de saúde revelem alguma ansiedade em divulgar tais informações, pelo que havendo essa possibilidade é preciso tranquilizar os pacientes da nossa imparcialidade e do nosso dever profissional de confidencialidade [37,38]. Um exemplo elucidativo é a recusa em realizar determinados exames por medo de represálias tendo em conta os seus resultados [40]. Fornecer cuidados psiquiátricos e o apoio psicológico pode ser difícil na medida em que muitos dos que precisam de ajuda desconhecem estes apoios,

enquanto outros podem sentir-se culturalmente incapazes de expressar medo ou são incapazes de falar sobre eventos traumáticos [20].

Um outro obstáculo que poderá condicionar a interação refugiado/médico é a inexistência de competência cultural nos profissionais de saúde 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 [8]. 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 directo com situações de multiculturalidade nos seus contextos profissionais, uma parte significativa dos participantes revelou não ter competências adequadas [42]. Não existem mediadores culturais orientados para a saúde, localizados em hospitais, centros de saúde ou maternidades, que possam ser o elo de ligação [8]. A utilização de mediadores culturais, ou seja, pessoas capazes de obter informação junto da população afetada de forma culturalmente aceitável é uma mais-valia na medida em que facilita a comunicação, ultrapassando a barreira linguística, permite esclarecer aspetos sociais e culturais das pessoas a acolher, pode prevenir situações de recusa ou de desconforto no acolhimento resultantes de choques culturais e pode alertar para problemas de saúde de determinados indivíduos que não o consigam expressar [43]. Dados os recursos limitados, a ignorância relativa a esta matéria e a ausência de um plano com normas orientadoras na área da saúde dirigido aos refugiados, não é de estranhar a sensação de impotência dos médicos, que se pode evidenciar em frases como: “o doente não colabora” ou “recusa-se a seguir o tratamento que lhe prescrevo” ou ainda “os refugiados são muito consumistas de consultas”, que exemplificam a ausência de entendimento entre os atores envolvidos e a necessidade de uma mediação eficaz [8]. Seria, portanto, útil criar equipas

transdisciplinares para desenvolver uma verdadeira competência cultural na saúde bem como insistir na formação dos profissionais de saúde na área da multiculturalidade em saúde, desde logo nas faculdades de medicina.

Os refugiados poderão estranhar a organização dos cuidados primários que encontram em Portugal, o que leva a um recurso inadequado das urgências hospitalares até que percebam qual o papel do médico de Medicina Geral e Familiar e dos centros de saúde [37].

Há ainda a questão das expectativas que se podem revelar não apropriadas, nomeadamente no que diz respeito à marcação célere de consultas e à melhoria significativa da sua saúde imediatamente após chegada ao país de asilo, sendo que quando estas não podem ser satisfeitas pode levar a aparente reação excessiva devido a frustração, confusão ou sentimentos de rejeição [8].

É importante salientar que o sofrimento dos refugiados pode não se resumir apenas aos traumas por eles vividos no passado, devendo-se também considerar que o desconhecimento relativo aos novos contornos sociais e culturais pode ser motivo de angústia. Falo da discriminação sistemática no país de asilo, da não disponibilização de meios de mediação linguística e cultural para interagir a nível institucional, da ausência de oportunidades de emprego, de meios necessários para alugar uma casa, poder estudar ou usufruir do serviço nacional de saúde [8].

A criação de um plano nacional de saúde de apoio ao refugiado que procure objetivar normas orientadoras e promover intervenções de forma a atender às suas especificidades parece imprescindível. O acesso pleno, não discriminatório e não estigmatizante aos serviços de saúde implica o compromisso pelo respeito dos direitos humanos, a valorização da diversidade cultural, religiosa e linguística, o reconhecimento da resiliência do refugiado, a satisfação da necessidade de serviços de saúde linguisticamente acessíveis, culturalmente respeitosos e livres de obstáculos administrativos, a promoção da

literacia em saúde, o controlo dos refugiados sobre a sua própria saúde, a estreita colaboração com organizações de apoio a refugiados e, por fim, não ignorar determinantes de saúde como o emprego, o rendimento, os estilos de vida e o acesso aos serviços [44,45]. Este plano também deverá ter por objetivo ampliar os conhecimentos sobre o estado de saúde dos refugiados, desde dados sobre doenças infecciosas, saúde sexual e reprodutiva, saúde mental, história de tortura, violência doméstica e violação que, por vezes, são escassos ou desatualizados tendo em conta os atuais refugiados [45].

TAREFAS

Tarefa 1 – Entrega da proposta de projecto de dissertação e de orientação científica (06/06/2016)

Tarefa 2 – Elaboração da discussão que escrevi com base numa revisão de documentos provenientes de *sites* do Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados, Organização Mundial da Saúde, União Europeia, Centro americano de controlo e prevenção de doenças, Centro europeu da prevenção e controlo de doenças e através da pesquisa na base de dados Pubmed, usando as seguintes palavras-chaves: *health, syrian refugee*

Tarefa 3 – Elaboração de um primeiro questionário relativo às variáveis em estudo seguido da elaboração do questionário “Expectativas sobre a saúde dos refugiados”.

Tarefa 4 – Pedidos de autorização e divulgação do questionário à Ordem dos Médicos e Administrações Regionais de Saúde.

Tarefa 5 – Divulgação do questionário e recolha de dados através à plataforma Google Docs.

Tarefa 6 - Tratamento de dados no programa SPSS.

Tarefa 7 – Redação do relatório de investigação.

Tarefa 8 – Divulgação do relatório/ publicação.

Bibliografia

- [1] UNHCR, Global trends forced displacement in 2015;
- [2] Hernâni Caniço, Sofia Figueiredo, Joana Gameiro, Comunicação social – *informação*, A crise dos refugiados na Europa, 2 de Setembro de 2015, Saúde em Português;
- [3] World Health Organization, regional office for Europe, Refugee Crisis, Situation update 3, 06-APRIL-2016;
- [4] Ministério da Administração Interna, Serviço de Estrangeiro e Fronteiras, Gabinete de asilo e refugiados, Guia do Requerente de Asilo;
- [5] Catarina Marcelino, Intervenção da Secretária de Estado para a cidadania e igualdade no diálogo internacional sobre as migrações, Genebra, 11 e 12 de outubro de 2016;
- [6] Migrant integration policy index, Portugal, 2015;
- [7] Maria Lucinda Fonseca e Sandra Silva, Saúde e Imigração: utentes e serviços na área de influência do Centro de Saúde da Graça, Fevereiro de 2010;
- [8] Cristina Santinho, «A importância da competência cultural no atendimento de saúde a refugiados e requerentes de asilo», Fórum Sociológico [Online], 22 | 2012, posto online no dia 26 Fevereiro 2013, consultado o 28 Fevereiro 2013. URL: <http://sociologico.revues.org/594>;
- [8] Cristina Santinho, «A importância da competência cultural no atendimento de saúde a refugiados e requerentes de asilo», Fórum Sociológico [Online], 22 | 2012, posto online no dia 26 Fevereiro 2013, consultado o 28 Fevereiro 2013. URL: <http://sociologico.revues.org/594>;
- [9] Centro regional de informação das Nações Unidas, Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, <http://www.unric.org/pt/objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel>;
- [10] U.S. Department of Health and Human Services Centers for Disease Control and Prevention National Center for Emerging and Zoonotic Infectious Diseases, Division of

Global Migration and Quarantine, SYRIAN REFUGEE HEALTH PROFILE, December 22, 2016;

[11] Citizenship and immigration Canada, Population Profile: Syrian Refugees, November 2015;

[12] Al Jazeera, Syria's Civil War Explained, 7 February 2017, <http://www.aljazeera.com/news/2016/05/syria-civil-war-explained-160505084119966.html>;

[13] Independent International Commission of Inquiry on the Syrian Arab Republic, Human rights abuses and international humanitarian law violations in the Syrian Arab Republic between 21 July 2016- 28 February 2017, 13 March 2017;

[14] Global Humanitarian Assistance, Defining humanitarian assistance, <http://www.globalhumanitarianassistance.org/data-guides/defining-humanitarian-aid/>

[15] Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos, Delegação das Nações Unidas em Genebra colecção, Direito Internacional Humanitário e Direitos Humanos, Direitos Humanos, Fichas Informativas nº13;

[16] Médicos Sem Fronteiras, 6 anos de guerra na Síria, 14/03/2017, <https://www.msf.org.br/noticias/6-anos-de-guerra-na-siria>;

[17] European Commission's Directorate-General for European Civil Protection and Humanitarian Aid Operations, ECHO Factsheet – Syria crisis, March 2017;

[18] The Guardian, Syrian refugees: four million people forced to flee as crisis deepens, 9 July 2015, <https://www.theguardian.com/global-development/2015/jul/09/syria-refugees-4-million-people-flee-crisis-deepens>;

[19] UNHCR Data Portal, Syria Regional Refugee Response, <http://data.unhcr.org/syrianrefugees/regional.php>;

[20] European parliament, The public health dimension of the European migrant crisis, Briefing January 2016;

- [21] UNHCR Data Portal, Situation Mediterranean Situation, <https://data2.unhcr.org/en/situations/mediterranean>;
- [22] European Commission, Assessment of refugees and migrants in the EU/EEA, Handbook for health personal;
- [23] Inter-agency regional response for syrian refugees health and nutrition bulletin Egypt, Iraq, Jordan, and Lebanon October 2013;
- [24] Hussein, N.R., et al., Prevalence of HBV, HCV and HIV Infections Among Syrian Refugees in Kurdistan Region, Iraq. *Int J Infect.*;
- [25] Alawieh A., et al., Revisiting leishmaniasis in the time of war: the Syrian conflict and the Lebanese outbreak. *Int J Infect Dis.*, 2014;
- [26] Mockenhaupt F, Barbre K, Jensenius M, Larsen C, Barnett E, Stauffer W, Rothe C, Asgeirsson H, Hamer D, Esposito D, Gautret P, Schlagenhauf P. Profile of illness in Syrian refugees: A GeoSentinel analysis, 2013 to 2015;
- [27] Doocy, S., et al., Prevalence and care-seeking for chronic diseases among Syrian refugees in Jordan, *BMC Public Health*, 2015;
- [28] Strong J., Varady C., Chahda N., Doocy S. and Burnham G., Health status and health needs of older refugees from Syria in Lebanon, *Confl Health*. 2015;
- [29] Hossain S. M. Moazzem, Leidman E., Kingori J., Al Harun A. and Bilukha O., Nutritional situation among Syrian refugees hosted in Iraq, Jordan, and Lebanon: cross sectional surveys, *Confl Health*. 2016;
- [30] Reese Masterson A., Usta J., Gupta J. and Ettinger A., Assessment of reproductive health and violence against women among displaced Syrians in Lebanon, *BMC Womens Health*. 2014;

- [31] Hassan G, Ventevogel P, Jefee-Bahloul H, Barkil-Oteo A, Kirmayer LJ. Mental health and psychosocial wellbeing of Syrians affected by armed conflict., *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2016;
- [32] Priebe S., Giacco D., El-Nagi R., Public health aspects of mental health among migrants and refugees: a review of the evidence on mental health care for refugees, asylum seekers and irregular migrants in the WHO European Region, *HEALTH EVIDENCE NETWORK SYNTHESIS REPORT 47*;
- [33] WHO Regional Office for Europe, Migration and health: key issues, <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/migration-and-health/migrant-health-in-the-european-region/migration-and-health-key-issues>;
- [34] Outcome document of the High-level Meeting on Refugee and Migrant Health, Stepping up action on refugee and migrant health, 23-24 November 2015, Rome, Italy;
- [35] ECDC, Communicable disease risks associated with the movement of refugees in Europe during the winter season, 10 November 2015;
- [36] MACHADO, Maria do Céu (2007), “ Imigrantes, saúde e educação”, in DIAS, Sónia (org.), *Revista Migrações - Número Temático Imigração e Saúde*, Setembro 2007, n.º 1, Lisboa;
- [37] Cheal C. and Fine B. P., Resource pack to help general practitioners and other primary health care professionals in their work with refugees and asylum seekers, Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust, June 2012;
- [38] Burnett A. and Peel M., Health needs of asylum seekers and refugees, *BMJ.* 2001 Mar 3
- [39] Morris M. D., Popper S. T., Rodwell T. C., Brodine S. K., Brouwer K. C., *Healthcare Barriers of Refugees Post-resettlement, J Community Health* (2009);
- [40] Maria Cristina Santinho, refugiados e requerentes de asilo em Portugal: contornos políticos no campo da saúde, maio de 2011;

[41] Scheppers E, van Dongen E, Dekker J, Geertzen J and Dekker J. Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review. *Family Practice* 2006;

[42] Fernandes A. B., Monteiro A. P., Contributo para o estudo de competência cultural em saúde mental de enfermeiros em Portugal;

[43] DGS, Acolhimento de refugiados: Alimentação e Necessidades Nutricionais em Situações de Emergência, Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável, 2015;

[44] Ministry of Health, NSW, Refugee Health Plan (2011-2016);

[45] WHO Regional Office for Europe, Strategy and action plan for refugee and migrant health in the WHO European Region, REGIONAL COMMITTEE FOR EUROPE 66th SESSION, Copenhagen, Denmark, 12–15 September 2016.

Anexo

CONSENTIMENTO INFORMADO

A sua participação neste trabalho de investigação é voluntária, podendo desistir a qualquer momento se assim o desejar. Garantimos a confidencialidade e o anonimato de todos os dados obtidos. Agradecemos a sua colaboração.

Concorda em participar

SIM

NÃO

Questionário

IDADE: _____ SEXO: MASCULINO FEMININO

NACIONALIDADE: _____

ANOS DE SERVIÇO COMO ESPECIALISTA: _____ ANOS

LOCAL DE TRABALHO: _____

TEM EXPERIÊNCIA COM POPULAÇÕES MULTICULTURAIS?

SIM

NÃO

TEM FORMAÇÃO PRÉVIA NA ÁREA DO IMIGRANTE/REFUGIADO?

SIM

NÃO

Questionário

EXPECTATIVAS SOBRE A SAÚDE DOS REFUGIADOS

Instruções: nos primeiros dez itens selecionará apenas uma alternativa. Nos itens 11 e 12 deverá selecionar três alternativas.

1. Tem acompanhado a atual crise de refugiados e considera-se conhecedor das suas causas.

Concordo Não concordo nem discordo Discordo

2. Considera-se conhecedor das características sociodemográficas e das crenças religiosas/culturais dos atuais refugiados.

Concordo Não concordo nem discordo Discordo

3. Pensa que é importante conhecer as crenças religiosas/culturais dos refugiados.

Concordo Não concordo nem discordo Discordo

4. Reconhece o pleno acesso dos refugiados ao serviço nacional de saúde.

Concordo Não concordo nem discordo Discordo

5. Considera importante a criação de plano nacional de saúde dirigido aos refugiados de forma a satisfazer as suas particularidades e necessidades.

Concordo Não concordo nem discordo Discordo

6. Considera importante a realização de um rastreio protocolado a todos os refugiados.

Concordo Não concordo nem discordo Discordo

7. Considera que aos refugiados está associado maior risco de transmissão de doenças infecciosas.

Concordo Não concordo nem discordo Discordo

8. Considera uma prioridade a vacinação de refugiados.

Concordo Não concordo nem discordo Discordo

9. Considera que as doenças crónicas que afetam os refugiados são similares às da população portuguesa.

Concordo Não concordo nem discordo Discordo

10. Considera a perturbação de stress pós-traumático a doença mental mais problemática entre os refugiados.

Concordo Não concordo nem discordo Discordo

11. Quais as dificuldades que mais o preocupariam no contexto da consulta perante um refugiado/imigrante.

Dificuldades linguísticas	
Dificuldades na interpretação de sintomas e na prescrição do tratamento por universo sociocultural não coincidente	
Falta de competência cultural	
Tempo de consulta insuficiente	
Desconhecimento relativo à organização dos cuidados primários e do papel do médico de Medicina Geral e Familiar.	
Falta de confiança do refugiado no médico	
Sexo do/a médico/a ser distinto do/a paciente.	
Expectativas inapropriadas do doente relativamente ao sucesso dos cuidados médicos	

12. Quais as possíveis soluções que identificaria para ultrapassar as dificuldades identificadas no contexto da consulta perante um refugiado/imigrante.

Disponibilização de intérpretes profissionais/mediadores culturais	
Criação de equipas transdisciplinares dotadas de competência cultural	
Aquisição de ações de formação sobre os refugiados	
Maior duração da consulta	
Elaboração de folhetos informativos na língua dos refugiados	
Perceber como está a decorrer a adaptação do refugiado a Portugal	
Ampliar a articulação entre as organizações da sociedade civil de solidariedade social e o Estado receptor de refugiados	
Existência de um Plano Nacional de Saúde de Apoio aos Refugiados	

PEDIDO DE DIVULGAÇÃO

= Modelo de e-mail a enviar às ARS =

Exmo. Senhor Presidente do Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde Norte/Centro/Lisboa e Vale do Tejo/Alentejo/Algarve.

O meu nome é Ana Rita Alves Ferreira, aluna do 6º ano de medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Venho por este meio solicitar a vossa autorização e apoio na divulgação de um trabalho de investigação intitulado “INTEGRAÇÃO DOS REFUGIADOS NOS CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE”.

O questionário “Expectativas sobre a saúde dos refugiados” procura avaliar quais os conhecimentos dos médicos de Medicina Geral e Familiar relativamente à razão que motivou o fluxo em massa de refugiados e ao perfil sociodemográfico do refugiado, determinar qual a sua perceção sobre o estado de saúde dos refugiados, identificar as dificuldades que poderão surgir na relação médico-doente para efeito de diagnóstico e terapêutica e equacionar soluções para ultrapassar as dificuldades sentidas pelos médicos no contexto da consulta.

Este trabalho é a concretização de um projeto de investigação que realizei como tese de mestrado integrado, orientado pelo Professor Doutor Hernâni Caniço.

Com os melhores cumprimentos,

Ana Rita Ferreira

Contacto: rita_alvesf93@hotmail.com/914291598

PEDIDO DE DIVULGAÇÃO

= Modelo de e-mail a enviar à Ordem dos Médicos =

Exmo. Senhor Bastonário da Ordem dos Médicos,

O meu nome é Ana Rita Alves Ferreira, aluna do 6º ano de medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Venho por este meio solicitar a vossa autorização e apoio na divulgação de um trabalho de investigação intitulado “INTEGRAÇÃO DOS REFUGIADOS NOS CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE”.

O questionário “Expectativas sobre a saúde dos refugiados” procura avaliar quais os conhecimentos dos médicos de Medicina Geral e Familiar relativamente à razão que motivou o fluxo em massa de refugiados e ao perfil sociodemográfico do refugiado, determinar qual a sua perceção sobre o estado de saúde dos refugiados, identificar as dificuldades que poderão surgir na relação médico-doente para efeito de diagnóstico e terapêutica e equacionar soluções para ultrapassar as dificuldades sentidas pelos médicos no contexto da consulta.

Este trabalho é a concretização de um projeto de investigação que realizei como tese de mestrado integrado, orientado pelo Professor Doutor Hernâni Caniço.

Com os melhores cumprimentos,

Ana Rita Ferreira

Contacto: rita_alvesf93@hotmail.com/914291598