

Direito à saúde nas populações de refugiados: uma revisão sistemática com meta-análise

Right to health in refugee populations: a systematic review with meta-analysis

DOI:10.34117/bjdv7n3-787

Recebimento dos originais: 08/02/2021

Aceitação para publicação: 30/03/2021

Marcial Moreno Moreira

Mestrando pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina do ABC – FMABC.

Endereço: Av. Príncipe de Gales, 821 – Bairro Príncipe de Gales – Santo André - SP – Brasil CEP: 09060-650.

E-mail: psiquiatra2020@bol.com.br

Modesto Leite Rolim Neto

Pós- Doutor em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – USP

Endereço: Av. Dr. Arnaldo, 715 - Cerqueira César, São Paulo – SP – Brasil. CEP: 01246-904

E-mail: modesto.neto@ufca.edu.br

RESUMO

Objetivo: avaliar evidências acerca da garantia dos direitos à saúde das populações de refugiados no mundo. **Fontes de dados:** foram utilizados os seguintes bancos de dados: MEDLINE, acessado via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), e SCOPUS. Com a finalidade de realizar uma pesquisa mais segura e direcionada, os autores optaram pelo uso reunir todos os descritores (MeSH) usando o operador AND da seguinte forma: (Refugees AND Right to health AND human rights). **Seleção de estudo:** A seleção primária ocorreu pela análise dos títulos e abstracts/resumos seguida da elegibilidade baseada nos critérios de inclusão previamente estabelecidos. **Extração de dados:** algumas informações foram extraídas dos estudos como autor / ano, tipo de participantes e seus respectivos números, tipos de intervenções, número de sessões ou tempo de acompanhamento e resultados. **Resultados:** As estratégias de pesquisa resultaram em 241 artigos. Com o uso subsequente dos critérios de inclusão e exclusão, 10 estudos foram inseridos na amostra (n) e incluídos por razões qualitativas e quantitativas. Para análise estatística foi utilizado o programa Stata 14.0 em que foi calculado a meta-análise pelo método de efeitos aleatórios, metarregressão para analisar associação entre as variáveis analisadas e metabias para análise de viés dos resultados apresentados. Os gráficos gerados foram respectivamente *Forest Plot*, *Bubble Plot*. **Conclusão:** A falta de acesso à informação, a língua, a cultura e o estranhamento do país são fatores que contribuem para a precarização da saúde do refugiado e dificulta o seu acesso a ela..

Palavras-chave: Garantia de direitos; Refugiados; Saúde.

ABSTRACT

Objective: Evaluating evidence involving the assurance of health rights for refugee population throughout the world by systematic revision with metanalysis. **Data Source:** the following database was used: MEDLINE, accessed via Virtual Health Library (BVS), and SCOPUS. In order to make more assured and straightforward research, the authors chose to unify all the descriptors (MeSH) using the operator AND on the following form: (Refugees AND Right to health AND Human Rights). **Study Selection:** The primary selection occur through triage of titles and abstracts followed by eligibility criteria based on full reading of the articles selected under previously stablished inclusion criteria. **Data Extraction:** Some of the information were extracted from studies enclosing author, year, type of participants and its respective numbers, type of intervention, number of sessions or time of follow-up, and outcomes. **Results:** The research strategies resulted in 241 articles. Considering inclusion and exclusion criteria, 10 studies were included in the sample (N). The metanalysis make possible to assess the failure of the effective policy towards the refugee population's welfare, thus there is an effective close proximity with the absence line, I^2 (variation in ES attributable to heterogeneity) = 98.32%; Estimate of between-study variance $\tau^2 = 0.04$; Test of $ES=0$: $z = 1.08$ $p = 0.00$. Statistical analysis was performed using Stata 14.0 methods in which a meta-analysis was calculated using the random-analysis method, with meta-regression for analysis between variables and metabolites to analyze other results presented. The generated graphs were Forest Plot, Buble Plot. **Conclusion:** The lack of access to information, the language and cultural issues, and the oddness/estrangement over the hosting country are major factors contributing for the refugee's health precariousness in making it difficult in its access.

Keywords: Guarantee of rights; Refugees; Health.

1 INTRODUÇÃO

Refugiado é a pessoa que em função de temores de perseguição a partir de diversos motivos, relacionados à sua raça, nacionalidade, opção religiosa, associação a determinado grupo social ou opção política, encontra-se fora de seu país de origem, não podendo retornar a ele por temer sua integridade (ALMEIDA & AHLERT, 2013). Deixar sua casa pode ser uma decisão difícil em algumas partes do mundo, os alimentos e o abrigo podem ser inadequados. As condições de vida precárias e apertadas podem piorar sua saúde. Para a maioria dos refugiados, não há escolha. Sua segurança e suas vidas estão em risco se permanecerem (THE RIGHT TO HEALTH OF SIRIAN REFUGEES, 2015).

A proteção dos refugiados é de responsabilidade dos Estados e inclui muitos aspectos, dentre eles a proteção contra a devolução aos perigos dos quais eles já fugiram; o acesso aos procedimentos de asilos justos e eficientes; e medidas que garantam que seus direitos humanos básicos sejam respeitados e que lhes seja permitido viver em condições dignas e seguras que os ajudem a encontrar uma solução a longo prazo (EDWARDS, MERRY, HAASE, 2013). Nesse sentido, a comunidade internacional identificou a saúde

dos migrantes como uma prioridade, reconhecendo-a como um direito humano. As disparidades de saúde entre migrantes internacionais (imigrantes, refugiados, requerentes de asilo e indivíduos indocumentados) e nacionais, de países de baixa renda industrializados, podem ser o resultado de vulnerabilidade relacionada ao status de imigração, necessidades de saúde negligenciadas devido a barreiras de comunicação ou dificuldades em acessar serviços de saúde, entre outros fatores (GAGNON, MERRY, HAASE, 2013, UNHCR, 2016a).

Ao longo das duas últimas décadas, a população global de pessoas deslocadas forçadamente cresceu substancialmente, passando de 33,9 milhões em 1997 para 65,6 milhões em 2016. No final de 2016, havia 2,8 milhões de pessoas que procuram proteção internacional, mas cujo status de refugiado ainda não foi determinado (UNHCR, 2016a). No primeiro semestre de 2017 verificou-se um aumento no número de refugiados e migrantes que entram na Europa através da rota do Mediterrâneo Central para a Itália, com 83,752 chegadas. Em geral, o número de refugiados e migrantes que chegaram através da rota do Mediterrâneo Oriental nesse período foi 92% inferior ao do mesmo período em 2016. Os refugiados e os migrantes continuam a enfrentar sérios perigos durante as suas viagens para a Europa, bem como durante a viagem pela Europa (UNHCR, 2016b).

A globalização limita o acesso à proteção para os refugiados devido o processo de circulação seletivo de pessoas nas fronteiras políticas dos países, assim como desafia sua definição em virtude da complexidade dos fluxos migratórios existentes. Em 2015, a “crise de refugiados” deixou evidentes diversos aspectos que vêm impondo desafios aos direitos humanos, tais como as precárias condições às quais esses refugiados estão submetidos⁷. Em todo o mundo, a maior parte dos refugiados encontra-se em países de renda média ou baixa, sendo que 4,9 milhões de pessoas foram acolhidos nos países com os menores índices de desenvolvimento do mundo. Este enorme desequilíbrio reflete diversos aspectos, inclusive a falta de consenso internacional quando se trata do acolhimento de refugiados e a proximidade de muitos países pobres às regiões em conflito SILVA, 2017, EDWARDS, 2015, UNHCR, 2016b)

Objetivou-se nesta investigação realizar uma análise do direito à saúde nas populações de refugiados a partir de uma revisão sistematica utilizando o protocolo PRISMA. A pergunta norteadora de pesquisa foi baseada no acrônimo PICo (para P - população; I - interesse; e Co – contexto; em pesquisas não clínicas), sendo ela: quais contribuições práticas a literatura científica tem a oferecer acerca do direito de acesso à saúde para populações de refugiados no contexto de conflitos mundiais em evidência?

Considerando-se que o Direito Internacional dos Refugiados procura assegurar os direitos fundamentais consagrados nos diversos instrumentos internacionais de direitos humanos, tanto universais quanto regionais, preocupando-se com a proteção da vida, da saúde e da dignidade dos seres humanos em todas as circunstâncias, tanto em tempo de paz quanto em tempo de guerra (GABRIEL, KACZOROWSKI, BERRY, 2017).

Assim, a hipótese é que, a despeito dos avanços e acordos firmados desde a Convenção de Genebra em 1951 até a atualidade, visando à proteção desse grupo de pessoas, os refugiados encontram-se em situação de vulnerabilidade e abandono nos países que os abrigam, especialmente no que concerne ao acesso à saúde. Um exemplo disso pode ser verificado com os relatórios de entidades como do grupo Médicos Sem Fronteiras sobre a situação nos campos de refugiados no qual se expõe a precariedade dos asilos de refugiados, onde há pouca comida, escassez de água, superlotação e falta de higiene, o que causa inúmeras infecções⁹.

2 MÉTODO

Trata-se de uma revisão sistemática com meta-análise de artigos acerca da questão dos direitos de saúde das populações de refugiados dos bancos de dados eletrônicos indexados previamente selecionados. A pesquisa foi realizada entre os meses de agosto e setembro de 2017 analisando através das bases de dados eletrônicas SCOPUS/Elsevier e Virtual Health Library (BVS) que hospeda a base MEDLINE.

Foram utilizados os seguintes descritores, em inglês, para pesquisar na BVS:

- # 1. "Refugees" (termo MeSH);
- # 2. "Right to health (termo MeSH);
- #3. "Human rights" (termo MeSH);

Uma estratégia de busca semelhante foi realizada no SCOPUS, usando os mesmos termos mencionados acima.

A seleção de artigos foi limitada pela aplicação dos seguintes filtros na BVS e no SCOPUS: artigos com texto completo disponível para análise disposto nos idiomas inglês, espanhol ou português apresentando como assunto principal saúde pública, medicina, ciências sociais e serviços de saúde.

A avaliação crítica dos artigos seguiu os critérios de elegibilidade previamente determinados. O processo de filtragem inicial se deu pela leitura dos títulos e resumos. Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: (1) publicações escritas em inglês, em espanhol ou em português; (2) artigos que tivessem no título pelo menos uma

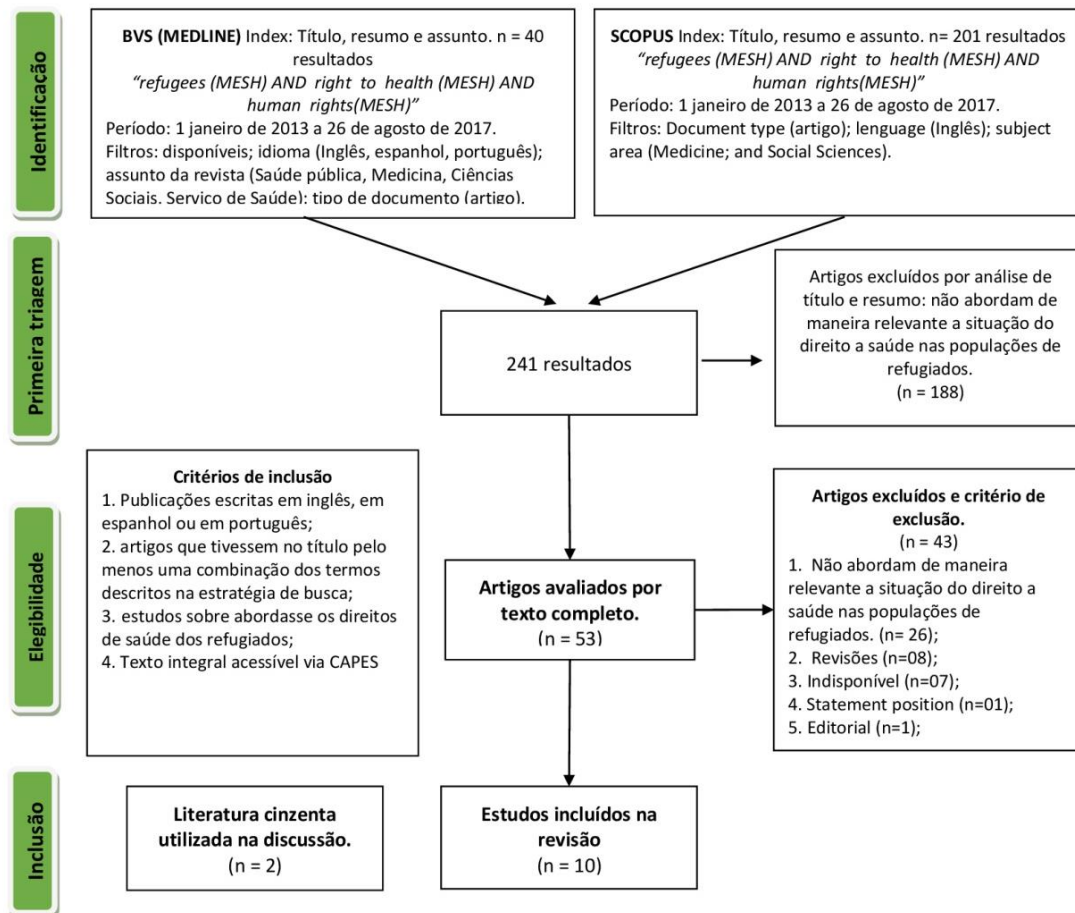
combinação dos termos descritos na estratégia de busca; (3) estudos que abordassem de maneira relevante a situação do direito à saúde na população de refugiados; e (4) estudos originais com texto integral acessível através do Portal de Periódicos da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior), uma biblioteca virtual criada pelo Ministério da Saúde brasileiro e de conteúdo restrito a usuários autorizados. Sendo excluídos (1) estudos não originais tais como cartas ao editor, prefácios, comunicações breves, correções/erratas, comentários, editoriais, revisões, monografias, dissertações e teses; (2) Não abordam de maneira relevante a situação do direito a saúde nas populações de refugiados; e (3) artigos com texto completo indisponível via portal da CAPES. Os manuscritos que estavam repetidos em mais de uma das bases de dados só foram contabilizados uma vez. Para evitar viés na avaliação dos achados, a coleta dos dados foi feita por três pesquisadores individualmente, de maneira a resolver divergências por meio de um quarto pesquisador sênior.

Cada artigo selecionado foi lido em sua totalidade e suas informações foram inseridas em uma planilha que incluiu autores, ano de publicação, periódico de publicação, amostra do estudo, descrição e principais achados (tabela 1). Para análise estatística foi utilizado o programa Stata 14.0 em que foi calculado a meta-análise pelo método de efeitos aleatórios, metarregressão para analisar associação entre as variáveis analisadas e metabias para análise de viés dos resultados apresentados. Os gráficos gerados foram respectivamente *Forest Plot*, *Bubble Plot*.

3 RESULTADOS

As estratégias de pesquisa acima relatadas resultaram em 241 artigos. Depois de analisar os títulos e os resumos das citações recuperadas para elegibilidade com base em critérios de inclusão em estudo, 188 artigos foram excluídos e 53 artigos foram recuperados. Em seguida, os 53 artigos pré-selecionados foram lidos em sua totalidade e foram analisados junto aos critérios de inclusão. Dessa forma, 43 artigos foram excluídos por não preencherem os quesitos até então estabelecidos e 10 artigos foram incluídos na amostra final (**Figura 1**). Dos artigos selecionados 40 % foram publicados no ano 2014 e o restante (60%) foram divididos de maneira igualitária entre os anos de 2013, 2015 e 2017.

Figura 1 - Diagrama de fluxo do processo de elegibilidade dos artigos nas plataformas BVS (MEDLINE) e Scopus



Fonte: PRISMA <http://www.prisma-statement.org/> (2018).

Tabela 1 - Disposição de artigos segundo autor, jornal, amostra e principais achados

Autor	Jornal	Amostra	Principais Achados
Chawla KS, 2017	World J Surg.	Foram analisados vinte e nove documentos de tratados internacionais usando as cópias verdadeiras certificadas pela coleção de tratados da ONU (CTCs) de banco de dados de tratados multilaterais de dezembro de 2015 a abril 2016.	Os tratados nacionais analisados se apoiam em um quadro para o desenvolvimento de amplas iniciativas da EESCA (Emergência e Cuidados Cirúrgicos Essenciais e Anestesia) para cidadãos dos Estados membros que ratificaram os tratados. Os três temas relacionados são: i) acesso igual a cuidados médicos abrangentes para todos; ii) disponibilidade de sistemas para cuidar dos feridos e fornecer cuidados cirúrgicos de emergência; e iii) proteção, reabilitação, apoio psicossocial e segurança social para pessoas vulneráveis, especialmente durante e após os tempos de conflito. Treze tratados multilaterais da ONU apoiam o acesso equitativo para a EESCA para todos. O texto dos tratados foi utilizado para construir uma estrutura que consiste em três temas relacionados para EESCA: i) igualdade de acesso à EESCA; ii) o cuidado dos feridos e aqueles com condições cirúrgicas de

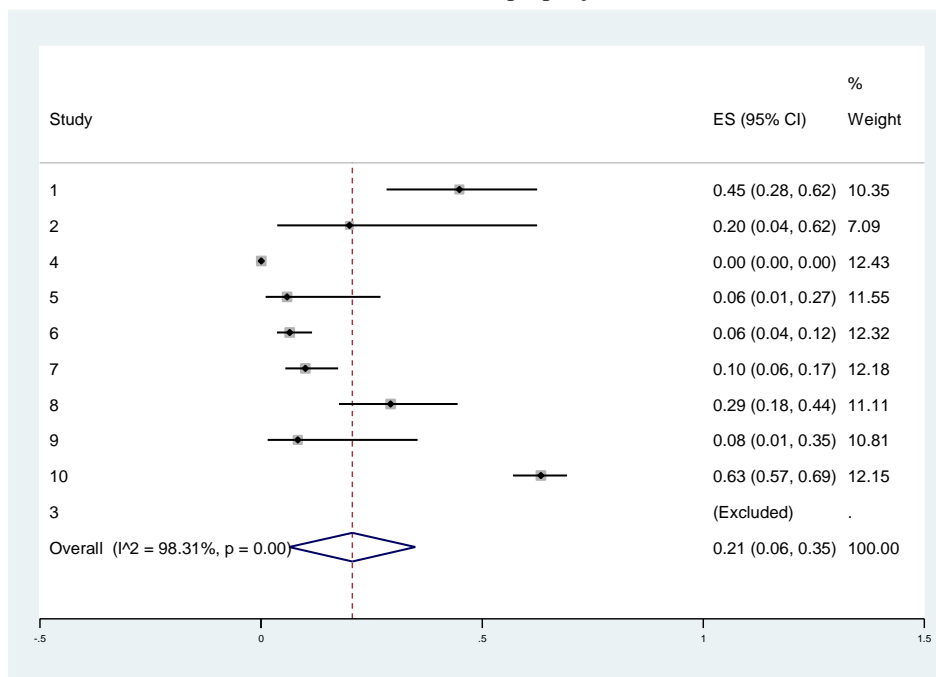
			emergência; e iii) proteção, reabilitação, apoio psicossocial, e social segurança.
Theresa Alfaro-Velcamp, 2017	Internacional Journal of Migration, Health and Social Care	A pesquisa envolveu a análise jurisprudencial da África do Sul, a Carta Africano e documentos das Nações Unidas em matéria de direitos para o acesso à saúde e aos cuidados de saúde.	Os requerentes de asilo e refugiados têm direito à saúde e cuidados de emergência; Contudo, as instituições prestadoras de cuidado requerem documentação que muitos imigrantes não possuem, dessa forma, muitas vezes os prestadores de cuidados de saúde são postos em uma posição insustentável de não poderem tratar pacientes, incluindo alguns que enfrentam condições fatais. Em conclusão, é apresentada uma divergência fundamental entre a ideia central do Bill Sul-Africano dos direitos que confere direitos socioeconômicos para todos e acesso a cuidados de saúde de asilo requerentes, refugiados e migrantes na África do Sul. Do outro lado doutrinas internacionais, chama cada vez mais os estados a reconhecer a responsabilidade que se estende a todos os povos residentes em um Estado/nação soberana.
Jonzon, R., Lindkvist, P., Johansson, E. (2015)	Scandinavian Journal of Public Health 43(5), pp. 548-558	Entrevistas semiestruturadas foram conduzidas com 11 refugiados da Eritreia residentes principalmente na Suécia. Foram inicialmente recrutadas oito pessoas, quatro mulheres e quatro homens. Mais três pessoas (uma mulher e dois homens) foram amostradas teoricamente para garantir a saturação de dados. Todos possuíam uma autorização de residência e residiam em Estocolmo no momento das entrevistas. A idade dos participantes selecionados variou de 27 a 43 anos e eles viveram na Suécia entre 2,5 e 5 anos.	Dificuldades na comunicação e em superar barreiras culturais foram relacionadas ao comprometimento do acesso ao serviço de saúde e a qualidade da avaliação da saúde. Informações relacionadas a problemas de saúde, como o direito de passar por avaliação de saúde, deveria ser dado às pessoas em busca de asilo recém-chegadas pela autoridade de migração, mas apenas alguns dos informantes deste estudo conseguiram lembrar que essas informações foram fornecidas a eles. Em vez de exigir informações em seu próprio idioma, informações sobre a finalidade da avaliação da saúde e o direito de articular suas próprias necessidades relacionadas à saúde, eles renunciaram e se voltaram para os compatriotas que chegaram mais cedo na Suécia para obter ajuda na interpretação de informações.
Kaluski, D.N., Stojanovski, K., McWeeney, G., (...), Licari, L., Jakab, Z.	Health Policy and Planning 30(8), pp. 976-984	Foi realizado um inquérito com 1698 pessoas, das quais 767 tinham 19 anos de idade ou mais. Mais de 80% consideraram-se romanos e 14% (n=07) não declararam etnicidade. A maioria dos entrevistados, 82% (5.60), afirmou que eram domiciliados, 7% (n. 55) eram pessoas internamente deslocadas,	Roma não cidadãos tiveram acesso limitado a serviços de saúde. Esses achados levaram o Ministro da Saúde da Sérvia e National Health Insurance Fund a reduzir os obstáculos administrativos e legislativos na obtenção do seguro de saúde, para assegurar os direitos dos romanos aos cuidados de saúde. No entanto, uma vez que muitos romanos na Sérvia não têm um lugar de residência permanente ou legal e não têm a capacidade de serem incluídos na força de trabalho reconhecida, não podem exercer o

		11% (n. 85) eram refugiados e 89% (n. 684) tinham cidadania sérvia.	seu direito à assistência médica. O Ministério da Saúde estabeleceu mediadores de saúde para estabelecer contatos com as comunidades romanas e os centros de cuidados de saúde primários. Juntamente com outras atividades de promoção da saúde, eles trabalham para familiarizar os romanos com seu direito à saúde e usar novas políticas para obter acesso ao sistema de saúde.
Byrskog, U., Olsson, P., Essén, B., Allvin, M.K.	BMC Public Health 14(1),892	17 mulheres em idade fértil nascidas na Somália e vivendo na Suécia. Todos os informantes provaram ter permissões de residência permanente na Suécia e suas situações familiares eram geralmente complexas, como ter deixado filhos biológicos para trás durante o vôo; separações e divórcios forçados; estar grávidas de maridos que viviam no exterior; e experimentar a morte de filhos próprios na Somália ou na Suécia.	Vários fatores reforçaram o silenciamento da violência sofrida entre as mulheres nascidas na Somália em relação à migração. Portanto, doenças relacionadas à violência podem ser ignoradas no sistema de saúde. Narrativas de casamento coercitivo, violência sexual, violência por parceiro íntimo e restrições limitando cuidados de saúde sexual e reprodutiva evidenciaram várias formas de violência baseada em gênero e violações de direitos a saúde sexual e reprodutiva. As estratégias de sobrevivência moldadas pela guerra contêm recursos para a resiliência e o aprimoramento do bem-estar e de direitos à saúde, sexuais e reprodutivos nos países receptores após a migração.
Keygnaert, I., Dialmy, A., Manço, A., (...), Roelens, K., Temmerman, M.	Globalization and Health 10(1),32	154 (60 mulheres - 94 homens) migrantes subsaarianos foram entrevistados. A maioria dos participantes eram jovens, com bom nível educacional, imigrantes predominantemente originados da Republica Democrática do Congo, Cameroun, Congo Brazzaville, Costa do Marfim e Mali.	90% relataram casos de múltiplas vitimidades, 45% das quais eram sexuais, predominantemente estupro de gangues. Os entrevistados disseram que se baseavam em ONGs para procurar ajuda, identificando organizações como a Cruz Vermelha ou Médicos sem Fronteiras (MSF) como únicos provedores de tratamento para tratamento de vítimas de violência sexual. Esta é uma situação insustentável e ignora direito dos migrantes aos cuidados de saúde.
Crush, J., Tawodzera, G.	Journal of Ethnic and Migration Studies 40(4), pp. 655-670	Foram realizadas cem entrevistas em profundidade com migrantes em Johannesburg e Cidade do Cabo, 50 em cada cidade. Um total de 10 discussões em grupos focais também foram realizadas, cinco em cada cidade.	Os entrevistados relataram que é muito difícil obter tratamento em clínicas e hospitais se eles não produzem documentos que verifiquem o direito de estarem na África do Sul. As instalações do setor privado geralmente não pedem essa documentação, geralmente estão muito mais interessadas na capacidade de pagamento de um paciente. No setor público, aqueles que não podem produzir evidências de seu direito legal de estar na África do Sul são regularmente recusados de tratamento ou afastados de hospitais e clínicas governamentais, por mais doentes que sejam.
Arnold, C., Theede, J., Gagnon, A.	Social Science and Medicine 110, pp. 1-9	As entrevistas semiestruturadas foram realizadas em inglês com representantes	Apesar dos artigos da Constituição do Quênia de 2010 que afirmam o direito à saúde para cada pessoa no Quênia, os migrantes continuam a ter barreiras únicas

		<p>governamentais (n = 3) e prestadores de serviços (n = 8). Foram realizadas oito discussões em grupos focais. Incluíram dois grupos de foco separados com membros da comunidade migrantes e quenianos de cada local: Mathare (n = 6 migrantes, n = 5 quenianos); Majengo (n = 4 migrantes, n = 6 quenianos); Kayole (n = 6 migrantes, n = 5 quenianos) e South B (n = 5 migrantes, n = 4 quenianos).</p>	<p>no acesso aos cuidados de saúde. Um reconhecimento geral dos direitos dos migrantes para acessar os cuidados de saúde e mais especificamente aqui, a provisão de informações mais detalhadas sobre tratamento e disponibilidade de drogas é uma necessidade insatisfeita da comunidade de migrantes. Curiosamente, os migrantes e os quenianos descreveram muitas das mesmas barreiras relativas à disponibilidade e à acessibilidade geográfica, ao passo que as barreiras particulares relacionadas à acessibilidade financeira eram diferentes entre migrantes e quenianos, e aqueles que se relacionavam com a aceitabilidade dos serviços eram relatados quase que exclusivamente por migrantes.</p>
<p>Scott, P.</p>	<p>International Journal of Migration, Health and Social Care 10(3), pp. 134-147</p>	<p>12 entrevistas em profundidade com pessoas negras africanas em busca de asilo, duas das quais foram entrevistas com acompanhamento com participantes que tiveram problemas de saúde específicos no momento da sua primeira entrevista. Os participantes do estudo incluíam seis mulheres e quatro homens que viviam ou moravam em um Duldung após a rejeição de seu pedido de asilo por períodos que variam de dois a sete anos. Metade das mulheres eram mães e tinham dado à luz pelo menos um de seus filhos enquanto estava em um Duldung. Uma das participantes femininas já havia obtido a sua autorização de residência através do casamento e tinha um seguro de saúde estatutário. Como resultado, ela teve a dupla experiência de negociar o sistema de saúde com e sem o status de beneficiário sob a Lei de Benefício a Pessoas em Busca de Asilo (ASBA).</p>	<p>Nenhum dos participantes recebeu informações sobre os serviços de saúde disponíveis e sobre como acessá-los. Os participantes entenderam que o sistema de asilo não apoiava sua saúde e bem-estar ou possibilitou seus esforços para encontrar proteção. O contato com as autoridades e as experiências da vida cotidiana levaram os participantes a internalizar o senso de seu "lugar" em relação aos outros e sua tripla desvantagem como requerentes de asilo, estrangeiros e negros africanos. Isso foi reforçado pela consciência de estar no fundo de uma hierarquia etno-racial de requerentes de asilo. Os seus homólogos de pele mais clara e os europeus orientais foram descritos como beneficiados de certos privilégios e isenções enquanto que "tudo o que é preto é ruim e criminal" Como consequência, suas táticas discursivas foram fundamentadas nas construções da sociedade e nas práticas institucionais estratégicas como desumanas, racistas e desrespeitadas dos seus direitos.</p>
<p>Vanthuyne, K., Meloni, F., Ruiz-Casares, M.,</p>	<p>Social Science and Medicine 93, pp. 78-85</p>	<p>Os participantes desta pesquisa on-line foram todos profissionais, administradores,</p>	<p>Para a maioria dos entrevistados, o direito à saúde dos imigrantes de status precário tornou-se um "privilégio", que, como contribuintes nos impostos, eles estão cada</p>

<p>Rousseau, C., Ricard- Guay, A.</p>	<p>pesquisadores e equipe de suporte, com base em 3 hospitais e 2 centros de atenção primária em Montreal. Este artigo utiliza comentários fornecidos por 237 entrevistados (23% de todos os entrevistados) detalhados no espaço aberto na conclusão da pesquisa. 193 pessoas (81%) nasceram no Canadá. Um total de 121 (51%) entrevistados identificaram-se como profissionais de saúde, 93 (40%) como funcionários de suporte, 14 (6%) como gerentes ou administradores, 3 (1%) como equipe acadêmica e 6 (2%) como ocupando outras posições.</p>	<p>vez menos dispostos a contribuir. Defende-se uma reconsideração do acesso aos cuidados de saúde como um direito.</p>
---	---	---

Gráfico 1 - Meta-análise de proporções dos estudos



I² (variation in ES attributable to heterogeneity) = 98.32%

Estimate of between-study variance Tau² = 0.04

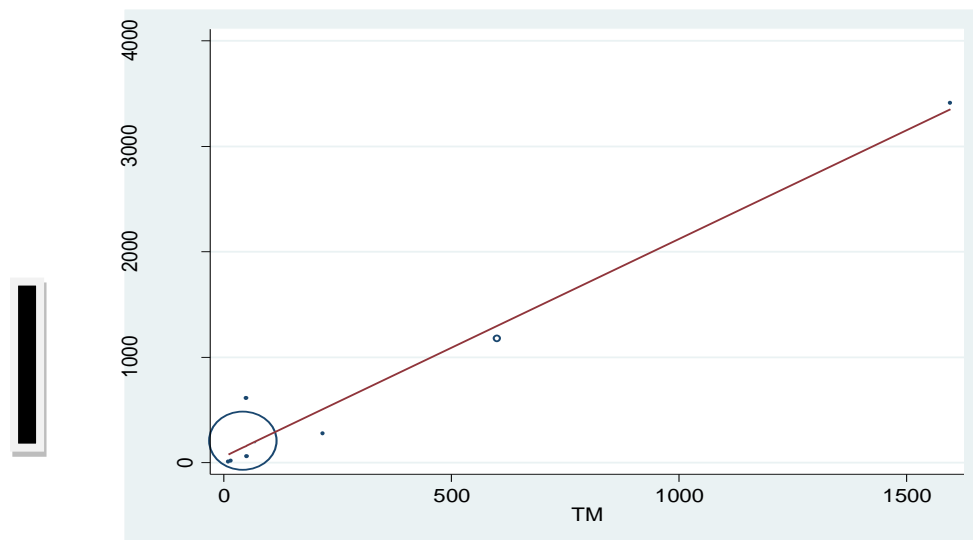
Test of ES=0 : z= 1.08 p = 0.00

Fonte: Autoria própria (2018).

Obteve-se como resultado final dessa análise um efeito de 0,21 com intervalo de confiança entre 0,06 e 0,35. Pela análise de proporções observadas no gráfico 1 é possível verificar não ocorrer efetividade das ações propostas de direito à saúde para os refugiados,

pois há efetiva proximidade e adjacência com a linha de ausência. Tais dificuldades podem estar relacionadas ao nível de desenvolvimento socioeconômico dos países que acolhem esses refugiados. Para uma melhor visualização dos pesos de cada estudo na meta-análise, assim como estimar a distribuição do direito à saúde devido a falta de acesso à informação, a língua, a cultura e o estranhamento do país foi realizado o teste da metarregressão gráfico 2 com fatores que contribuem para a precarização da saúde do refugiado e dificulta o seu acesso a ela. Deste modo foi adotado para a realização do teste variáveis que os impedem de acessar os serviços de saúde, entre elas a falta de documentação e a falta de informação como característica preditivas, tabela 2 :

Gráfico 2 - (bubble plot): Metarregressão de análise relacionada a precarização da saúde do refugiado no direito a saúde



Fonte: Evidência quantitativa da meta-análise (2018).

O resultado da metarregressão é demonstrada na **tabela 2**

Tabela 2 - Metarregressão dos estudos

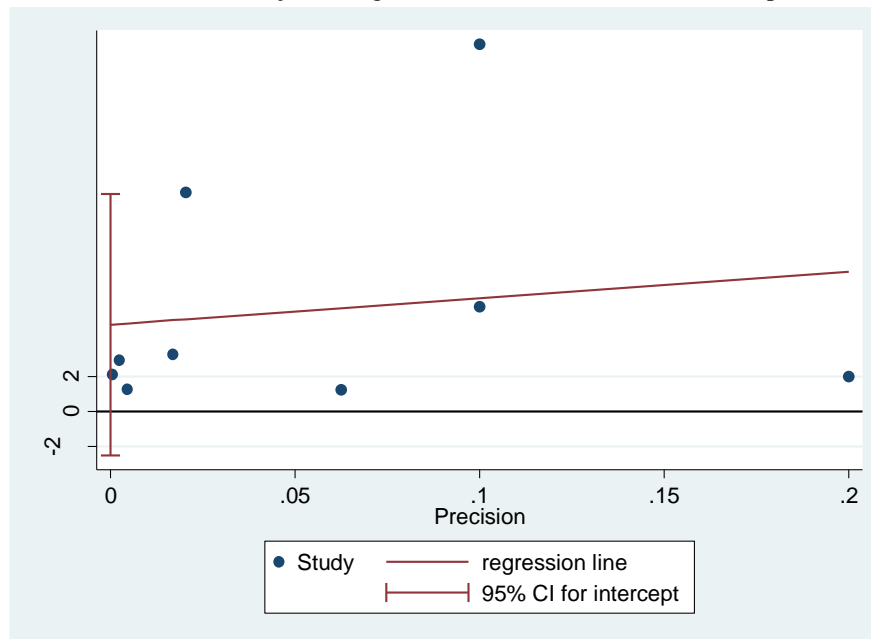
Refugiados	Coef.	Std. Err	T	p	[95% Conf. Interval]	
Acesso a Saúde	2.063965	.1403399	14.71	0.000	1.732114	2.395816
Falta de documentação e a falta de informação	56.95087	20.56643	0.71	0.046	-133.5585	95.4602

Fonte: Evidência quantitativa da meta-análise (2018).

No gráfico 3 foi realizado o cálculo e demonstração da *metabias* para evidenciar o quanto dissociativo estão os estudos em relação a característica de risco analisada. Para isso foi utilizado os desfechos padronizados dos estudos analisados, como métrica o risco

relativo e como método o *egger* que permite uma análise dos desfechos apresentados nos estudos analisados.

Gráfico 3 - *Metabias* dos estudos em relação a prática de distribuição do direito a saúde conforme a falta de acesso à informação, a língua, a cultura e o estranhamento dos países



Fonte: Evidência quantitativa da meta-análise (2018).

A maioria dos estudos teve uma tendência dissociativa restrita o que aumenta a confiabilidade do resultado final das análises realizadas. É um teste que complementa os anteriores no sentido de tornar mais nítido o baixo risco de viés dos estudos incluídos assim como corroborar os resultados precedentes.

4 DISCUSSÃO

A 61ª assembleia mundial de saúde trata da saúde de populações migrantes e reconhece diversos aspectos referentes a essa questão. Reconhece que condições de saúde podem ser influenciadas pelas múltiplas dimensões que envolvem a migração e que alguns grupos têm riscos de saúde aumentados. Essa resolução leva em consideração os determinantes da saúde dos migrantes no desenvolvimento de políticas intersetoriais, consciente do papel da saúde na promoção da inclusão social¹⁰. Treze tratados multilaterais da ONU apoiam o acesso equitativo para a Emergência e Cuidados Cirúrgicos Essenciais e Anestesia (EESCA) para todos coerentes com a resolução da 68ª assembleia mundial de saúde (CHAWLA et al., 2017, SIXT-EIGHT WORLD HEALTH ASSEMBLY, 2015).

Chawla et al., (2017) utilizam o texto dos tratados para construir uma estrutura que consiste em três temas relacionados a EESCA: igualdade de acesso à EESCA; o cuidado dos feridos e aqueles com condições cirúrgicas de emergência; e proteção, reabilitação, apoio psicossocial, e seguridade social. No entanto a existência de resoluções e direitos não são garantia de mobilização governamental nem de efetivação de direitos, de maneira que populações de refugiados se deparam com muitas dificuldades no acesso a serviços de saúde, bem como violações diretas desse direito.

4.1 BARREIRAS PARA A EFETIVAÇÃO DO DIREITO DE ACESSO À SAÚDE

Os principais entraves para a efetivação do direito à saúde nas populações de refugiados relacionam-se a documentações requeridas para acessar os serviços, barreiras comunicacionais, complicações financeiras, dificuldades geográficas e aceitabilidade dos serviços. Na África do Sul, migrantes em busca de asilo têm direito à saúde e cuidados emergenciais. Contudo, as instituições prestadoras desses serviços, como tratamentos em clínicas e hospitais, requerem documentações que verifiquem o direito legal dessas pessoas estarem na África do Sul, de maneira que, sem essa documentação, os pacientes são recusados de tratamento ou afastados de hospitais e clínicas governamentais (ALFARO_VELCAMP, 2017, CRUSH, CHIKANDA, TAWODZERA, 2015).

O setor privado, no entanto, não requer esse tipo de documentação, mas exige capacidade de pagar pelo serviço. Na Sérvia, a população de romanichéis (Roma) refugiados que não têm residência permanente e legal também não têm força de trabalho reconhecida e, portanto, comumente também não exercem seu direito de acesso a assistência médica (KALUSKI et al., 2018).

Além de dificuldades legais com documentação, barreiras comunicacionais e culturais comprometem acesso ao serviço de saúde. Há uma falha no fornecimento de informações referentes ao direito à saúde, como acessar tratamentos e a disponibilidade de medicações, insatisfação comum na população de migrantes do Quênia (ARNOLD, THEEDE, GAGNO, 2014). Em um estudo na Alemanha Oriental com pessoas negras africanas em busca de asilo, nenhum dos participantes recebeu informações sobre os serviços de saúde disponíveis e sobre como acessá-los (SCOTT, 2014).

Algumas das barreiras de acesso à assistência médica encontrada pelos migrantes são compartilhadas pela população de quenianos, como entraves financeiros. Contudo, dificuldades relatadas apenas pelos migrantes foram tais como medo de prisão ou assédio pela polícia enquanto viajava ou retornava de um hospital ou clínica, especialmente para

migrantes irregulares. Ou ainda a baixa aceitabilidade dos serviços em relação às normas culturais na comunidade a qual estão inseridos, relacionadas com três temas principais: discriminação, requerimento de documentações e barreiras de linguagem Quênia (ARNOLD, THEEDE, GAGNO, 2014).

4.2 VIOLÊNCIA E VIOLAÇÃO DO DIREITO DE ACESSO À SAÚDE

Junto às dificuldades na efetivação do acesso à saúde, as populações de refugiados sofrem com violências e violações diretas desse direito. Além do comprometimento da obtenção de informação, esses grupos podem transfigurar o direito de acesso à saúde, passando a entendê-lo como um privilégio pouco acessível aos socioeconomicamente mais vulneráveis¹⁹. Relatos de violência, violações de direitos e de disparidades raciais são presentes, de maneira que os grupos de refugiados muitas vezes dependem de ONGs para acessar cuidados médicos.

Doenças relacionadas à vitimização por violência podem ser ignoradas no sistema de saúde em virtude de um mecanismo de silenciamento das diversas formas de violência sofrida, sobretudo, por mulheres nascidas na Somália e refugiadas na Suécia. São comuns no Marrocos narrativas de violência sexual, predominantemente estupro por gangues²¹. Casamento coercitivo, violência por parceiro íntimo, mas principalmente restrições limitando cuidados de saúde sexual e reprodutiva evidenciam violações de direitos a saúde sexual e reprodutiva, bem como formas inaceitáveis de violência baseada em gênero (BYRSKOG et al., 2014).

Mesmo para imigrantes contribuintes, o direito a saúde tornou-se um “privilégio”, especialmente para grupos de status precário no Canadá, construindo um contexto no qual essas pessoas tornam-se cada vez menos dispostas a contribuir com o Estado (VANTHUYNE et al., 2013). Na Alemanha, grupos de refugiados não compreendem o sistema de asilo como apoiador de sua saúde ou bem-estar (SCOTT, 2014). Entrevistados do Marrocos referem depender de ONGs, como a Cruz Vermelha ou Médico Sem Fronteiras (MSF) para acessar cuidados, de maneira que são essas instituições, por vezes, as únicas provedoras de tratamentos para vítimas de violência sexual nessas populações (KEYGNAERT et al., 2014).

5 CONCLUSÃO

Apesar de existirem leis e acordos que asseguram os direitos fundamentais, como o direito à saúde aos refugiados, desde 1951 na Convenção de Genebra, a literatura^{13,14,15,16}

aponta que o acesso a esses serviços nos países nos quais estão recebendo asilo não ocorre de forma satisfatória. Estudos (ALFARO-VELCAMP, 2017, CRUSH, CHIKANDA, TAWODZERA, 2015)) ainda apontam que muitos são os entraves enfrentados pelos refugiados, como incompatibilidade com a língua, medo de sofrer algum tipo de violência – sobretudo aqueles que se encontram de forma irregular – e a necessidade de documentação para se ter acesso ao serviço de saúde. Neste enquadre situacional, os serviços de saúde privados oferecem menos impecílios, no entanto, requerem o pagamento prévio do atendimento prestado, o que dificulta o acesso a esse tipo de assistência, visto que, em grande parte dos casos, os refugiados não têm condições financeiras para arcar com as despesas necessárias.

Além da dificuldade de acesso aos serviços de saúde, pontua-se^{19,20,21} a vulnerabilidade a que os refugiados estão submetidos, visto que marginalizados são alvos fáceis de abuso, especialmente de cunho sexual. Tal fato põe em risco sua saúde sexual e reprodutiva e, conseqüentemente, seu estado de saúde geral. Aliado a isso, tem-se o estigma e a discriminação aos quais alguns grupos são vítimas, especialmente aqueles com ascendência africana.

A falta de acesso à informação é outro fator que contribui para a precarização da saúde do refugiado e dificulta o seu acesso a ela. A língua, a cultura e o estranhamento do país que não é o seu fazem com que isso seja agravado ainda mais.

Corroborando com o relatório “Tendências Globais” da ACNUR (UNHCR, 2016a)aponta-se que tais dificuldades no acesso à saúde podem estar relacionadas ao nível de desenvolvimento socioeconômico dos países que acolhem esses refugiados. Em muitos desses países, os recursos disponíveis para a prestação de direitos essenciais, como a saúde, já eram limitados e foram ainda mais comprometidos pelo aumento rápido no número de refugiados. Assim, o tamanho da população, da economia e do nível de desenvolvimento de um país de acolhimento também são importantes ao considerar o ônus de hospedagem dos refugiados.

Deve ser ressaltada a importância das pesquisas acerca do tema, para que se possa chamar atenção para as necessidades dessas pessoas e para que o Estado se sensibilize e tente encontrar maneiras de facilitar o acesso dessa população à saúde em todos os seus aspectos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA A, AHLERT M. **A inclusão social das pessoas na condição de refugiado no Brasil à luz dos direitos humanos**. Barbarói, 2016, Edição Especial, jan./jun, n.47: 09-21.

THE RIGHT TO HEALTH FOR SYRIAN REFUGEES. Editorial. **The Lancet**. Vol 381 June 15, 2013.

EDWARDS, A. **Refugiado ou Migrante?** O ACNUR incentiva a usar o termo correto. ACNUR. 01 de outubro 2015. Disponível em: <<http://www.acnur.org/portugues/noticias/noticia/refugiado-ou-migrante-o-acnur-incentiva-a-usar-o-termo-correto/>>.

GAGNON, A.J, MERRY, L, HAASE, K. Predictors of emergency cesarean delivery among international migrant women in Canada. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, vol. 121, p. 270–274, 2013.

UNHCR, THE UN REFUGEE AGENCY. **Global Trends**. 2016a. Available on: <<http://www.unhcr.org/5943e8a34>>.

UNHCR. **Mid-year trends**. 2016b. 17 February 2017. Available on: <www.unhcr.org/statistics/unhcrstats/58aa8f247/mid-year-trends-june-2016.html>.

SILVA, D.F. O fenômeno dos refugiados no mundo e o atual cenário complexo das migrações forçadas. **R. bras. Est. Pop.**, Belo Horizonte, v.34, n.1, p.163-170, jan./abr. 2017.

GABRIEL, P, KACZOROWSKI, J, BERRY, N. Recruitment of Refugees for Health Research: A Qualitative Study to Add Refugees' Perspectives. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, 2017, 14: 125-135.

SIXTY-FIRST WORLD HEALTH ASSEMBLY. **Health of migrants**. World health assembly resolution 61.17. 24 May 2008.

CHAWLA, K.S, RUTKOW, L, GARBER, K, KUSHNER, A.L, STEWART, B. Beyond a Moral Obligation: A Legal Framework for Emergency and Essential Surgical Care and Anesthesia. **World J Surg** v.41, n.5, p:1208-1217, 2017.

ALFARO-VELCAMP, T. "“Don't send your sick here to be treated, our own people need it more”: immigrants' access to healthcare in South Africa". **International Journal of Migration, Health and Social Care**, Vol. 13 Issue: 1, p:53-68, 2017.

CRUSH, J, CHIKANDA, A, TAWODZERA, G. The third wave: mixed migration from Zimbabwe to South Africa. *Canadian Journal of African Studies / Revue canadienne des études africaines* 49:2, pages 363-382, 2015.

KALUSKI DN, STOJANOVSKI, K, MCWEENWY G, LICARI L, JAKAB Z. **Health Policy and Planning**, 2017,30(8), p.: 976-984

JONZON, R, LINDKVIST, P, JOHANSSON, E. A state of limbo – in transition between two contexts: Health assessments upon arrival in Sweden as perceived by former Eritrean asylum seekers. **Scandinavian Journal of Public Health**. V. 43 n. 5, page(s): 548-558, July, 2015.

ARNOLD, C, THEEDE, J, GAGNON, A. A qualitative exploration of access to urban migrant healthcare in Nairobi, Kenya. **Soc Sci Med.**;110:1–9, 2014.

SCOTT, P., Black African asylum seekers' experiences of health care access in an eastern German state. *International Journal of Migration, Health and Social Care*, v.10,3: p. 134-147, 2014.

VANTHUYNE, K, MELONI, F, RUIZ-CASARES, M, ROUSSEAU, C, RICHARD-GUAY, A. Health workers' perceptions of access to care for children and pregnant women with precarious immigration status: Health as a right or a privilege? **Social Science & Medicine**, v.1. n.93, 78-85, 2013.

BYRSKOG, U, OLSSON, P, ESSÉN, B, ALLVIN, M.K. Violence and reproductive health preceding flight from war: accounts from Somali born women in Sweden. **BMC Public Health**. V.30,p:14:892, 2014.

KEYGNAERT, I, DIALMY, A, MANÇO, A, KEYGNAERT, J, VETTENBURG, N, ROELENS, K, TEMMERMAN, M. Sexual violence and sub-Saharan migrants in Morocco: a community-based participatory assessment using respondent driven. **Globalization and Health** 10:32, 2014.