UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LUIZ PAULO DE LIMA JUNIOR

**VULNERABILIDADES DE REFUGIADOS ÁRABES NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO DE ESCOPO**

SÃO PAULO

2019

LUIZ PAULO DE LIMA JUNIOR

**VULNERABILIDADES DE REFUGIADOS ÁRABES NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO DE ESCOPO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de
São Paulo como requisito para obtenção do título de Mestre em
Ciências

Área de concentração: Enfermagem em Saúde Coletiva

Orientadora: Prof.^a Dra. Maria Rita Bertolozzi

SÃO PAULO

2019

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Lima Junior, Luiz Paulo de

Vulnerabilidades de refugiados árabes na atenção primária à saúde:
uma revisão de escopo / Luiz Paulo de Lima Junior. São Paulo, 2019.
219 p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de
São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Rita Bertolozzi

Área de concentração: Enfermagem em saúde coletiva

1. Refugiados. 2. Árabes. 3. Atenção primária à saúde.
4. Enfermagem. I. Título.

Nome: Luiz Paulo de Lima Junior

Título: Vulnerabilidades de Refugiados Árabes na Atenção Primária à Saúde: Uma Revisão de Escopo.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof.^a Dra. Maria Rita Bertolozzi

Instituição: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Assinatura: _____

Prof.^(a) Dr.^(a) _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.^(a) Dr.^(a) _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.^(a) Dr.^(a) _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus, o pai de Jesus, pois sem Ele eu não conseguiria. Ele deu a força, a inspiração e sabedoria necessárias para conclusão do mestrado. Obrigado amado Jesus pelo cuidado e pela permissão da concretização desse sonho!

À minha amada esposa, doce e inspiradora Kayte. Você também me orientou e ajudou nesse processo com sua sabedoria e inteligência. Agradeço a Deus por ter nos unido. Por me fazer encontrar uma mulher tão diferenciada, com visão de águia e que me inspira a continuar indo em direção aos nossos sonhos. Te amo! “Só podia ser você dentre milhares, se outra vez pudesse viver, te queria de novo, e de novo, e de novo”. Vencemos essa etapa!

À minha filha Ana Luiza. Filha hoje você ainda é pequena para entender, mas quando for adulta e pegar essa dissertação, saiba que você veio quando o papai estava na metade do mestrado. Você foi um presente que nos trouxe tanta alegria! Você inspirou muito o papai a vencer esta etapa da vida! Eu te amo filha!

Aos meus pais, Rita e Luiz, e aos meus sogros Célio e Karla. Vocês nos deram todo o suporte emocional, espiritual e material para que eu conseguisse avançar. Vocês são coparticipantes desse projeto. Muito obrigado! Agradeço pela compreensão de nossa distância geográfica e ausência, em favor desse propósito. Amo muito vocês!

À minha irmã Nathany, meu cunhado Maurício, e sobrinhos Lohanna e Davi. Obrigado pelo incentivo e por abrirem mão de minha presença por esse projeto. Amo vocês!

Aos meus amigos mais chegados que irmãos, Marcela, Juan, Miguel, Jonatas, Larissa, Amanda, Pedro Henrique, Marco Aurélio, Juliana, Mariana, Flávia, Cleiton, Maria Clara, Ruan, Zelinha e Hadassa. Vocês foram fundamentais nesse processo!

À minha orientadora Prof. Dra. Maria Rita Bertolozzi, estendido ao professor Francisco. Eu acredito em um princípio que temos que dar honra a quem tem honra. Quero honrá-la pela grandíssima contribuição nesse projeto, por compartilhar tanto conhecimento e por acreditar no projeto. Sua humildade e carreira acadêmica são admiráveis. Para além do conhecimento científico, a Sra. nos ensinou para a vida, a como ser gente. Quando a enfermidade bateu a porta de nossa família, a Sra e o professor Francisco fizeram por nós, o que uma mãe e um pai fariam por seus filhos. Tenho certeza que eu só estou conseguindo vencer essa etapa por seu cuidado com nossa família. Esse é um grande aprendizado que levarei para meus alunos. Os tratarei como

gente! Não os olharei como um produto descartável ou máquina de produzir ciência, e sim como seres humanos que precisam de cuidado em todas as outras dimensões da vida. Parafraseando Horta, “Ser orientador é ser gente que orienta gente”. Muito obrigado professora!

*Aos **Membros do grupo “Vulnerabilidade Adesão e Necessidades em saúde”** e aos **membros do “Grupo Tuberculose”** por tanto aprendizado e conhecimento compartilhado.*

*Ao **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da USP** e ao Departamento ENS por todo suporte disponibilizado.*

*Aos **colegas de jornada de pesquisa** Giovanna, Cibeles, Marcos, Vinícius. Por momentos de ajuda mútua. Por conversas tão produtivas e enriquecedoras em diversos momentos da jornada.*

*Ao **Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Cnpq)**, pela bolsa e suporte financeiro.*

*À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)**, pela bolsa e suporte financeiro.*

Aos que fizeram parte de forma direta ou indireta deste projeto que eu não tenha me recordado.

Meus sinceros agradecimentos a todos vocês!

*E ainda que [...] conhecesse todos os mistérios e toda a ciência
[...] e não tivesse amor, nada seria. [...] nada disso se
aproveitaria.*

1 Coríntios 13:2,3

Lima Junior. L.P de. Vulnerabilidades de Refugiados Árabes na Atenção Primária à Saúde: Uma Revisão de Escopo [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2019.

RESUMO

Introdução: A crise global do refúgio do final do século XX e início do século XXI constitui a pior crise nesse campo desde a Segunda Guerra Mundial. Há cerca de 244 milhões de migrantes internacionais no mundo, dos quais 25,9 milhões são refugiados. Devido aos conflitos ocorridos na Síria, o refúgio dos árabes tornou-se um dos epicentros do problema. A Síria hoje é o país que mais apresenta refugiados no mundo, com 6,7 milhões. A Síria, a Palestina, o Iraque e Líbano são os países de origem que mais solicitaram refúgio no Brasil entre os anos 2007 a 2017. A própria condição de refúgio e suas diferentes fases são condicionantes de vulnerabilidade que incidem sobre o processo saúde-doença. **Objetivo:** Mapear e analisar as vulnerabilidades de refugiados árabes no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Método:** Trata-se de uma Revisão de Escopo. Foram analisados estudos publicados nos idiomas inglês, espanhol e português, no período de 2011 a 2019, nas bases de dados: COCHRANE, SCOPUS, Health System Evidence, MedLine-PubMed, CINAHL, EMBASE, LILACS, Web of Science, SciELO, NYAM Grey Literature, Banco de teses e dissertações CAPES, Refworld e Journal of Refugee Studies. A análise dos dados foi realizada à luz do conceito de vulnerabilidade. **Resultados e discussão:** Após buscas realizadas com duas estratégias, foram encontrados 854 estudos. Com base nos critérios de inclusão e de exclusão restaram 40 artigos para análise e extração dos indicadores de vulnerabilidade. Em relação à dimensão individual foram constatadas altas taxas de desemprego, moradias instáveis e superlotadas, falta de saneamento e de acesso à água, agravos de saúde mental, gastrointestinais, nutricionais, dermatológicos, neurológicos, musculoesqueléticos, odontológicos, relacionados à gestação e à primeira infância, além de doenças transmissíveis e doenças crônicas não transmissíveis. Na dimensão programática foram identificadas equipes de saúde com sobrecarga de trabalho, com falta de preparo para lidar com as barreiras culturais e linguísticas. Também se verificou longas horas de espera para o atendimento, alto custo da Atenção Primária à Saúde, falhas na atualização do calendário vacinal e na busca ativa de pacientes em programas voltados às doenças crônicas, assim como políticas de saúde que revogam direito ao acesso a saúde. Em relação à dimensão social, constatou-se falta de acesso às escolas, à informação sobre os programas de saúde dos países de acolhida, aos direitos, e participação limitada na economia local. **Conclusão:**

Todas as dimensões de vulnerabilidade se fizeram presentes, identificadas por meio dos indicadores estudados. Os elementos de vulnerabilidade evidenciam desigualdade e desvantagem dos refugiados perante os programas, serviços e sistema de saúde nos países de acolhida. Nesse sentido, aponta-se a necessidade de programas e políticas que considerem tais elementos de vulnerabilidade, e promovam ações, no âmbito da Atenção Primária à Saúde, que reconheçam e respondam às necessidades de saúde dos refugiados. Também se aponta a necessária abordagem em saúde na perspectiva do conceito de vulnerabilidade, sobretudo na dimensão social, o que implica em reconhecer que a situação desse grupo social decorre fundamentalmente, de processos estruturais que envolvem embate de poder entre países.

PALAVRAS-CHAVE: Refugiados. Árabes. Atenção Primária à Saúde. Enfermagem. Revisão de Escopo.

Lima Junior. L.P de. Vulnerabilities of Arab Refugees in Primary Health Care: Scope Review [dissertation]. São Paulo: University of São Paulo, School of Nursing; 2019.

ABSTRACT

Introduction: The global crisis of the late twentieth and early twenty-first century refuge is the worst crisis in this field since World War II. There are about 244 million international migrants in the world of which 25.9 million are refugees. Due to the conflicts in Syria, the refuge of the Arabs has become one of the epicenters of the problem. Today, Syria is the world's largest refugee country with 6.7 million. Syria, Palestine, Iraq and Lebanon are the countries of origin that most sought asylum in Brazil between 2007 and 2017. The condition of refuge itself and its different phases are conditions of vulnerability that affect the health-disease process. **Objective:** To map and analyze the vulnerabilities of Arab refugees in the context of Primary Health Care. **Methodology:** This is a Scope Review. Studies published in English, Spanish and Portuguese from 2011 to 2019, have been analyzed in the following databases: COCHRANE, SCOPUS, Health System Evidence, MedLine-PubMed-, CINAHL, EMBASE, LILACS, Web of Science, SciELO, NYAM Grey Literature, Bank of theses and dissertations CAPES, Refworld e Journal of Refugee Studies. Data analysis was performed in light of the concept of vulnerability. **Results and discussion:** After researching with two strategies, 854 studies were found. Based on the inclusion and exclusion criteria 40 articles remained for analysis and extraction of vulnerability indicators. Regarding the individual dimension, high unemployment rates, unstable and overcrowded housing, poor sanitation and access to water, mental health, gastrointestinal, nutritional, dermatological, neurological, musculoskeletal, dental, pregnancy-related and early childhood problems were found as well as communicable diseases and non-communicable chronic diseases. In the programmatic dimension health teams were identified with work overload, lack of preparation to deal with cultural and language barriers. There were also long waiting hours for care, high cost of Primary Health Care, failures to update the vaccination schedule and the active search of patients in programs focused on chronic diseases besides health policies that revoke the right to access to health. Regarding the social dimension, there was a lack of access to schools, information about the health programs of the host countries, rights and limited participation in the local economy. **Conclusion:** All dimensions of vulnerability were presented, identified through the indicators studied. The elements of vulnerability highlight the inequality and disadvantage of refugees towards the program, services and health system in the host countries. In this sense, there is a need

for programs and policies that consider such elements of vulnerability and promote actions within the scope of Primary Health Care that recognizes and responds to the health needs of refugees. It also points out the necessary approach to health from the perspective of the concept of vulnerability especially in the social dimension, which implies recognizing that the situation of this social group derives fundamentally from structural processes that involve a clash of power between countries.

KEYWORDS: Refugees. Arabs Primary Health Care. Nursing. Scope Review

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Países membros da Liga Árabe. São Paulo, 2019	38
Figura 2	Refúgio no mundo. São Paulo, 2019	39
Figura 3	Reconhecimento de refugiados no Brasil por país de origem. São Paulo, 2019	48
Figura 4	Diagrama de fluxo sobre o processo de seleção dos estudos para Revisões de Escopo, inspirado em PRISMA por Moher et al. (2009)	87
Figura 5	Crescimento do número de publicações com refugiados árabes. São Paulo, 2019	104
Figura 6	Causa de morte em crianças palestinas refugiadas no primeiro ano de vida. São Paulo, 2019	149

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1 Estudos segundo abordagem selecionados na Revisão de Escopo. São Paulo, 89
2019
- Gráfico 2 Estudos segundo tipo de refúgio selecionados na Revisão de Escopo. São 102
Paulo, 2019
- Gráfico 3 Estudos segundo ano de publicação selecionados na Revisão de Escopo. São 103
Paulo, 2019

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Correlação de forças no conflito Sírio. São Paulo, 2019	43
Quadro 2	Forças políticas internas de oposição ao governo de Bashar Al Assad. São Paulo, 2019	43
Quadro 3	Quadro3 Grupos armados na guerra da Síria. São Paulo, 2019	45
Quadro 4	Etapas que compõem o estudo de Revisão de Escopo. São Paulo, 2019	68
Quadro 5	Descrição detalhada da estratégia PICO e os critérios de inclusão. São Paulo, 2019	69
Quadro 6	Palavras-chave e descritores (mesh) utilizados na busca bibliográfica. São Paulo, 2019	73
Quadro 7	Bases de dados incluídas na primeira fase da busca bibliográfica segundo a área de conhecimento e tipo de publicação. São Paulo, 2019	74
Quadro 8	Base de dados e periódicos específicos para área de refúgio. São Paulo, 2019	78
Quadro 9	Código de base de dados dos estudos selecionados para extração. São Paulo, 2019	80
Quadro 10	Elementos de vulnerabilidade extraídos dos estudos. São Paulo, 2019	82
Quadro 11	Característica dos grupos sociais cobertos pelos estudos selecionados na Revisão de Escopo São Paulo, 2019	94
Quadro 12	Estudos identificados realizados com refugiados sírios. São Paulo, 2019	109
Quadro 13	Elementos de vulnerabilidade individual em refugiados sírios. São Paulo, 2019	111

Quadro 14	Elementos de vulnerabilidade programática em refugiados sírios. São Paulo, 2019	127
Quadro 15	Elementos de vulnerabilidade social em refugiados sírios. São Paulo, 2019	135
Quadro 16	Estudos identificados realizados com refugiados palestinos. São Paulo, 2019	141
Quadro 17	Elementos de vulnerabilidade individual em refugiados palestinos. São Paulo, 2019	142
Quadro 18	Elementos de vulnerabilidade programática em refugiados palestinos. São Paulo, 2019	150
Quadro 19	Elementos de vulnerabilidade social em refugiados palestinos. São Paulo, 2019	156
Quadro 20	Estudos identificados realizados com refugiados iraquianos. São Paulo, 2019	157
Quadro 21	Elementos de vulnerabilidade individual em refugiados iraquianos. São Paulo, 2019	158
Quadro 22	Elementos de vulnerabilidade programática em refugiados iraquianos. São Paulo, 2019	162
Quadro 23	Elementos de vulnerabilidade social em refugiados iraquianos. São Paulo, 2019	166
Quadro 24	Estudos identificados realizados com refugiados libaneses. São Paulo, 2019	168
Quadro 25	Elementos de vulnerabilidade individual em refugiados libaneses. São Paulo, 2019	168
Quadro 26	Síntese das principais lacunas na literatura. São Paulo, 2019	169
Quadro 27	Síntese das principais recomendações citadas pelos estudos para práticas e políticas na APS. São Paulo, 2019	170

Quadro 28 Visão geral dos problemas de saúde mencionados nos estudos selecionados na 171
revisão de escopo. São Paulo, 2019

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Estudos identificados e pré-selecionados de acordo com a base de dados. São Paulo, 2019	88
Tabela 2	Desenho dos estudos selecionados na revisão de escopo. São Paulo, 2019	90
Tabela 3	Países de origem dos refugiados dos estudos selecionados na revisão de escopo. São Paulo, 2019	91
Tabela 4	Estudos segundo país de destino dos refugiados dos estudos selecionados na Revisão de escopo. São Paulo, 2019	92
Tabela 5	Periódicos cujos artigos foram incluídos na revisão de escopo. São Paulo, 2019	105
Tabela 6	Instituições/organizações que produziram os estudos da revisão de escopo. São Paulo, 2019	106
Tabela 7	Países produtores dos estudos selecionados na revisão de escopo. São Paulo, 2019	107
Tabela 8	Autores com maior número de publicações de artigos entre os estudos selecionados na revisão de escopo. São Paulo, 2019	108

LISTA DE SIGLAS

TEPT	Transtorno de Estresse Pós-Traumático
TB	Tuberculose
IC	Intervalo de Confiança
APS	Atenção Primária à Saúde
DNT	Doenças Não Transmissíveis
EUA	Estados Unidos da América
IM	Intramuscular
EV	Endovenosa
IMC	Índice de Massa Corporal
UNRWA	United Nations Relief and Works Agency for Palestine in the Near East
ONU	Organização das Nações Unidas
DM	Diabetes Mellitus
IOM	United Nations High Commissioner for Refugees
WHO	World Health Organization
OMS	Organização Mundial da Saúde
SOHR	Syrian Observatory of Human Rights
CONARE	Comitê Nacional para Refugiados
ONG	Organização Não Governamental
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SR	Scoping Review
RE	Revisão de Escopo
OR	Odds Ratio
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
SMS	Short Message Service/ Serviço de Mensagens Curtas

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	33
1.1 OS REFUGIADOS ÁRABES: UM RECORTE DO GRUPO SOCIAL NO ESTUDO.....	34
1.2 O REFÚGIO NO MUNDO: A MAGNITUDE DO PROBLEMA	38
1.2.1 O contexto atual do refúgio dos árabes no mundo: A “Primavera Árabe” e a guerra civil na Síria.....	40
1.3 O REFÚGIO NO BRASIL.....	47
1.4 O REFÚGIO DOS ÁRABES: POR QUE O ENFOQUE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE?	48
2. JUSTIFICATIVA.....	53
3. OBJETIVOS.....	57
3.1. OBJETIVO GERAL.....	57
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	57
4. REFERENCIAL TEÓRICO.....	61
4.1 O CONCEITO DE VULNERABILIDADE.....	61
5. MÉTODO	67
5.1 TIPO DE ESTUDO	67
5.2 ETAPAS DA REVISÃO DE ESCOPO	68
5.3 IDENTIFICAÇÃO DA PERGUNTA DE PESQUISA.....	69
5.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	71
5.5 IDENTIFICAÇÃO DOS ESTUDOS RELEVANTES	71
5.6 SELEÇÃO DOS ESTUDOS	79
5.7 MAPEAMENTO DOS ESTUDOS	80
5.8 CONFERÊNCIA, RESUMO E RELATOS DOS RESULTADOS	81
5.9 ASPECTOS ÉTICOS	83
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	87
6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ESTUDOS E DADOS BIBLIOMÉTRICOS	87
6.1.1 Estudos Segundo a Abordagem.....	89
6.1.2 Desenho dos Estudos	90
6.1.3 Estudo Segundo País De Origem Dos Refugiados.....	90
6.1.4 Estudos Segundo Países De Destino Dos Refugiados.....	91

6.1.5 Características Dos Grupos Sociais Dos Estudos	93
6.1.6 Tipos De Refúgio	101
6.1.7 Ano De Publicação Dos Estudos	102
6.1.8 Principais Periódicos Em Que Os Estudos Foram Publicados	104
6.1.9 As Principais Instituições Em Que Foram Produzidos Os Estudos Com Refugiados Árabes	105
6.1.10 Países Que Produziram Os Estudos Com Refugiados Árabes	106
6.1.11 Os Principais Autores Dos Artigos Incluídos Na Revisão De Escopo	107
6.2 VULNERABILIDADES EM SAÚDE DOS REFUGIADOS ÁRABES	109
6.2.1 Refugiados Sírios	109
6.2.1.1 Vulnerabilidade Individual em Refugiados Sírios	111
6.2.1.2 Vulnerabilidade Programática em Refugiados Sírios	127
6.2.1.3 Vulnerabilidade Social em Refugiados Sírios	135
6.2.2 Refugiados Palestinos	141
6.2.2.1 Vulnerabilidade Individual Em Refugiados Palestinos	142
6.2.2.2 Vulnerabilidade Programática Em Refugiados Palestinos	150
6.2.2.3 Vulnerabilidade Social De Refugiados Palestinos	156
6.2.3 Refugiados Iraquianos.....	157
6.2.3.1 Vulnerabilidade Individual Em Refugiados Iraquianos.....	158
6.2.3.2 Vulnerabilidades Programáticas Dos Refugiados Iraquianos.....	162
6.2.3.3 Vulnerabilidade Social Em Refugiados Iraquianos	166
6.2.4 Refugiados Libaneses	168
6.2.4.1 Vulnerabilidade Individual Em Refugiados Libaneses.....	168
6.3 LACUNAS NA LITERATURA/ IMPLICAÇÕES PARA FUTURAS PESQUISAS E RECOMENDAÇÕES PARA POLÍTICAS E PRÁTICAS NA APS	169
6.4 VISÃO GLOBAL DOS PRINCIPAIS PROBLEMAS DE SAÚDE IDENTIFICADOS	171
7. CONCLUSÃO	175
REFERÊNCIAS.....	179
APÊNDICE A – FICHA DE AVALIAÇÃO INICIAL DOS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO – ADAPTADO DE JOANNA BRIGGS INSTITUTE.....	189
APÊNDICE B - FICHA DE EXTRAÇÃO E SISTEMATIZAÇÃO DOS DADOS	191

APÊNDICE C - QUADRO SÍNTESE DOS ESTUDOS DA REVISÃO DE ESCOPO. 2019 ..	195
ANEXO 1 – FICHA DO ALUNO	218

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

A migração humana é um fenômeno crescente, registrado nos tempos mais antigos da humanidade. Nesta era moderna, até o final de 2015, estima-se que 244 milhões de pessoas migraram para fora das fronteiras de seu próprio país, ou seja, 3% da população mundial são migrantes internacionais. Destes 244 milhões, 52% são homens. No final de 1970 eram cerca de 84 milhões migrantes internacionais, ou seja, o número global absoluto triplicou nos últimos 45 anos (International Organization for Migration – IOM, 2018). Esses números incluem as migrações forçadas e não forçadas.

O deslocamento forçado e, consequentemente, o refúgio, também são fenômenos antigos na humanidade. Onde há catástrofe natural, guerra, conflito político, étnico e religioso, há refúgio. Com o advento da Primeira e Segunda Guerra Mundiais, por exemplo, o tema refúgio se tornou de grande relevância, principalmente nas áreas de instabilidade política, diplomática e civil. O *status* de refugiado se define pela Convenção de Genebra de 1951, que aconteceu em contexto da Guerra Fria. A princípio, desde 1967, a categoria de refugiado limitava-se à Europa, porém, progressivamente avançou para o resto do mundo, principalmente a partir da década de 1980. Esse avanço aconteceu por consequência: de guerras civis na América Latina, de conflitos no Oriente Médio, na ex-Iugoslávia, na Argélia, em países africanos, na Costa do Marfim, em regiões curdas, no Irã, no Iraque, no Afeganistão, no Sri Lanka, em Darfur, em Myanmar, na Eritreia, na Somália, na Síria (Wenden, 2016) e no Iemen. Nesse sentido, as questões relacionadas ao refúgio estão sempre interligadas a momentos históricos de tensão e conflito. Os refugiados são o elo mais frágil em meio a essa tensão. Por esse motivo, atualmente, o tema refúgio é de grande relevância, devido à importante instabilidade política, econômica, jurídica, teológica e diplomática do globo. Coloca-se em relevo o refúgio dos árabes, que são o grupo que mais apresenta refugiados ao redor do mundo na atualidade (United Nations High Commissioner for Refugees - UNHCR, 2017a).

No campo da saúde, como um efeito cascata, o tema refúgio passa a ser discutido pela Organização Mundial da Saúde que, em cooperação com o Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (UNHCR/ACNUR), criou um programa específico denominado “Saúde dos refugiados e migrantes”, alocado em Genebra, na Suíça. Já no Brasil, o Ministério da Saúde não apresenta um programa específico ou uma política pública de saúde para refugiados emigrantes. Apenas em algumas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, como a de São Paulo, por

exemplo, existem ações e políticas voltadas para a questão do refúgio e saúde.

A condição de refúgio por si só já é um elemento de vulnerabilidade, por ser uma migração forçada, por apresentar grave e generalizada violação de direitos humanos básicos, desde sua origem e, também, por apresentar perseguição e sofrimento psíquico. As diferentes fases do refúgio estão associadas a determinados agravos à saúde. Em cada fase do refúgio existem diversos elementos que potencializam as vulnerabilidades como lesões físicas, traumas, abusos sexuais, etnocentrismo por parte dos países de acolhida, falta de acesso aos serviços básicos de saúde durante o trânsito e falta de proteção pelos estados-nação. No caso de refugiadas mulheres, são mais vulneráveis ao abuso físico e sexual, escravidão e a diversos outros tipos de violência durante o trânsito (WHO, 2017). Há necessidade de estudos que identifiquem as vulnerabilidades em saúde desse grupo, para embasar a construção de políticas, programas e ações em saúde. Nesta perspectiva, o presente estudo propõe uma revisão de literatura sistematizada, para identificar e mapear a literatura em relação ao tema.

1.1 OS REFUGIADOS ÁRABES: UM RECORTE DO GRUPO SOCIAL NO ESTUDO

Para iniciar, é necessária uma definição conceitual de quem são os refugiados, afim de diferenciá-los de outros grupos com os quais são frequentemente confundidos. Em um segundo momento, entender e definir quem são os árabes, assim como questões étnicas e raciais que, com frequência, colocam-se como sinônimo de religião, com repercussões no conceito. Sendo assim, quem são os refugiados? Quem são os árabes? Quais as diferenças entre os refugiados, os solicitantes de refúgio e os migrantes internacionais? A seção tem por objetivo responder a todas essas perguntas.

Ainda há, de maneira geral, certa tendência a colocar imigrantes e refugiados como sinônimos. O deslocamento para fora do país de origem é um ponto em comum entre os refugiados e imigrantes, porém, as causas são diferentes. Há, pois, necessidade de um recorte conceitual, para que as ações e políticas públicas de saúde não os coloquem no mesmo plano, pois apresentam causas de deslocamento diferentes e, conseqüentemente, específicos desfechos e necessidades de saúde.

Elsouhag et al. (2015) realizaram estudo original com total de 590 pacientes, sendo que 299

eram árabes imigrantes e 291 iraquianos refugiados. Um dos objetivos do estudo era comparar a utilização dos serviços e cuidados em saúde e condições médicas entre imigrantes (não forçados) e refugiados (forçados). O estudo usou esta diferenciação conceitual na definição dos sujeitos da pesquisa. O estudo evidenciou que a taxa de utilização dos serviços de saúde entre os refugiados (92.1%) é significativamente maior que entre os imigrantes (58.6%) e, também, maior que a taxa de utilização da população local (84%). Todos os refugiados reportaram a necessidade de serviços médicos e 9% se utilizaram de serviços para tratamento psicológico. Já em relação aos imigrantes, nenhum deles se utilizou dos serviços para tratamento psíquico. Os refugiados reportaram significativamente mais problemas no período de trânsito do refúgio, mais problemas relacionados ao idioma, mais agravos à saúde e menos habilidade para lidar com o estresse que os imigrantes.

Neste sentido, este estudo corrobora outro estudo realizado no Canadá com população total de 2.280 refugiados e 9.120 não refugiados, que compara a utilização de serviços de saúde de refugiados com a população em geral. O estudo evidenciou que os refugiados necessitam utilizar mais dos serviços de saúde no âmbito da Atenção Primária à Saúde, nas salas de emergência e nos hospitais que a população local (Kiss et al., 2013). Os estudos supracitados evidenciam que as demandas de saúde para imigrantes e refugiados diferem entre si, o que de igual maneira buscou-se identificar neste presente estudo.

Os refugiados são aqueles que: “estão fora de seu país natal devido a fundados temores de perseguição relacionados a conflitos armados, questões de raça, religião, nacionalidade, pertencimento a grupo social ou opinião política, como também devido à violação grave e generalizada de direitos humanos” (ACNUR, 2016, p.10). Neste sentido, a causa do deslocamento forçado do refugiado é involuntária, devido à grave violação do direito à vida. Ou seja, não há a possibilidade de permanecer ou retornar ao local de origem, devido aos riscos generalizados de morte. Esta é uma definição clássica do Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR/ UNHCR), que é a maior agência no nível global de apoio aos refugiados. Os refugiados são vítimas de guerras e estão em situação de extrema vulnerabilidade, de forma que seu país de origem já não os protege e não tem condições de garantir direitos humanos básicos, portanto, são forçados a abandonar suas casas, seus familiares e, em geral, tudo o que tem, para sobreviver. Neste sentido, eles não têm a escolha para a permanência (ACNUR, 2016).

É importante observar que tanto a ONU quanto a Organização Mundial da Saúde (OMS) fazem distinção entre refugiados, solicitantes de refúgio e migrantes internacionais. Na verdade, a

OMS adota a definição da ONU. Embora à princípio não seja simples e fácil fazer esta diferenciação (WHO, 2017), é de extrema importância que ocorra, pois não raro os refugiados são confundidos com outros grupos e tratados com desconfiança e preconceito. Devido à não diferenciação desses grupos, muitos países programam ações, endurecendo suas fronteiras para o controle de migrações irregulares, não distinguindo a situação de vida ou morte dos refugiados e sem considerar que não houve opção em permanecer e não há opção de retornar ao local de origem. Conforme apontado anteriormente, o retorno pode significar tortura ou até morte.

Os migrantes internacionais, diferentemente dos refugiados, “escolhem viver em outro país por motivos econômicos, e não para salvar suas vidas, ou garantir sua liberdade e direitos (ainda que muitos tenham sido obrigados a migrar por estar em condições precárias)” (ACNUR, 2016, p.09).

O solicitante de refúgio, “é alguém que afirma ser um refugiado e que fez sua solicitação de refúgio às autoridades competentes, mas que ainda não teve seu pedido avaliado pelo país onde se encontra” (ACNUR, 2016, p. 08). Esta avaliação inclui os refugiados e os solicitantes de refúgio, visto que estes últimos, em geral, também se deslocaram pelos mesmos condicionantes que o refugiado, ou seja, principalmente para a preservação da própria vida. O solicitante de refúgio também não pode retornar ao seu local de origem. O que difere um do outro é apenas um estágio burocrático, em que o solicitante de refúgio ainda não foi oficialmente reconhecido pelo país que o acolherá como refugiado.

É importante reconhecer que não há um consenso, na comunidade científica quanto a essas definições, inclusive muitos estudos e artigos científicos utilizam o termo “migrante internacional” ou “imigrante” como sinônimos de refugiados. Porém, no presente estudo, optou-se por adotar a distinção feita pela ONU e OMS. Entender que não há um consenso quanto aos termos também é importante, pois ajudará na ampliação de possibilidades nas buscas nas bases de dados.

Outra questão importante para a definição do tema da pesquisa refere-se ao “ser árabe”. Aqui reside um equívoco, desencadeado pela Historicidade e Geografia, em que o “ser árabe” é colocado como sinônimo de “ser muçulmano”. Nesta perspectiva, é necessário compreender que:

Originalmente, os termos ‘árabe e “muçulmano” coincidiam: de fato, restritos à península da Arábia, os árabes se tornaram quase todos muçulmanos. Num segundo momento, contudo, a expansão dessa população criou a esfera cultural do Oriente Médio, que adotou amplamente o idioma árabe e, em sua maioria, abraçou o islã. A essa altura, o mundo muçulmano e o chamado Oriente Médio é que eram coincidentes. Em um terceiro momento, o islã conquistou adeptos em outras partes do planeta. Assim o Oriente Médio

se reduziu a mais uma região, entre outras tantas, do mundo muçulmano – ainda que aquela com maior peso ideológico, pelo fato da revelação e da atuação do profeta Maomé terem ocorrido ali. E também por terem partido de lá as primeiras expansões e por ser o árabe a língua sagrada do Alcorão (Demant, 2015, p.14).

Pace (2005) corrobora a afirmação de Demant quando afirma que se tornou impróprio, do ponto de vista histórico e geográfico, associar o Islã somente ao mundo árabe. Embora a península Arábica tenha sido o berço da religião, o Islã avançou para diversos contextos socioculturais e se tornou uma religião global difundida nos cinco continentes em diversas culturas. Os árabes, no presente início de século, correspondem a apenas cerca de 20% dos muçulmanos no mundo. A pesquisa de projeto temático do Observatório das Migrações em São Paulo, com 265 refugiados e solicitantes de refúgio sírios, evidenciou que 95% são muçulmanos, 3% disseram não ter religião e 2% eram cristãos (Calegari, 2018). Sendo assim, 5% eram árabes e não muçulmanos o que corrobora a afirmação de Pace (2005) e Demant (2015).

Portanto, é importante compreender que nem todo árabe é muçulmano, e nem todo muçulmano é árabe. Aqui reside uma diferença entre a religião e a etnia. Historicamente, a etnia árabe é majoritariamente muçulmana, mas existem árabes de outras religiões como, por exemplo, árabes cristãos. Portanto, o termo árabe surge a partir de um reconhecimento étnico, cultural e de língua na península arábica e que, posteriormente, se expandiu ao denominado Oriente Médio. O presente estudo opta por considerar árabes as pessoas oriundas dos 22 países da Liga Árabe (Figura 1) e pessoas que se identificam com o idioma e a cultura árabes, especificamente, os países árabes que mais solicitam refúgio ou conseguem deferir seu pedido de refúgio no Brasil, a saber: Síria, Palestina, Iraque e Líbano.

Figura 1– Países membros da Liga Árabe, 2019

Fonte: <http://www.arabic-keyboard.org/arabic.2019>

1.2 O REFÚGIO NO MUNDO: A MAGNITUDE DO PROBLEMA

Existem no globo cerca de 70,8 milhões de pessoas em deslocamento forçado, sendo que 2,3 milhões entraram para esse *status* apenas durante o ano de 2018. Deste total, 25,9 milhões são refugiados (UNHCR, 2019). A cada ano, há 20 novas pessoas em deslocamento forçado a cada minuto. Em números relativos, cerca de quatro pessoas para cada 1.000 habitantes da população mundial, são refugiados. Cerca de 10 pessoas para cada 1.000 habitantes estão em deslocamento forçado (UNHCR, 2017a). Há um crescimento alarmante concentrado entre os anos de 2012 e 2015 (Figura 2), devido ao conflito na Síria. Do total da população de refugiados no mundo, em 2018, cerca de 50% eram crianças abaixo de 18 anos (UNHCR, 2019). Outro dado importante diz respeito aos países que acolhem os refugiados, sendo 84% países em desenvolvimento, ou seja, que são considerados países que não teriam um aporte financeiro adequado para a recepção desses refugiados (UNHCR, 2017a). Aqui a dimensão econômica tem um peso importante, visto que um país em desenvolvimento, em geral apresenta dificuldades em manter condições dignas de vida para toda a sua população local. Tal fato, tendo por base milhões de refugiados, potencializa as vulnerabilidades, principalmente as de cunho individual, mas também aquelas relacionadas às

dimensões programática e social.

Figura 2– Refugiados no mundo. 2019.

Figure 1 | **Global forced displacement** | 2009-2018

Fonte: UNHCR, 2019.

Especificamente em relação aos árabes, 45% de todos os refugiados do mundo procedem de apenas de 3 países: Síria, com 6,7 milhões de refugiados; Afeganistão, com 2,7 milhões e Sudão do Sul com 2,3 milhões (UNHCR,2019). O país que mais padece com a questão do refúgio é um país árabe, neste caso, a Síria.

Os sírios continuam sendo a maior população em deslocamento forçado no mundo, com 13,2 milhões até o final de 2018. Destes, 6,2 milhões são deslocados forçados internos, 6,7 milhões são refugiados e cerca de 140.000 solicitantes de refúgio. A Síria é o único país do mundo com a maioria de sua população em deslocamento forçado. O Iraque apresenta cerca de 3,3 milhões de pessoas em deslocamento forçado. A Palestina também tem um número expressivo, com 5,5 milhões de refugiados (UNHCR,2019).

O Líbano, um país árabe, é o país que possui maior concentração de refugiados no mundo em relação proporcional à população geral, são 156 refugiados para cada 1.000 habitantes (UNHCR,2019). São 1 em cada 6 pessoas são refugiadas, sendo que a maioria dos refugiados que lá chegam são da Síria (UNHCR, 2017a). A Jordânia também apresentou aumento do número de

refugiados, são 72 refugiados para cada 1.000 habitantes, é o segundo país com maior concentração de refugiados do mundo, sendo que até o fim de 2018 eram 715.300 refugiados (UNHCR,2019).

1.2.1 O contexto atual do refúgio dos árabes no mundo: A “Primavera Árabe” e a guerra civil na Síria

O refúgio dos árabes e, mais especificamente dos sírios, configura, nestes tempos, a maior onda de refúgio desde a Segunda Guerra Mundial. Esse fenômeno está interligado, do ponto de vista histórico e cronológico, ao início do que se denominou como “Primavera Árabe”, ao final de 2010, e à guerra civil da Síria (iniciada em 2011). Esta seção se dedicará em trazer esta contextualização baseada nesses elementos históricos.

A Primavera Árabe refere-se a um processo divulgado como uma série de protestos simultâneos no mundo árabe contra os regimes ditatoriais de seus governos e que, de fato, tem raiz em questões econômicas. O estopim iniciou-se em 17 de dezembro de 2010, na Tunísia, após o comerciante tunisiano Mohamed Bouazizi atear fogo no próprio corpo por ter seus bens confiscados pelo governo. Seu funeral reuniu mais de 5.000 pessoas e alavancou o início das manifestações populares. Neste contexto havia indignação da população contra a corrupção do governo. Notadamente, uma série de condicionantes contribuíram para o início da Primavera Árabe, a saber, regimes repressivos e autocráticos com líderes e descendentes por muito tempo no poder (gerontocracia), falta de liberdades, desemprego, desigualdade social, preço dos alimentos e pobreza. Havia nesse contexto o que se denominou como o “Vírus da indignação” que notadamente se espalhou através da juventude desses países. A internet e as mídias sociais (o Ciberespaço) tiveram papel importante na deflagração das revoltas no mundo árabe (Navarro, 2011; Dutra, 2013).

Na Tunísia, o ditador Zine El Abdin Bem Ali, não resistiu à revolta popular, que foi nomeada pelos tunisianos como a “Revolução de Jasmin”, e deixou o poder depois de mais de duas décadas. A partir da Tunísia, a revolta espalhou-se pelos países árabes vizinhos, como Líbia, Argélia, Iêmen, Jordânia, Egito, Síria, Iraque e Bahrein, além de manifestações menores na Mauritânia, Omã, Arábia Saudita, Líbano, Sudão e Marrocos, se espalhando por todo o Oriente Médio (Dutra, 2013). Neste aspecto, o ato de Bouazizifoi o fogo catalisador em meio à pólvora histórica. Para que se entenda como a Primavera Árabe deflagrou o conflito na Síria é necessário

que se entenda a cronologia dos fatos, assim segue a seção.

Após os protestos na Tunísia, em janeiro de 2011, iniciaram-se os protestos no Egito, motivados pela Revolução de Jasmin e pela tortura, espancamento e morte do jovem Khaled Said pela polícia egípcia. Os atos ficaram designados como “Dias de Fúria”, “Revolução de Lótus”(Flor símbolo do Egito) e Revolução do Nilo. A manifestação causou a queda do ditador Hosni Mubarak, que estava no poder desde 1981. Mubarak ainda responde por processos criminais no Egito. A revolução foi tão significativa que dois presidentes eleitos pós Mubarak foram depostos. Atualmente, a presidência está nas mãos de Abdel Fatah Sisi (Bazan, 2014).

Ainda em janeiro de 2011, os protestos motivados pela Revolução de Jasmin iniciaram-se na Argélia. Tais protestos tentaram depor Abdelaziz-Bouteflika, que governava o país desde 2001, e o que se alcançou foram novas eleições. Mas, o próprio Bouteflika venceu, devido um grande número de abstenções nos votos. Na Líbia, os protestos também motivados pela Revolução de Jasmin, iniciaram-se em fevereiro de 2011, tendo como consequência, a deposição de MuammarKadhafi, que governava desde 1969. Os protestos ficaram conhecidos como a “Guerra Civil na Líbia” ou “Revolução Líbia”. A captura e morte no final de 2011 de Kadhafi determinaram que o poder ficasse nas mãos do Congresso Nacional Geral do país (Bazan, 2014).

No Iêmen, os protestos iniciaram-se também no mês de fevereiro de 2011. Ali Abdullah Saleh governava desde 1990, e foi gravemente ferido em um atentado contra seu palácio. Em junho de 2011, Abdullah renunciou ao poder. Estes fatos ficaram conhecidos como a “Revolução Iemenita” e “Revolta no Iemen”. Em Bahrein, os protestos motivados pela Revolução de Jasmin, começaram em fevereiro de 2011, e tentou-se depor o ditador Hamad Bin Isa al-Khalifa que governa desde 1999, porém o governo reagiu aos protestos com violência e manteve Al-Khalifa no poder. No Marrocos, em fevereiro de 2011, as lutas foram na tentativa de diminuir o poder do rei Mohammed VI, que reina desde 1990. Devido aos protestos, o Rei convocou eleições para Primeiro Ministro, porém seus poderes ainda são amplos e ainda há extensa insatisfação popular. Em Omã, iniciou-se em fevereiro de 2011, ocasião em que os protestos reivindicavam melhores condições de vida, reforma política e aumento de salários. O país vive sob regime monárquico, e Qaboos Bin Said reina desde 1961. Como nos protestos não havia exigência do fim de seu reinado, o que se conseguiu foram as primeiras eleições municipais em 2012 (Bazan, 2014). No mês seguinte, as manifestações alcançam a Síria.

O conflito Sírio é um fenômeno extremamente complexo e que pode ser compreendido sob

diversas lentes. O presente estudo não tem como objetivo esgotar o assunto, mas apenas contextualizar, para evidenciar a relação direta dos acontecimentos com o aumento agravado dos refugiados árabes, mais especificamente dos refugiados sírios no mundo.

A guerra civil na Síria, iniciou-se em março de 2011, motivada pela Revolta de Jasmin, na tentativa de depor Bashar al-Assad, que governa desde 2000 (Rodrigues, Sala, Siqueira, 2018). Nos protestos na Síria, motivados pela Primavera Árabe, a população também exigia atenção maior aos direitos humanos, mais liberdade, mais democracia, propunham nova legislação (Calegari, 2018). Quando Assad assumiu o poder em 2000 acenou para o diálogo, prometendo mudança na política econômica e uma Síria mais democrática e aberta. O governo flexibilizou o controle sobre as mídias, permitiu o crescimento de novas tecnologias, a abertura de estações de TV e a difusão da internet (Rodrigues, Sala, Siqueira, 2018).

A situação na Síria foi agravada pela presença de grupos combatentes, com destaque para o Estado Islâmico (em árabe *Daesh*). O grupo passou a combater tanto os manifestantes quanto o governo, com o objetivo de obter hegemonia no país e um califado (Calegari, 2018). Assim a situação da Síria evoluiu para uma sangrenta guerra civil. Segundo o Observatório Sírio de Direitos Humano (SOHR), a guerra já matou mais de 470 mil pessoas, entre crianças, civis, combatentes e soldados. Os feridos somam 1,9 milhões e correspondem à 11% da população do país. Mais de 12 milhões, o que corresponde à metade da população do país pré-guerra, estão em deslocamento forçado (SOHR, 2016).

É importante observar que existem diversos condicionantes e forças que operam no conflito sírio: forças internacionais com interesses comerciais; forças internas políticas; além de diversos grupos armados insurgentes, como o Estado Islâmico, anteriormente mencionado. Devido à complexidade das forças geopolíticas externas na região, Rodrigues, Sala, Siqueira (2018) sintetizam um quadro da correlação de forças:

Quadro 1 - Correlação de forças no Conflito Sírio. São Paulo, 2019.

País	Apoia	Opõe-se
Estados Unidos da América	Grupos rebeldes considerados moderados e os curdos	Bashar Al-Assad e Estado Islâmico (EI/ ISIS/Daesh)
Rússia	Governo de Bashar Al-Assad	Estado Islâmico e outros rebeldes
Irã	Governo de Bashar Al-Assad	Estado Islâmico e insurgentes sunitas
Arábia Saudita	Rebeldes Sunitas	Bashar Al-Assad
Turquia	Coalisão liderada pelos EUA e rebeldes	Governo de Bashar Al-Assad e separatistas curdos

Fonte: Rodrigues, Sala, Siqueira (2018) adaptado de BBC Brasil (2015).

Além das forças e interesses externos supra demonstrados, existem forças políticas internas que se opõem ao governo e que participaram diretamente na organização dos protestos, o que agrava o quadro do conflito. Estas são coalisões políticas com diversos subgrupos e partidos políticos:

Quadro 2 - Forças políticas internas de oposição ao governo de Bashar Al-Assad. São Paulo, 2019.

Coalisão Política	Descrição e Grupos Integrantes
Conselho Nacional Sírio	<p>Descrição: Iniciado em setembro de 2011, na tentativa de formar um governo aceito no cenário internacional. Recebe apoio financeiro internacional e formou o “Exército Sírio Livre”.</p> <p>Grupos: Irmandade Muçulmana, Organização Democrática Assíria, Corrente Futura (Partido Curdo), Corrente Síria Nacional (grupo islamista-liberal), Grupo de Trabalho Nacional pela Síria (formado por exilados de maioria sunitas e conservadores),</p> <p style="text-align: right;">(continua)</p>

Quadro 2 - Forças políticas internas de oposição ao governo de Bashar Al-Assad. São Paulo, 2019.

Coalisão Política	Descrição e Grupos Integrantes
	<p style="text-align: right;">(continuação)</p> <p>Reunião de Coordenação Democrática (grupo de exilados, acadêmicos e intelectuais), Bloco Democrático Nacional Sírio (grupo de seculares nacionalistas exilados), Comitês de Coordenações Locais (Grupo formado majoritariamente por jovens ativistas das redes sociais), Conselho Supremo para a Revolução Síria, Grupos de Coordenação Curdos e Membros independentes.</p>
<p>Comitê de Coordenação das Forças Democráticas Nacionais</p>	<p>Descrição: Grupo formado no dia 30 junho de 2011, por políticos de esquerda e nacionalistas da União Socialista Árabe Democrática de Abdelazim. Buscam reformas graduais e se opõem à alternativa bélica e separatista.</p> <p>Grupos: União Socialista Árabe Democrática, Movimento Árabe Socialista, Partido Socialista Árabe Baath Democrático, Partido da Ação Comunista, Partido da União Democrática (curdos), Partido Democrata Curdo na Síria, Partido Democrático Sírio-Curdo, Aliança Marxista de Esquerda, Corrente Islâmica Democrática (Sunita), Movimento de União por uma Síria Livre e Democrática, Movimento Jovem de 17 de abril (ativistas de Deraa).</p> <p style="text-align: right;">(conclusão)</p>

Fonte:Hajjar (2016).

Em relação aos grupos rebeldes armados no território, também são diversos, embora a mídia mundial destaque o *Daesh* (Estado Islâmico), que é apenas um dos muitos grupos que lutam no território. Os grupos lutam entre si e contra o governo de Assad, conforme quadro panorâmico abaixo:

Quadro 3 - Grupos armados na Guerra da Síria.2019

Grupo	Descrição	Apoia	Opõe-se
Exército Sírio Livre	Foi um grande “guarda-chuva” para muitos outros grupos. Tem o objetivo de dominar, em nome do Conselho Nacional Sírio. Heterogêneo e não coeso.	Em determinada altura do conflito fez alianças com o Estado Islâmico do Iraque, o Levante e com <i>Jabhat al Nusra</i> .	Ao Governo de Bashar Al- Assad. Apontado em tratados de cessar fogo entre os EUA e a Rússia como grupo terrorista.
Frente <i>Jabhat al Nusra</i>	Grupo Sunita Jihadista que tem por objetivo derrubar o regime de Assad por um governo islâmico.	Filiados à Al Qaeda na Síria. Colabora com Grupos Islamistas Seculares. Fez coalisão com o Exército Sírio Livre.	Opõe-se ao Estado Islâmico (do Iraque e do Levante), a Grupos Curdos, aos Estados Unidos da América e ao Governo de Bashar Al-Assad
Estado Islâmico do Iraque e da Síria e Levante (EEIS/EEIL/ISIS/ISIL/ <i>Daesh</i>)	Organização Sunita Salafista que tem por objetivo o estabelecimento e a expansão de um califado.		Exército Sírio Livre, diversos grupos rebeldes, milícias e exército iraquiano, grupos Curdos (Peshmerga).
Movimento Islâmico dos Homens Livres do Levante (<i>Ahar al-Sham</i>)	Grupo Sunita Salafista que busca substituir o governo de Assad por um governo Islamista.	Estado Islâmico do Iraque e da Síria (Apoio de 2011 a 2014), <i>Jabhat al Nusra</i> .	Estado Islâmico do Iraque e da Síria (opõe-se desde 2014), (continua)

tempo de incubação e os refugiados terão essas infecções e com elas, o risco de reintroduzi-las em países vizinhos" (Petersen et al., 2013). Há relatórios confiáveis sobre o aumento da incidência de tuberculose nas áreas urbanas da Síria, particularmente em Aleppo e, também, entre os refugiados dos países vizinhos ao conflito (Coutts et al., 2013). No Líbano e na Jordânia, que são também países que recebem um elevado número de refugiados, houve aumento das taxas de tuberculose entre refugiados sírios, comparados à população local (Ozars et al., 2016).

Todo esse contexto de guerra na região agrava a situação dos refugiados, afirmando-se que essa crise pode ser considerada a pior da nossa era (Calegari, 2018). No campo da saúde, é importante pensar que esses pacientes já sairão de seu país de origem, apresentando vulnerabilidade a diversos agravos à saúde. Por isso, a necessidade de estudo que mapeie esses diversos elementos de vulnerabilidade.

No âmbito brasileiro, esse quadro global mudou o contexto de refúgio no país, tornando-o a principal rota de chegada desses refugiados na América Latina, como será demonstrado na próxima seção.

1.3 O REFÚGIO NO BRASIL

Assim como no contexto mundial, no Brasil também houve grande impacto e mudança na composição do quadro geral dos refugiados que vivem no país. Há tendência, em relação aos árabes, de aumento dos números, visto que a recepção aos refugiados e solicitantes de refúgio tem sido facilitada pela Resolução Normativa Nº. 17 do Comitê Nacional para Refugiados (CONARE), desde setembro de 2013, que desburocratiza a emissão de vistos e o processo de solicitação de refúgio para sírios, libaneses e outros estrangeiros advindos do conflito Sírio. Esta ação normativa mudou o quadro do refúgio desde então, pois 100% dos sírios foram reconhecidos (Calegari, 2018).

Mesmo assim, no Brasil, os dados ainda são contraditórios em relação aos refugiados. Segundo o CONARE, existem 10.145 refugiados reconhecidos de 82 nacionalidades diferentes. A Síria, até o final de 2016, foi a principal nação de refugiados no País, com aumento de 5 refugiados reconhecidos em 2006 para 2.591 em 2016 (CONARE, 2018). É importante observar que esses números consideram os refugiados que já passaram pelo caminho burocrático para serem declarados oficialmente refugiados, ou seja, já tiveram seu *status* de refugiado deferido.

Mas, mesmo diante da falta de clareza quanto aos dados, as tendências globais do refúgio

acabam por se reproduzir no Brasil. Da mesma forma que a Síria é o país que apresenta maior número de refugiados no mundo, no Brasil, em 2016, a Síria foi o país de origem que mais solicitou refúgio, com 326 pedidos. Desde o início do conflito na Síria, 3.772 pessoas desse país solicitaram refúgio no Brasil (CONARE, 2017).

Assim como há no nosso país certa dificuldade em relação à dados quantitativos em relação aos refugiados árabes, nota-se, em relação aos dados que evidenciam suas vulnerabilidades e necessidades em saúde, que também há escassez de estudos. No Brasil, entre os árabes, os países de origem que mais refugiados foram reconhecidos em 2017 estão Síria, Palestina, Líbano e Iraque (Figura 3). Por esse motivo, o presente estudo dá ênfase a estudos com sujeitos desses países de origem.

Figura 3 – Reconhecimento de refugiados no Brasil por país de origem em 2017.

Fonte: CONARE (2018).

1.4 O REFÚGIO DOS ÁRABES: POR QUE O ENFOQUE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE?

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem papel central no enfrentamento das vulnerabilidades em saúde dos refugiados árabes na principal zona de conflito e nos países que mais acolhem os refugiados. Desde 2011, a principal zona crítica do refúgio dos árabes no âmbito

global está na Síria. Esta região abrange não apenas a Síria, mas também os países que estão ao seu redor: Turquia, Líbano, Jordânia, Iraque e Egito. Estes são os que mais recebem refugiados no globo atualmente.

A zona crítica supracitada, com esses seis países, compõe a região de cobertura de 70 agências da ONU em conjunto com Organizações Não Governamentais (ONG'S) e a iniciativa privada. Essas instituições, juntamente com os governos locais, desenvolvem ações humanitárias e políticas coordenadas para a proteção dessa população vulnerável, tanto nos países de acolhida quanto no país de origem, neste caso, a Síria. Bienalmente, esta ação coordenada desta sub-região traça metas e planos, além de apresentar um relatório denominado “3 RP Regional Refugee&Resilience Plan 2017-2018: in response to the Syria crisis”. Esse relatório é um compêndio dos dados e ações realizadas nesses seis países. Essas ações estão incluídas em diversas áreas para a promoção de resiliência dos refugiados: Proteção, Segurança Alimentar, Educação, Saúde e Nutrição, Necessidades Básicas, Abrigo, Água, Meios de Subsistência e Coesão Social (UNHCR, 2017b).

No setor da Saúde, o Relatório demonstra o papel central da APS. Nos indicadores de ações está o número de consultas e atendimentos disponibilizados para os refugiados em serviços de APS. Até outubro de 2017, foram realizados 1.505.717 atendimentos em APS na região. Destes, apenas 98.512 refugiados foram encaminhados para a Atenção Secundária e Terciária. O Relatório demonstrou que a meta necessária para este mesmo período era de cerca de 3,2 milhões de consultas em APS para o enfrentamento das vulnerabilidades em saúde. Até o final de 2019 serão necessários cerca de 6 milhões de atendimentos em APS. A APS demonstra potência na resolubilidade das necessidades de saúde, além de menor custo (UNHCR, 2017b). O estudo elucidou a potência e o protagonismo da APS para atender as demandas de saúde e, ao mesmo tempo, a necessidade de maior investimento financeiro e maior oferta dos serviços de APS.

O Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (UNHCR) realizou um estudo multicêntrico denominado “Avaliação das vulnerabilidades de Refugiados Sírios no Líbano”, com 4.596 famílias de refugiados sírios alocados no Líbano. A população total do estudo foi de 22. 983 refugiados, distribuídos em todos os distritos do Líbano. O estudo evidenciou que, aproximadamente, 50% dos entrevistados requisitaram serviços de Atenção Primária nos seis meses anteriores à sua realização. Destes, 84% receberam o cuidado necessário (UNHCR, 2016). Nesta ótica, o estudo evidenciou a importância da APS no acolhimento dos refugiados sírios em

todo o país.

Quando o trajeto do refúgio dos árabes, do ponto de vista geográfico, é mais longo, como, por exemplo, para outro continente, a APS também apresenta papel primordial. Taylor et al. (2013) realizaram um estudo original com refugiados iraquianos residentes nos Estados Unidos, com o objetivo de identificar seu estado físico e mental. A população do estudo foi de 366 pacientes. Destes, 322(88%) relataram ter um lugar usual onde buscavam serviços de saúde: a APS, que se configurou como a primeira escolha na busca por serviços de saúde para 90% dos pacientes com plano de saúde, e para 69% entre os pacientes sem plano de saúde. Esse estudo evidencia que, mesmo quando o refugiado árabe se desloca forçadamente para um país de cultura diferente, seu local usual para a busca de serviços de saúde é a APS.

Em síntese, a APS demonstra papel primordial na resolubilidade das demandas em saúde de refugiados árabes nas principais zonas críticas globais, é o principal local de oferta de cuidados e de enfrentamento de vulnerabilidades em países de acolhida e assentamento, além de representar local de primeira escolha entre refugiados árabes quando se deslocam para países mais distantes. Tais elementos justificam o presente estudo, que tem a finalidade de mapear e identificar as vulnerabilidades dos refugiados especificamente no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Para tanto, realizou-se uma Revisão de Escopo, que pode contribuir para apontar as principais lacunas no campo da pesquisa com os refugiados árabes no âmbito da APS.

JUSTIFICATIVA

2. JUSTIFICATIVA

A começar pelas tendências globais do refúgio, as situações agudizaram-se a partir de 2011 e tendem a agravar-se nos próximos anos devido à instabilidade econômica, política e das relações diplomáticas ao redor do mundo. Devido ao agravamento das questões do refúgio, justifica-se a necessidade de estudos sobre o tema. Neste sentido, o presente estudo encontra-se contextualizado no momento histórico global.

À luz do impacto das tendências globais do refúgio no Brasil há necessidade de estudos que, ao identificar e analisar as vulnerabilidades de pessoas nessa situação ajudem a propor e implementar intervenções em saúde que respondam às necessidades desse grupo social. O presente estudo justifica-se pela escassez de estudos originais no campo de intersecção de Refúgio, Saúde, Atenção Primária e árabes. Esta revisão de escopo traz contribuições para a comunidade científica, visto que mapeia, identifica e analisa as lacunas no conhecimento e a escassez de estudos na área de refúgio e Atenção Primária, além de apontar respectivas áreas frágeis da pesquisa, proporcionando subsídios para a realização de futuros estudos originais no Brasil. Também destaca-se que contribui para a identificação das principais vulnerabilidades dos refugiados árabes na literatura internacional e nacional.

Mediante a tendência de aumento de refugiados árabes no mundo e no Brasil e, por consequência, da complexa guerra da Síria, há necessidade de estudos que mapeiam as vulnerabilidades dos refugiados na literatura mundial, assim como as necessidades de saúde para o embasamento de ações e políticas públicas nos países que os acolhem, neste caso, o Brasil. Devido aos acordos diplomáticos e à Resolução Normativa do CONARE nº.17, renovada em setembro de 2015, que visa desburocratizar a emissão de vistos e o processo de solicitação de refúgio para sírios, libaneses e outros estrangeiros afetados pelo conflito sírio, a tendência é que o número de refugiados aumente ou pelo menos estabilize-se na nação, o que também demonstra a relevância do estudo no contexto nacional.

Por fim, a realização do estudo também se justifica pelo ineditismo do tema e a ausência de revisões de escopo com a mesma pergunta de pesquisa nas principais bases de Revisão Sistemática.

OBJETIVOS

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL

Analisar as vulnerabilidades em saúde de refugiados árabes no âmbito da Atenção Primária em Saúde.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

a) Identificar e mapear os principais agravos à saúde e o perfil de morbimortalidade dos refugiados árabes.

b) Identificar e mapear elementos de vulnerabilidade nas dimensões individual, programática e social de refugiados árabes no âmbito da Atenção Primária em Saúde.

REFERENCIAL TEÓRICO

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 O CONCEITO DE VULNERABILIDADE

O conceito de vulnerabilidade tem sido bastante utilizado e de forma heterogênea nas últimas décadas. O termo “vulnerabilidade” e as construções conceituais em torno dele não são novos. O termo tem sido utilizado em diversas áreas, em diversos contextos: na área de Nutrição, na área de resposta a catástrofes naturais e na área dos Direitos Humanos, por exemplo (Muñoz Sanchez e Bertolozzi, 2007). Em cada uma dessas áreas sua aplicabilidade tem sido diferente, o que demonstra que, na comunidade científica não há um consenso quanto a sua aplicabilidade (Nichia, Bertolozzi, Takahashi, Fracoli, 2008).

No campo da saúde, o termo começou a ser mais utilizado na década de 90, como uma estrutura conceitual para a resposta à pandemia de HIV/Aids no mundo (Ayres, Paiva, França Jr, 2012). O ápice da disseminação do conceito, no campo da saúde pública, se deu a partir da publicação do clássico livro de Jonathan Mann, Tarantola e Netter, publicado no Brasil com o título *Aids no mundo*, em 1992 e, posteriormente, em 1996, com o livro *Aids in the world II*, ainda não traduzido (Ayres, Paiva, França Jr, 2012). O conceito nasce para mitigar discriminação e o preconceito relacionados à epidemia e à pandemia do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)/Aids no âmbito global, o que proporcionou o nascimento de uma comunidade epistemológica específica no campo da Saúde Internacional.

No Brasil, o conceito foi apreendido e sintetizado de maneira muito própria, principalmente por Ayres e, posteriormente, pela Enfermagem em Saúde Coletiva, principalmente representada pelo Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva (ENS) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. O conceito vem contribuindo para a construção do conhecimento em Saúde Coletiva (Muñoz Sanchez e Bertolozzi, 2007).

O conceito de vulnerabilidade “designa um conjunto de aspectos individuais e coletivos relacionados à maior suscetibilidade de indivíduos e comunidades a um adoecimento ou agravo e, de modo inseparável, a menor disponibilidade de recursos para sua proteção”(Ayres, Paiva, França Jr, 2012,p.78).

Do ponto de vista etimológico, o termo deriva do Latim, verbo *vulnerare*, que significa “provocar um dano, uma injúria”. O conceito tem como propósito, a síntese dos elementos qualitativos e das interações e relações de vulnerabilização no cotidiano dos sujeitos, associados

aos processos de adoecimento. Nesta perspectiva, a “exposição e o enfrentamento dos agravos de saúde e mesmo acometimentos que levam à morte, resultam tanto de aspectos individuais como de contextos ou condições coletivas que produzem maior suscetibilidade aos agravos e morte” (Nichiata, Takahashi, Bertolozzi, 2008, p.42).

O conceito de vulnerabilidade possibilita apreender sentidos e interpretar a dinâmica das variáveis clássicas, mas as transcende, superando as categorias analíticas de risco tradicionais. Mesmo assim, “é importante salientar que as análises de vulnerabilidade não prescindem de análises epidemiológicas de risco” (Ayres et al., 2008, p.399).

O conceito de vulnerabilidade apresenta três dimensões de análise interdependentes, inextricáveis e sinérgicas: a dimensão individual, a dimensão programática e a dimensão social (Ayres, Paiva, França Jr, 2012).

A dimensão individual toma como ponto inicial aspectos próprios ao modo de vida das pessoas, que podem contribuir para a exposição a um determinado agravo à saúde, ou aspectos da vida cotidiana que podem proteger de determinados agravos, os indivíduos e/ou grupos sociais (Ayres et al., 2008). Também se refere aos recursos de informação que os indivíduos possuem a respeito dos problemas de saúde, e como elaboram essas informações para sua aplicação prática (Nichiata, Takahashi, Bertolozzi, 2008; Ayres et al., 2008). Esta dimensão integra as ações individuais de prevenção e de autoproteção frente a uma situação de risco, as características pessoais, assim como a percepção do risco (Nichiata, Bertolozzi, Takahashi, Fracoli, 2008; Ayres et al., 2008). Nesta dimensão analítica é necessário avaliar o grau de vulnerabilidade de um indivíduo, problematizando as condições que permitem a exposição ao risco e o adoecimento. Além dos elementos que a integram, referidos anteriormente, devem ser analisados: o perfil demográfico; a estrutura e a dinâmica familiar, as condições de vida, as condições de trabalho, as relações sociais, o perfil de morbimortalidade, o conhecimento a respeito de determinado agravo e seus significados, os comportamentos e atitudes, assim como crenças e valores (Nichiata, Takahashi, Bertolozzi, 2008; Ayres et al., 2008).

A dimensão programática integra os esforços dos programas institucionais, especialmente os programas de saúde. Nesta dimensão analítica avalia-se o grau e a qualidade de compromisso dos serviços e dos programas de saúde, os recursos disponíveis, os valores e competências de suas gerências e técnicos, a avaliação das ações, a sustentabilidade das ações e propostas, além do incentivo e permeabilidade da participação dos diversos sujeitos no diagnóstico de situação e de

vulnerabilidades e os caminhos para sua superação (Ayres et al., 2008). Neste sentido, “diagnósticos de vulnerabilidade e, conseqüentemente, elaboração de propostas de intervenção, devem sempre considerar a mediação exercida (e a ser exercida) entre os sujeitos e seus contextos sociais pelos programas e serviços disponíveis”(Ayres et al., 2008, p.397). A dimensão também abarca as políticas públicas e de saúde para o enfrentamento dos agravos, as metas e ações dos programas de saúde, além da organização e distribuição dos recursos para a prevenção e o controle de determinado agravo. Assim, são os seguintes marcadores que permitem operacionalizar essa dimensão: a política de saúde, o planejamento e a avaliação das metas e ações, a sustentabilidade da política, institucional e material, o controle social e a participação na execução da política, a estrutura de organização dos serviços de saúde, a forma como são operacionalizadas as ações, as práticas inter e multisetoriais, o enfoque multidisciplinar, assim como a busca pela efetivação dos princípios inscritos na política (Nichiata, Takahashi, Bertolozzi, 2008, p.45).

A dimensão social abrange todos os elementos contextuais, relacionados à vida em sociedade, que recaem sobre a vulnerabilidade individual, tais como a estrutura jurídica, política e ideológica, as diretrizes governamentais em relação à saúde e questões sociais, as relações sociais, as crenças religiosas. (Ayres et al., 2008). Neste âmbito, podem ser analisados os seguintes marcadores: recursos e ações na comunidade (escolas, áreas de lazer, organizações sociais, atividades profissionalizantes, programas de inclusão social, formas de agregação e lideranças comunitárias), acesso às políticas públicas (saúde, educação, segurança, justiça, cultura, lazer, esporte, mídia, informação, etc), participação política e exercício de cidadania, referências culturais, normas e crenças religiosas (Nichiata, Takahashi, Bertolozzi, 2008, p.45).

MÉTODO

5. MÉTODO

5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de revisão sistematizada de escopo ou “Scoping Review”. Este tipo de estudo é também conhecido como “Scoping Studies”(Arksey, O’Malley,2005; Grant, Booth, 2009; Peters et al., 2015).

A necessidade crescente de práticas profissionais de saúde baseadas em evidências, da melhoria da qualidade das ações e do ensino, faz com que o uso da revisão sistemática de estudos primários se torne uma etapa primária e fundamental. Devido ao crescimento quantitativo de produções científicas sobre uma mesma temática, é necessária a realização de Revisão Sistemática, “no intuito de captar, reconhecer e sintetizar Evidências Científicas para fundamentar as propostas de práticas qualificadas em saúde e implementar a Prática Baseada em Evidência” (De-la-Torre-Ugarte-Guanilo, Takahashi, Bertolozzi, 2011, p.1261).A Revisão Sistemática tem por objetivo identificar os estudos sobre o tema abordado, com métodos explícitos e sistematizados de busca, avaliando-se a qualidade e a validade dos estudos, assim como sua aplicabilidade, para uma possível implementação da evidência encontrada, além de disponibilizar a síntese dos estudos encontrados (De-la-Torre-Ugarte-Guanilo, Takahashi, Bertolozzi, 2011).

Existem diversos tipos de revisões, com diversos métodos. Grant e Booth (2009), por exemplo, identificaram e descreveram 14 tipos, além de identificar seus pontos fortes e suas limitações. Dentre as revisões, está a Scoping Review (SR), que é viabilizada seguindo-se um conjunto de técnicas bem descritas (Arksey, O’Malley,2005). É um tipo de revisão relativamente nova, apresentando-se como metodologia estruturada em 2005. Apesar de apresentar técnicas claras, ainda não exibe uma definição universal ou um método definitivo (Peters et al., 2015).

A SR mapeia de maneira exploratória a produção científica em determinado campo de conhecimento. Ela fornece uma avaliação preliminar do potencial tamanho e escopo de literatura existente em um determinado campo, para identificar a natureza e a extensão das evidências de pesquisa. Possibilita assim informar aos formuladores de políticas se uma revisão sistemática completa é necessária. De maneira geral, é um método comumente utilizado para o reconhecimento e o exame de um determinado campo de conhecimento. É particularmente um método indicado para temas ainda não estudados exaustivamente, e permite agrupar conceitos fundamentais e evidências. Ela aborda os tópicos de maneira ampliada, e permite uma pergunta de busca mais

aberta e abrangente (Grant e Brooth, 2009; Arksey e O'Malley, 2005; Peters et al., 2015).

Segundo Arksey e O'Malley (2005) e Peters et al. (2015), são razões e objetivos para se conduzir uma revisão de escopo:

- Examinar a extensão, o alcance e a natureza da atividade de pesquisa;
- Determinar a pertinência de se realizar uma revisão sistemática;
- Sumarizar e disseminar resultados da investigação;
- Identificar lacunas de pesquisa existentes na literatura;
- Relatar sobre os tipos de evidências que abordam e informam a prática no campo;
- Fornecer uma visão geral da base de evidências existentes, independentemente da qualidade.

5.2 ETAPAS DA REVISÃO DE ESCOPO

Seguem abaixo as etapas propostas por Arksey e O'Malley (2005) para a revisão de escopo:

Quadro 4 - Etapas que compõem um estudo de Scoping Review. 2019.

<p>ETAPA 1- Identificação da pergunta de pesquisa ou busca</p> <p>Opontodepartidaéaidentificaçãodaperguntaqueorientaráaestratégiade busca a ser seguida. A pergunta da SR deve ser suficientemente abrangente para garantir amplitude de cobertura na revisão.</p>
<p>ETAPA 2- Identificação dos estudos relevantes</p> <p>Como se pretende a amplitude da busca, os estudos primários, quantitativos ou qualitativos, publicados em periódicos ou na literatura cinza, podem ser localizados em diferentes fontes além das bases de dados.</p>
<p>ETAPA 3- Seleção dos estudos</p> <p>A seleção de estudos, quantitativos e qualitativos, segue critérios de inclusão e exclusão definidos com base na pergunta de pesquisa, nos objetivos da busca, na natureza e no propósito da SR.</p> <p style="text-align: right;">(continua)</p>

Quadro 4 - Etapas que compõem um estudo de Scoping Review. 2019.

<p style="text-align: right;">(continuação)</p> <p>ETAPA 4- Mapeamento/Tabulação dos achados</p> <p>Os achados qualitativos são interpretados e sintetizados para mapear elementos essenciais. Os achados quantitativos podem ser agrupados por meio de gráficos e outros recursos estatísticos.</p>
<p>ETAPA 5- Conferência, resumo e relato dos resultados</p> <p>Apresenta-se uma visão geral dos resultados, pois a SR não considera o peso das provas na avaliação da qualidade das evidências. Por isso, pode não chegar à síntese de categorias.</p> <p style="text-align: right;">(conclusão)</p>

Fonte: Arksey, O'Malley, (2005), p. 19-32.adaptado por Saito, (2015), p.69.

5.3 IDENTIFICAÇÃO DA PERGUNTA DE PESQUISA

Esta seção é o ponto de partida da Revisão de Escopo, em que é necessário identificar a pergunta da pesquisa, ou seja, a questão norteadora para as buscas. O presente estudo utilizou-se da estratégia PICO para a formulação da pergunta, sendo “P” para População, “I” para o fenômeno de interesse, “Co” para o contexto. Assim: P- Refugiados árabes, I- Vulnerabilidades e Co- Atenção Primária à Saúde.

Quadro 5- Descrição detalhada da estratégia PICO e os critérios de inclusão. 2019

ESTRATÉGIA	DESCRIÇÃO	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO
P	Refugiados Árabes	<p>Esta revisão considerou estudos que incluíssem Refugiados Árabes. O critério de elegibilidade do sujeito dos estudos selecionados focalizou-se nos sujeitos oriundos dos países que oficialmente se declaram árabes, e daqueles que se identificam com a língua árabe. Especificamente, os países que mais solicitam refúgio ao Brasil, que mais tem pedidos deferidos pelo</p> <p style="text-align: right;">(continua)</p>

Quadro 5- Descrição detalhada da estratégia PICO e os critérios de inclusão. 2019

		(continuação) CONARE, no período de 2007 a 2017, a saber: Síria, Palestina, Iraque e Líbano. Foram incluídos no estudo participantes de todas as faixas etárias, e estudos com dados empíricos primários.
I	Vulnerabilidades	<p>Foram incluídos os estudos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - que possibilitavam identificar elementos constitutivos do conceito de vulnerabilidade, desdobrado nas dimensões individual, programática e social nas quatro fases do refúgio: origem, trânsito, destino e retorno. - que apontassem e descrevessem o perfil de morbimortalidade dos refugiados árabes e seus principais agravos à saúde. - que apontassem elementos relacionados às políticas de saúde, programas específicos de saúde para refugiados e estrutura/organização dos serviços de saúde para o acolhimento dos refugiados. - que identificassem elementos relacionados ao acesso à saúde, educação, segurança e justiça (políticas públicas). <p>(continua)</p>

Quadro 5- Descrição detalhada da estratégia PICO e os critérios de inclusão. 2019

Co	Atenção Primária em Saúde.	<p style="text-align: right;">(continuação)</p> <p>Estudos desenvolvidos no contexto de atuação da atenção primária em saúde e na comunidade nos diferentes contextos dos países dos estudos. O período das buscas foi de 2011 a 2019.</p> <p>Os idiomas dos estudos incluídos foram português, inglês e espanhol.</p> <p style="text-align: right;">(conclusão)</p>
-----------	----------------------------	--

Assim, a questão de estudo que norteou a revisão foi:

- Quais são os elementos de vulnerabilidade (nas três dimensões) que incidem sobre os Refugiados Árabes no contexto da Atenção Primária em Saúde?

5.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos os estudos que:

- Apresentaram como base de investigação questões relacionadas ao bloco de imigrações voluntárias, ou seja, deslocamento não forçado, assim como migração econômica.
- Apresentaram como população do estudo árabes juntamente com outras etnias e outros países de origem.
- Não traziam dados originais/primários, a saber: reportagens, artigo de opinião, relatos de experiência, cartas, carta ao editor, editorial, resumo de congresso, resumo de conferência, seminário e simpósio. Revisões de literatura de todos tipos.

5.5 IDENTIFICAÇÃO DOS ESTUDOS RELEVANTES

Antes mesmo de iniciar a SR e, numa perspectiva exploratória, buscou-se identificar a presença de alguma Revisão Sistemática com a mesma pergunta de pesquisa, nas bases de dados

PROSPERO, Cochrane, JBI e Scopus, utilizando-se os seguintes descritores: *Primary Health Care AND Refugee AND Syrian OR Palestinian OR Iraqi*. Nenhuma Revisão foi encontrada, o que demonstra o ineditismo do tema e da revisão proposta no presente estudo.

Como a SR tem como característica capturar a maior abrangência possível de estudos foram coletados estudos publicados e nos idiomas Português, Inglês e Espanhol. Neste sentido, antes da definição dos descritores e estratégia de busca, foram realizadas diversas buscas anteriores nas principais bases de dados, com o objetivo de identificar os principais termos utilizados na respectiva área de pesquisa proposta. Foram utilizados os termos Mesh e as palavras chaves equivalentes (não Mesh) em cada base de dados. As buscas foram realizadas até março de 2019.

A estratégia de busca se utilizou dos descritores abaixo e seus sinônimos (Quadro 6):

1. *Refugee*: Refugiado: Refugiado
2. *Arab*: Árabe: Árabe
3. *Syrian*: Sírio: Sirio
4. *Palestinian*: Palestino: Palestino
5. *Iraqi*: Iraquiano: Iraquíe
6. *Lebanese*: Libanês: Libanés
7. *Primary Health Care*: Atenção Primária à Saúde: Atención Primaria
8. *Vulnerability*: Vulnerabilidade: Vulnerabilidad

Para maior amplitude de busca, optou-se em utilizar duas estratégias de busca. Nas estratégias utilizou-se o conector AND e, para os sinônimos (Quadro 6) e interjeições, OR:

- Estratégia de busca 1: *Primary Health Care OR Primary Care OR General Practice OR Family Practice AND Refugee OR Asylum Seeker AND Arab OR Syrian OR Palestinian OR Palestine OR Iraqi OR Iraq OR Lebanese OR Lebanon*
- Estratégia de busca 2: *Vulnerability AND Arab OR Syrian OR Palestinian OR Palestine OR Iraqi OR Iraq OR Lebanese OR Lebanon*

Quadro 6 - Palavras-chave e Descritores (Mesh) utilizados na busca bibliográfica. 2019.

DESCRITORES	SINÔNIMOS
“Refugee” Português: Refugiados Espanhol: Refugiados	“AsylumSeeker” Português: Solicitante de Asilo; Solicitante de Refúgio. Espanhol: Solicitante de Asilo; Solicitante de Refúgio
“Arab” Português: Árabe Espanhol: Árabe	“Syrian”; “Palestinian”; “Palestine”; “Iraqi”; “Iraq”; “Lebanese”; “Lebanon” Português: Sírios; Palestinos; Palestina; Iraquianos; Iraque; Libaneses; Líbano Espanhol: Sírios; Palestinos; Palestina; Iraquíes; Irak; Libanés; Líbano.
“Primary Health Care” Português: Atenção Primária à Saúde Espanhol: Atención Primaria	“Primary Care”; “General Practice”; “Family Practice”. Português: Atenção Básica; Saúde da Família. Espanhol: Salud Preventiva.
Vulnerability Português: Vulnerabilidade Espanhol: Vulnerabilidad	Vulnerabilities Português: Vulnerabilidades Espanhol: Vulnerabilidades

As bases de dados pesquisadas na primeira fase foram as gerais do campo da Saúde e multidisciplinares, dentre elas: COCHRANE, SCOPUS, Health System Evidence, MedLine (PubMed), CINAHL, EMBASE, LILACS, Web of Science, SciELO. Abaixo segue Quadro 7 com a descrição de cada base que foram utilizadas na revisão.

Quadro 7 - Bases de dados incluídas na primeira fase da busca bibliográfica segundo a área de conhecimento e tipo de publicação. 2019.

BASE DE DADOS	CARACTERÍSTICAS/DESCRIÇÃO
COCHRANE	<p>Descrição: A Cochrane Library reúne dados de 6 bases de dados e contém diferentes tipos de estudos de alta qualidade sobre efeitos de intervenções em saúde.</p> <p>Área: Biológicas</p> <p>Tipo de material publicado: Revisão Sistemática.</p>
SCOPUS	<p>Descrição: Base de dados do grupo Elsevier permite uma visão ampla de dados científicos sobre o tema de interesse através artigos, revistas, citações de referência, métricas de impacto.</p> <p>Área: Biológicas, Exatas e Humanas</p> <p>Tipo de material publicado: Artigos, livros e anais de congresso.</p> <p>Site: www.scopus.com</p>
Health System Evidence	<p>Descrição: A Health Systems Evidence é um repositório continuamente atualizado de sínteses de evidências de pesquisa sobre governança, arranjos financeiros e de fornecimento dentro dos sistemas de saúde e sobre estratégias de implementação que podem apoiar mudanças nos sistemas de saúde. Os tipos de sínteses incluem resumos de evidências para políticas, sínteses de revisões sistemáticas, revisões sistemáticas, revisões</p> <p style="text-align: right;">(continua)</p>

Quadro 7 - Bases de dados incluídas na primeira fase da busca bibliográfica segundo a área de conhecimento e tipo de publicação. 2019.

BASE DE DADOS	CARACTERÍSTICAS/DESCRIÇÃO
	<p style="text-align: right;">(continuação)</p> <p>sistemáticas em andamento (por exemplo, protocolos para revisões sistemáticas) e revisões sistemáticas sendo planejadas (por exemplo, títulos registrados para revisões sistemáticas).</p> <p>Área: Saúde</p> <p>Tipo de material publicado: Revisões Sistemáticas</p> <p>Site: www.healthsystemsevidence.org</p>
Pubmed/Medline	<p>Descrição: Disponibiliza citações para literatura biomédica do MEDLINE, revistas de ciências da vida e livros on-line.</p> <p>Área: Biomedicina, Ciências Biológicas e Medicina.</p> <p>Tipo de material publicado: Artigos.</p> <p>Site: www.pubmed.gov</p>
CINAHL	<p>Descrição: indexa periódicos científicos sobre enfermagem e áreas correlatas de saúde.</p> <p>Área: Enfermagem e Saúde.</p> <p>Tipo de material publicado: artigos, livros, monografias, dissertações, teses, material audiovisual, dissertações, panfletos, instrumentos de pesquisa e softwares.</p> <p>Site: www.cinahl.com</p> <p style="text-align: right;">(continua)</p>

Quadro 7 - Bases de dados incluídas na primeira fase da busca bibliográfica segundo a área de conhecimento e tipo de publicação. 2019.

BASE DE DADOS	CARACTERÍSTICAS/DESCRIÇÃO
EMBASE	<p style="text-align: right;">(continuação)</p> <p>Descrição: Ferramenta de pesquisa biomédica.</p> <p>Área: Biomédica</p> <p>Tipo de material publicado: Artigos Científicos.</p> <p>Site: http://www.embase.com</p>
LILACS	<p>Descrição: Fornece acesso a base de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) que coopera com o Sistema BIREME desde 1982.</p> <p>Área: Ciências da Saúde</p> <p>Tipo de publicação: Artigos, revistas, teses, capítulos de teses, livros, capítulos de livros, anais de congressos e conferências, relatórios técnico-científicos e publicações governamentais</p> <p>Site: http://lilacs.bvsalud.org/</p>
Web of Science	<p>Descrição: Base de dados que indexa os periódicos mais citados em suas respectivas áreas.</p> <p>Área: Multidisciplinar com 256 disciplinas.</p> <p>Tipo de material publicado: artigos e anais de congressos.</p> <p>Site: http://apps-webofknowledge.ez67.periodicos.capes.gov.br</p> <p style="text-align: right;">(continua)</p>

Quadro 7 - Bases de dados incluídas na primeira fase da busca bibliográfica segundo a área de conhecimento e tipo de publicação. 2019.

BASE DE DADOS	CARACTERÍSTICAS/DESCRIÇÃO
Scielo	<p style="text-align: right;">(continuação)</p> <p>Descrição: É um programa de publicação de literatura acadêmica e científica em acesso aberto mantido com recursos da FAPESP, CNPq, BIREME/OPAS/OMS e Unifesp. Congrega periódicos editados em países como África do Sul, Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Espanha, México, Peru, Portugal, Uruguai e Venezuela.</p> <p>Área: Biológicas, Exatas e Humanas.</p> <p>Tipo de material publicado: Artigos.</p> <p>Site: http://www.scielo.org/php/index.php</p> <p style="text-align: right;">(conclusão)</p>

Fonte: Sistema integrado de bibliotecas da Universidade de São Paulo, 2018. Acesso: 10/05/2018. Disponível em: <http://www.sibi.usp.br/bases-dados/>.

A segunda etapa da busca ocorreu nas seguintes bases de literatura cinzenta: NYAM Grey Literature e Banco de teses e dissertações CAPES. Optou-se em não incluir o Google Scholar, pois ao realizar testes com as estratégias de busca, apareceram um número elevado de referências que não tinham relação com o tema da pesquisa, a partir da página 11 dos resultados. Dentro dos estudos que foram captados, eles já tinham sido captados pelas bases de dados anteriores. Também foram incluídas na busca bases específicas do refúgio conforme Quadro 8 abaixo.

Quadro 8- Bases de dados e periódicos específicos para a área de Refúgio.2019.

BASE DE DADOS/JOURNALS	CARACTERÍSTICAS/DESCRIÇÃO
Refworld	<p>Descrição: Base de dados criada pelo Alto Comissariado das Nações Unidas (UNHCR/ACNUR) para Refugiados. Disponibiliza informações sobre os países do globo, advindas de fontes internacionais, governamentais, relatórios nacionais do UNHCR, documentos, perfis e avaliação de países, documentos de pesquisa, respostas a consultas e relatórios de Direitos Humanos. Também apresenta informações legais e jurídicas internacionais, com tratados e acordos internacionais, legislação nacional relativa ao mandato da UNHCR/ACNUR e jurisprudência dos tribunais internacionais, regionais e nacionais. Indexa documentos relacionados ao campo político, especificamente sobre políticas de refúgio.</p> <p>Área: Multidisciplinar</p> <p>Site:http://www.refworld.org</p>
Journal of Refugee Studies	<p>Descrição: Periódico científico oriundo do Centro de Estudos de Refugiados da Universidade de Oxford. Cobre todas as categorias de migrações forçadas.</p> <p>Área: Migrações forçadas/ Multidisciplinar</p> <p>Site:https://academic.oup.com/jrs</p>

5.6 SELEÇÃO DOS ESTUDOS

Além dos estudos captados nas bases de dados, foram adicionados artigos de buscas prévias realizadas. Os estudos foram selecionados segundo critérios de inclusão e exclusão, expostos na seção 5.3 e 5.4. A estratégia de extração dos dados seguiu as seguintes etapas:

- Etapa 1: Identificação dos artigos nas bases de dados gerais e específicas do refúgio;
- Etapa 2: Exclusão de estudos/artigos duplicados (Utilização do Endnote);
- Etapa 3: Análise por título;
- Etapa 4: Análise por resumo;
- Etapa 5: Análise do texto na íntegra.

Para a organização das buscas realizadas, utilizou-se um software que organiza e gerencia as bibliografias encontradas, denominado Endnote®, acessível na página: www.myendnoteweb.com/. O software auxiliou na exclusão dos artigos duplicados, conforme previsto na Etapa 2 da seleção dos estudos e extração dos dados.

As etapas da Revisão de Escopo foram avaliadas por dois revisores depois da análise do texto na íntegra, mediante a ficha inicial dos critérios de inclusão/exclusão (apêndice 1) e Ficha de sistematização e extração dos dados (apêndice 2).

Na etapa 5, os estudos que foram selecionados para leitura na íntegra e extração dos dados, foram codificados segundo a base de dados e estratégia. A primeira sigla corresponde a base de dados e segunda sigla corresponde a estratégia. Segue abaixo quadro com códigos de estudos das bases que após todas as etapas ficaram para extração e síntese dos dados.

Quadro 9 – Código da base de dados de estudos para extração.2019

BASE DE DADOS	CÓDIGO/ ESTRATÉGIA
Cinahl	CX*E1(Estratégia 1) CXE2 (Estratégia 2)
Embase	EXE1 (Estratégia 1) EXE2 (Estratégia 2)
Pubmed	PXE1 (Estratégia 1) PXE2 (Estratégia 2)
Journal of Refugee Studies	JRSXE1 (Estratégia 1) JRSXE2 (Estratégia 2)
Refworld	REFWXE1 (Estratégia 1) REFWXE2 (Estratégia 2)
Web of Science	WSCXE1 (Estratégia 1) WSCXE2 (Estratégia 2)

*X é o número do estudo captado na respectiva base de dados

5.7 MAPEAMENTO DOS ESTUDOS

Esta etapa corresponde à coleta de dados em estudos primários. Aqui levanta-se e sistematiza-se as informações mais importantes dos estudos coletados, de acordo com a questão norteadora da pesquisa. Cria-se um compilado de dados, através da aplicação de questionário padronizado para todos os estudos (Apêndice 2). Posteriormente, aplica-se um quadro analítico geral (Apêndice 3) que mapeia todas as informações coletadas sobre todos os estudos de forma

padronizada. As informações coletadas referem-se à população estudada, ao tipo de estudo e à intervenção realizada (Arksey, O'Malley, 2005).

Peters et al. (2015) recomendam pontos importantes para se levantar na revisão de escopo. Estas seguintes informações foram acrescentadas ao quadro analítico (apêndice 2), segundo recomendação dos próprios autores:

- Autor(es);
- Ano da publicação;
- País de origem da pesquisa;
- Objetivos do estudo;
- Sujeitos ou população do estudo (refugiados urbanos x refugiados de campo/ país de origem) e tamanho da amostra (Número); (quando aplicável).
- Metodologia/ tipo de estudo;
- Intervenção (se aplicável);
- Conceito (quando aplicável);
- Como os resultados são mensurados (se aplicável).
- Principais achados relacionados à pergunta da revisão.

Em princípio, os estudos serão apresentados de forma quantitativa através do modelo de fluxo de estudos de PRISMA (Moher, et al, 2009) na seção posterior.

Em segundo lugar, são apresentadas as tabelas construídas com informações-chave segundo a pergunta da pesquisa, conforme Apêndice 3.

5.8 CONFERÊNCIA, RESUMO E RELATOS DOS RESULTADOS

Esta etapa corresponde à análise dos dados em estudos primários. A Revisão de Escopo procura, nesta fase, apresentar uma visão panorâmica geral do material revisado. Neste sentido, permite uma discussão crítica de um número potencialmente relevante de estudos e materiais. Nesta fase, o revisor analisa e interpreta os resultados encontrados no estudo. Os dados foram levantados a partir dos critérios preestabelecidos de inclusão e exclusão, conforme seções 5.3 e 5.4 e serão comentados e discutidos. O objetivo nesta fase, não é apenas resumir os achados, mas examiná-los

e discuti-los, identificando problemas e lacunas nas investigações (Arksey, O'Malley, 2005).

Em primeiro lugar, foram sintetizados os dados bibliométricos em forma de gráficos segundo o local do estudo, o ano de publicação, a população do estudo (país de origem x país de destino do refúgio/refugiados decampo x refugiados urbanos), sujeitos do estudo (quantos são, quem são e faixa etária), tipo de estudo (desenho estudo e abordagem do estudo), cenário do estudo, Instituição que realizou a pesquisa, autores que mais publicaram, e as instituições que publicaram.

Em segundo lugar, os dados identificados foram organizados analisados e discutidos de acordo com as três dimensões da vulnerabilidade: individual, programática e social. Seguindo Nichiata, Takahashi, Bertolozzi (2008), foram utilizados os seguintes marcadores de vulnerabilidade para extração dos dados (Quadro 10):

Quadro 10 – Elementos de vulnerabilidade extraídos dos estudos.2019

VULNERABILIDADES INDIVIDUAIS	VULNERABILIDADES PROGRAMÁTICAS	VULNERABILIDADES SOCIAIS
1.Perfil demográfico – (sexo, idade, ocupação) 2.Estrutura familiar – (nuclear, não nucleada, número de filhos) 3. Condições de vida (domicílio, casa, saneamento, esgoto, água, lixo) 4. Trabalho -profissão, ocupação, horas de trabalho 5. Relações sociais – (patrão, empregado) 6. Perfil Morbimortalidade 7. Crenças e valores – a respeito da doença.	1.Políticas de Saúde 2.Ações dos Programas de Saúde 3.Acesso aos Serviços de Saúde	1.Acesso à: Educação, Cultura, Informação, Lazer E Justiça. 2.Participação em Ações Coletivas. 3.Religião que professa. 4.Preconceito/ Estigma.

Fonte:Nichiata, Takahashi, Bertolozzi, 2008; Ayres et al., 2008.

Em síntese, foram realizadas as seguintes etapas: análise dos dados; relato dos resultados; conclusões relacionadas com o propósito do estudo; as lacunas no campo de pesquisa; implicações para futuras pesquisas, práticas e políticas.

5.9 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa utiliza dados de natureza secundária e de domínio público. Por ser uma revisão sistemática, não requer a submissão do estudo para a apreciação por um Comitê de Ética em Pesquisa, conforme preconizado pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466 de 2012 (Brasil, 2012).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ESTUDOS E DADOS BIBLIOMÉTRICOS

As estratégias de busca identificaram nas bases de dados um total de 854 estudos. As etapas do processo de seleção, exclusão e inclusão dos estudos estão sintetizadas no fluxograma PRISMA (Figura 4) (Moher et al., 2009).

Figura 4 – Diagrama de fluxo sobre o processo de seleção dos estudos para Revisões de Escopo, inspirado em PRISMA por Moher et al., (2009)

As bases de dados Lilacs, Scielo, Nyamgrey, Cochrane, Scopus e Health System Evidence após realização de busca com as duas estratégias, não ofereceram nenhum estudo. Segue tabela com o número de estudos discriminados por base de dados.

Tabela 1 – Estudos identificados e pré-selecionados de acordo com a base de dados. 2019

Base de Dados	Estudos	
	Identificados	Pré-selecionados
MedLine/PubMed	133	107
Embase	59	53
Web of Science	31	27
CINAHL	45	39
Journal of Refugee Studies	58	43
Refworld	507	507
BVS	15	14
Banco Tese e Dissertações CAPES	06	06
Total	854	796

Após a realização de todas as etapas de seleção dos estudos, restaram para análise e extração de dados 40 estudos. Ao comparar os números encontrados, com outras áreas de conhecimento, percebe-se um volume de publicações no campo do refúgio com árabes muito menor. Foi necessário um grande número de bases de dados e 2 estratégias para atingir um N compatível à revisão de escopo. A base de dados que apresentou o maior N inicial foi a Refworld com 507 referências, porém após todo o processo de seleção e aplicação dos instrumentos e critérios de exclusão, permaneceu apenas um estudo. É importante enfatizar que o estudo extraído dessa base de dados (REFW2E2), é um estudo de peso realizado no Líbano em mais de dez províncias com cerca de 23.000 refugiados sírios. As três bases de dados que ofereceram maior N final para a extração dos dados foram, Pubmed (21 estudos), Embase (11 estudos) e Cinahl (6 estudos).

Dos estudos que restaram para a leitura na íntegra, 18 foram excluídos, a maioria deles eram estudos que foram incluídos para leitura na íntegra por apresentarem informação limitada no resumo em relação aos critérios para a exclusão. Como o método de Revisão de Escopo permite acréscimo de critérios de exclusão em todas as suas etapas, seguem algumas razões para exclusão

adicionais: estudo em que os dados não foram coletados somente na Atenção Primária, mas também em hospitais e que não discriminaram os resultados da APS em relação aos outros níveis de atenção; estudos que não forneciam informações concretas sobre o cenário do estudo, além de não especificar ser no âmbito da APS; estudos que não apresentavam dados originais, artigos de opinião ou de revisão, com síntese apenas de dados secundários; estudos que, apesar de tratar do tema do refúgio com árabes na APS, não tinham, em sua população-alvo, refugiados, mas apenas profissionais de saúde que trabalham com refugiados, ou seja, na perspectiva da equipe de saúde.

Não foi encontrado nenhum estudo original em português, publicado em periódico brasileiro ou da América Latina que abordasse o tema referente ao presente estudo, ou seja, a saúde de refugiados árabes na APS.

6.1.1 Estudos Segundo a Abordagem

Quanto à abordagem dos estudos, verificou-se predominância de estudos quantitativos (31 estudos: 77,0%) conforme gráfico 1 abaixo. Os estudos Quali-quantitativos foram os encontrados em menor número: 4 (E2E1; P5E1, P22E1, P8E1), representando apenas 10% da amostra final dos estudos analisados. Fica evidenciado a necessidade de estudos Quali-quantitativos ou qualitativos com refugiados árabes, isto no âmbito internacional. Para o Brasil, há necessidade de estudos de todas abordagens, pois não há estudos de peso, com amostra significativa e populacional que trate de questões de vulnerabilidades em saúde na APS com refugiados árabes.

Gráfico 1 – Estudos segundo a abordagem selecionados na Revisão de Escopo. 2019.

6.1.2 Desenho dos Estudos

Quanto ao desenho dos estudos, verificou-se predominância de estudos transversais (33%), conforme Tabela 2 abaixo. Há escassez de ensaios clínicos, pois apenas 1 (2%) estudo da amostra final de estudos se utilizou desse desenho. Cerca de 10% eram de abordagem quantitativa, porém os autores não identificaram ou não nominaram os desenhos (E12E1, E10E1, P23E2, JRS3E1). Embora a maioria deles apresentassem um recorte transversal, optou-se em não classificar os estudos, para não impor aos estudos/autores o que eles não afirmaram sobre si.

Tabela 2 – Desenho dos estudos selecionados na revisão de escopo. 2019.

Desenho	N	%
Transversal	13	33
Coorte	8	20
Qualitativo	5	13
Métodos mistos	4	10
Estudo quantitativo com desenho não identificado pelo autor	4	10
Estudo retrospectivo	2	5
Caso-controle	2	5
Ensaio clínico	1	2
Estudo Populacional descritivo	1	2
Total	40	100

6.1.3 Estudo Segundo País De Origem Dos Refugiados

O principal país de origem dos sujeitos dos estudos foi a Síria com 18 (45%) estudos (Tabela 3). Este dado acompanha as tendências globais em relação ao refúgio, conforme explicitado anteriormente na Introdução. O período estipulado pela busca foi 2011 em diante, justamente levando em consideração o início do conflito na Síria. Os dados globais colocam a Síria, a partir de 2012, como o primeiro no ranking com maior número de refugiados. Neste sentido, o fato da maioria dos estudos da revisão de escopo no período de 2011 a 2019 cobrir principalmente

os Sírios, evidencia que as publicações acompanharam os eventos/processos históricos. O segundo maior grupo de sujeitos que foram população-alvo nos estudos foram os palestinos, com 13 (32,0%) estudos. Anteriormente ao conflito na Síria, os palestinos apareciam como os refugiados em maior número, dado que, do ponto de visto histórico, a questão que envolve os conflitos com os palestinos é mais antiga, desde a década de 40, com a formação do estado de Israel. Os dados do CONARE apontam a mesma tendência na solicitação de refúgio para o Brasil, conforme mapa apresentado na Introdução. Ou seja, os Sírios como maior grupo que solicita refúgio e os Palestinos como segundo maior grupo até o final de 2017. Portanto, os dados desta revisão de escopo reiteram/corroboramos dados globais e nacionais.

Tabela 3 – Países de origem dos refugiados dos estudos selecionados na Revisão de Escopo. 2019.

Origem	n	%
Síria	18	45
Palestina	13	32
Iraque	2	5
Palestinos e Sírios	1	3
Síria e Iraque	5	12
Líbano, Palestina e Iraque	1	3

6.1.4 Estudos Segundo Países De Destino Dos Refugiados

Em relação aos países de destino dos refugiados, a Jordânia aparece como o país mais estudado, com 17 estudos (42,0%) (Tabela 4). O Líbano apresenta-se em segundo lugar com 9 estudos (22%) e a própria Síria apresentou-se em terceiro lugar com 4 (10%) estudos. Neste sentido, o próprio continente Asiático foi o mais pesquisado (85%), seguido pelo continente Europeu (7%), América do Norte (5%) e Oceania (3%). Estes dados estão em harmonia com os dados fornecidos pela ONU, que evidencia que a grande maioria dos refugiados migram para as regiões vizinhas ou se deslocam internamente no próprio país do conflito. Isto explica o fato de Turquia, Líbano e Jordânia estarem entre os países que mais recebem refugiados Sírios, como resultado do conflito (UNHCR, 2017). Em números relativos, esses países são os que apresentam maior concentração de refugiados no mundo comparados com a população local. Segundo a ONU,

o número de refugiados para cada 1.000 Habitantes até o final de 2018 no Líbano foi de 156 (1º da lista mundial), na Jordânia 72 (2º) e na Turquia 45 (3º) (UNHCR, 2019).

Sendo assim, os fluxos migratórios decorrem de processos históricos e geográficos, que podem justificar o fato da maioria dos estudos abordarem refugiados em países de destino do próprio continente asiático. Não é a maioria dos refugiados árabes que migram para outros continentes. Apesar da Turquia estar entre os principais países de destino de escolha dos refugiados do conflito Sírio, nesta revisão correspondeu apenas à 5% (2) dos estudos, o que pode evidenciar uma lacuna no campo da pesquisa, e necessidade de mais estudos relacionados ao contexto da Turquia como país de acolhida.

Não houve estudo que teve como país de destino o Brasil ou qualquer outro país da América Latina, o que pode evidenciar a necessidade de estudos nesse contexto.

Tabela 4—Estudos segundo países de destino dos refugiados selecionados na Revisão de Escopo.2019.

Origem	n	%
Ásia /Oriente Médio	34	85
Jordânia	17	42
Palestina	1	2
Líbano	9	22
Jordânia, Líbano, Palestina e Síria	1	2
Síria	4	10
Turquia (parte na Europa)	2	5
Europa	3	7
Grécia	1	3
Holanda	1	3
Grécia, Eslovênia, Croácia, Hungria, Holanda, Itália, Áustria	1	2
América do Norte	2	5
EUA	2	5
Oceania	1	3
Austrália	1	2

6.1.5 Características Dos Grupos Sociais Dos Estudos

Esta seção tem por objetivo mapear as características gerais dos sujeitos e populações cobertos pelos estudos captados na revisão de escopo. Nesta ótica, o Quadro 11 abaixo objetivou responder duas perguntas: Quantos são? Quem são?

Quadro 11 – Características dos grupos sociais cobertos pelos estudos selecionados na revisão de escopo. 2019.

Código	País	Número Total *	Características Gerais
E12E1	Síria	620	- 320 Adultos acima de 18 anos – Idade média 54 anos Homens = 39,6% / Mulheres = 59,4% - 300 Crianças abaixo de 2 anos (Sexo não especificado)
E10E1	Síria	244.169	Adultos > 40 anos Hipertensos. Sexo não especificado.
E09E1	Síria	3.076	Crianças 0 a 18 anos e adultos > 18 anos. Sexo não especificado.
E7E1	Síria	63	Crianças de 7 meses a 16 anos. 40 meninos/ 23 meninas
E6E1	Síria	375	Faixa etária de 0 a mais de 70 anos 213 – Mulheres (56,8%) 162 – Homens (43,2%)
E5E1	Síria	9.580 (1.550 famílias)	Faixa etária de 0 a mais de 60 anos. Sexo não identificado. 0 a 17 anos – 5147 18 a 39 – 3019 40 a 59 – 1040 >60 – 374
E4E1	Síria	108	Refugiadas sírias mulheres 15 a 49 anos.
E2E1	Síria	185	Adultos acima de 18 anos 75 Refugiados de campo

(continua)

Quadro 11 – Características dos grupos sociais cobertos pelos estudos selecionados na revisão de escopo. 2019.

Código	País	Número Total *	Características Gerais
			(continuação)
			Homens – 41/ Mulheres – 34 110 Refugiados Urbanos Homens – 45 / Mulheres – 65
P4E1	Síria	450	Adultos de 18 a 45 anos 69 Homens / 381 mulheres
P5 E1	Síria	2907	Refugiados Adultos 18 a > 40 anos / + 16 membros de equipe da APS dos Médicos Sem Fronteiras.
P6E1	Síria	211	33 Refugiados Sírios com Tuberculose e 178 turcos (População local)
P7E1	Síria	8.257 (1376 famílias)	Refugiados de 0 a >60 anos
P8E1	Síria	793	Refugiados Sírios com Diabetes tipo 2 e Hipertensão
P9E1	Síria	292	Refugiados Sírios >18 a 84 anos 112 homens / 180 mulheres
P10E1	Síria	1.169	Refugiados Sírios adultos, na faixa etária entre 20 e 79 anos. -407 Mulheres / 762 Homens
P11E1	Síria	157	Refugiados Sírios Adultos de 18 a 65 anos 83 Homens / 74 Mulheres
P12E1	Síria	2.851	Refugiados Sírios com Diabetes. Adultos e Crianças de 0 a > 60 anos 46% (1314) homens 54% (1537) mulheres
			(continua)

Quadro 11 – Características dos grupos sociais cobertos pelos estudos selecionados na revisão de escopo. 2019.

Código	País	Número Total *	Características Gerais
P22E1	Síria	8.901 (111 famílias)	(continuação) Faixa etária e Sexo não identificado.
P23E3	Síria	556	Refugiados Sírios com tuberculose (Casos índice e contatos) Todas as faixas etárias
C7E1	Síria	196	Refugiados sem faixa etária especificada
C4E1	Síria	47	Refugiados adultos de 18 a 89 anos 26 Homens / 21 Mulheres
WSC4E1	Síria	39	Refugiados adultos de 18 a >60 anos
P23E2	Síria	557	Refugiados Sírios de todas as faixas etárias
JRS2E1	Síria	30	Refugiados de 22 a 71 anos 19 Mulheres / 11 Homens
E14E2	Síria	2.405 famílias/moradia	Famílias de refugiados sírios de todas as faixas etárias. Sexo não identificado
WSC3E1	Síria	656	Refugiados Sírios de todas as faixas etárias. 612 Mulheres 42 Homens
JRS3E1	Síria	1.376 famílias/moradia	Refugiados Sírios adultos >18 anos Sexo não identificado (continua)

Quadro 11 – Características dos grupos sociais cobertos pelos estudos selecionados na revisão de escopo. 2019.

Código	País	Número Total *	Características Gerais
REFW2E2	Síria	22.983	(continuação) Refugiados Sírios de 0 a 65 anos
E3E1	Palestina	364	Refugiados palestinos adultos de 18 a > 60 anos. Homens (35,8%)/ Homens (64,2%)
E1E1	Palestina	250	Idade média de 32 anos 205 mulheres acima de 18 anos 45 homens acima de 18 anos Refugiados de Campo = 75 Refugiados Urbanos = 175
P1E1	Palestina	3.338	Refugiados Palestinos 0 a > 40 anos – Sexo não especificado Pacientes com diarreia = 266
P3E1	Palestina	62	Faixa etária e sexo não identificados. 37 em campo de refúgio e 24 fora do campo
P12E1	Palestina	2.851	Refugiados com Diabetes de 0 a > 60 anos 46% (1314) homens 54% (1537) mulheres
P13E1	Palestina	4.130	Refugiados com Hipertensão de 0 a > 60 anos 2.535 mulheres (61%) 1.595 homens (39%)
P14E1	Palestina	12.550	Refugiados com Diabetes de 0 a > de 60 anos (continua)

Quadro 11 – Características dos grupos sociais cobertos pelos estudos selecionados na revisão de escopo. 2019.

Código	País	Número Total *	Características Gerais
			(continuação) 5.183(41%) – Homens 7.367(59%)- Mulheres
P15E1	Palestina	18.881	Refugiados com Hipertensão de 0 a > de 60 anos 6.831(36%) – Homens 12.050(64%)- Mulheres
P16E1	Palestina	119	Refugiados de 0 a >60 anos com Diabetes Mellitus 46 Homens 73 Mulheres
P17E1	Palestina	2.246	Refugiados de 0 a >60 anos com Diabetes Mellitus 1271 (57%) Homens 975 (43%) Mulheres
P21E1	Palestina	2.359	Refugiados adultos de 40 a >71 anos com Diabetes e Hipertensão - 1.433 eram do grupo que recebeu intervenção. Destes: 353 eram Homens e 454 Mulheres - 926 do grupo controle, destes: 228 eram Homens e 292 Mulheres
C6E1	Palestina	189	Mulheres – 18 a 36 anos Média de idade: 34,1 anos
C5E1	Palestina	14.202	Crianças refugiadas de 0 a 4 anos – Meninos (7.096)
			(continua)

Quadro 11 – Características dos grupos sociais cobertos pelos estudos selecionados na revisão de escopo. 2019.

Código	País	Número Total *	Características Gerais
			(continuação)
			Meninas (7.106)
C4E1	Palestina	161	Adultos de 18 a 89 anos – 75 Homens 86 Mulheres
E09E1	Iraque	1.270	Iraquianos de 0 a 18 anos e > 18 anos. Sexo não especificado
E7E1	Iraque	65	Crianças refugiadas de 7 meses a 16 anos 42 meninos e 23 meninas
E3E1	Iraque	14	Iraquianos Refugiados adultos de 18 a > 60 anos Homens (35,8%) / Mulheres (64,2%)
C1E1	Iraque	10	Refugiados adultos acima de 18 anos com média de 37.8 anos de idade Homens – 07 / Mulheres – 03
WSC4E1	Iraque	12	Refugiados Iraquianos adultos de 18 a > 60 anos
JRS2E1	Iraque	32	Refugiados Iraquianos adultos de 20 a 70 anos 11 Mulheres 21 Homens
JRS1E1	Iraque	800 famílias/moradia	Iraquianos refugiados de todas as faixas etárias Sexo não identificado (continua)

Quadro 11 – Características dos grupos sociais cobertos pelos estudos selecionados na revisão de escopo. 2019.

Código	País	Número Total *	Características Gerais
E3E1	Líbano	729	<div>(continuação)</div> <p>Libaneses adultos – 18 a> 60 anos</p> <p>Homens (35,8%) / Mulheres (64,2%)</p> <div>(conclusão)</div>

*Indivíduos e ou famílias/moradia.

Entre os Sírios, os estudos abordaram mais a população adulta e idosa, com 8 estudos (E12E1, E10E1, P11E1, P12E1, C4E1, WSC4E1, JRS2E1, JRS3E1). Tais estudos foram realizados tanto com homens como com mulheres. Um número importante de estudos abrangeu todas as faixas etárias (P23E2, P23E3, WSC3E1, E14E2, REFW2E2, E9E1, P12E1). Apenas 1 estudo abordou somente crianças (E7E1). Apenas 1 estudo abordou somente mulheres (E4E1). Assim, verifica-se lacuna de estudos que abordem necessidades de grupos mais específicos, como mulheres, crianças e adolescentes. O N total de todos os sujeitos dos estudos com os Sírios soma 309.224 indivíduos, e mais de 3.781 famílias (estudos que contabilizaram apenas indivíduos por moradias e não disponibilizaram dados por indivíduos).

Entre os Palestinos, há maior número de estudos que abordam todas as faixas etárias de 0 a > de 60 anos (P1E1, P12E1, P13E1, P14E1, P15E1, P16E1, P17E1). Em segundo lugar estudos que abordam adultos e idosos > 18 anos a > de 60 anos (E3E1, E1E1, C4E1, P21E1). Apenas 1 estudo abordou somente mulheres (C6E1), e apenas 1 estudo abordou somente crianças (C5E1). Portanto, entre os Palestinos também há necessidades de estudos mais voltados para necessidade de grupos específicos. O N total dos palestinos soma 61.702 indivíduos.

Entre os Iraquianos, os adultos e idosos foram os mais cobertos (JRS2E1, WSC4E1, C1E1, E3E1), seguidos de estudos com sujeitos de todas as faixas etárias (JRS1E1, E9E1). Verificou-se apenas um estudo especificamente com crianças (E7E1) e nenhum estudo especificamente com mulheres. O N total dos refugiados iraquianos nos estudos soma 1.371 indivíduos, e 800 moradias.

O Libaneses foram menos cobertos pelos estudos, com apenas 1 estudo que aborda adultos e idosos (E3E1). O N total dos libaneses foi de 729 indivíduos.

6.1.6 Tipos De Refúgio

A situação de refugiados urbanos foi a mais prevalente nos estudos, com imensa maioria dos estudos (77,0%). Por outro lado, foram escassos os estudos que envolviam refugiados que vivem em campo de refúgio (8,0%). Cerca de 20,0% dos estudos abordaram ambos os grupos, conforme gráfico 2 abaixo.

Gráfico 2 – Estudos segundo tipo de refúgio. 2019.

Estes dados acompanham os dados dos principais países de acolhida. Na Turquia, por exemplo, no final de 2013, 15.400 refugiados sírios viviam em campo, enquanto 60.000 residiam em áreas urbanas (Dogru, Doner, 2017), ou seja, cerca de 4vezes mais refugiados urbanos do que no campo. Na Jordânia, 70,0% dos refugiados sírios vivem em áreas urbanas e apenas 30,0% em campo de refúgio (Murshidi et al, 2013). Portanto, o fato de a maioria dos refugiados árabes estarem alocados em áreas urbanas, nos seus principais países de destino, justifica, do ponto de vista quantitativo, que as publicações se concentrem nos refugiados urbanos.

6.1.7 Ano De Publicação Dos Estudos

Quanto ao ano de publicação dos estudos, 2017 foi o de maior número de publicações (10), e o ano de 2015, o de menor número de publicações no período (1), conforme gráfico 3 abaixo.

Gráfico 3 – Estudos segundo ano de publicação. 2019.

Em análises bibliométricas publicadas em 2017 e 2018, que apresentam levantamento de publicações no período de 1988 a 2017, com imigrantes e refugiados árabes no campo da saúde acompanharam o contexto histórico dos conflitos que ocorreram no final de 2010 e início de 2011, época em que se observa um aumento relevante no número de publicações (figura 5 abaixo) (Sweileh, 2018). Nesse sentido, os dados da presente revisão de escopo divergem do estudo anteriormente mencionado, pois verificou-se oscilações no período, possivelmente justificadas pelo fato da revisão atual restringir-se à APS, o que não ocorreu com a análise bibliométrica supracitada que realizou uma busca para todos os níveis de atenção.

Figura 5 – Crescimento do número de publicações com refugiados árabes.2019.

Fonte: Sweileh, 2018

6.1.8 Principais Periódicos Em Que Os Estudos Foram Publicados

Os periódicos científicos cujos estudos foram captados totalizaram 29. A maioria (24) tinha apenas uma publicação. A tabela 5 abaixo cataloga os dez periódicos que mais publicaram o tema em questão da presente revisão de escopo com refugiados árabes na APS. As duas revistas com maior número (5) de publicações foram: “Conflict and Health” e o “Tropical Medicine & Internacional Health”. No estudo realizado por Sweileh (2018) foram elencados os 10 periódicos que mais publicam a respeito do refúgio com árabes. Na presente revisão também elencamos os principais periódicos, que convergem com a lista de periódicos apresentada por Sweileh em 2018, exceto o “Tropical Medicine & Internacional Health” que não apareceu na lista de Sweileh. Tanto

no estudo de Sweileh, em 2018, com refugiados árabes, quanto em seu estudo, em 2017, com refugiados de todos os continentes, o “Journal of Immigrant and Minority Health” apareceu como periódico com maior número de publicações sobre o tema. Na revisão atual ele corresponde apenas 2,5% de todas as publicações. O periódico que apresentou o melhor fator de impacto foi o “JMIR Mhealth and uHealth” com 4.301.

Tabela 5 – Periódicos cujos artigos foram incluídos na presente revisão de escopo. 2019.

Periódico	Número de publicações (N=40)	(%)	Fator de Impacto*
Conflict and Health	5	12,5	2.696
Tropical Medicine & International Health	5	12,5	2.423
Journal of Refugee Studies	3	7,5	1.737
Eastern Mediterranean Health Journal	2	5	0.694
JMIR Mhealth and uHealth	2	5	4.301
BMC Public Health	1	2,5	2.567
Journal of Immigrant and Minority Health	1	2,5	1.582
International Journal of Public Health	1	2,5	2.373
Plos One	1	2,5	2.776
European Journal of Public Health	1	2,5	2.234

* Fator de impacto retirado do Journal Citation Reports no Site da Web of Knowledge, 2019.

6.1.9 As Principais Instituições Em Que Foram Produzidos Os Estudos Com Refugiados Árabes

As instituições de pesquisa que realizaram os estudos totalizaram 26. A Instituição que mais produziu foi a Agência da ONU para refugiados palestinos (UNRWA) com 18,0% (7) dos estudos, seguida pela Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health com 15,0% (6) dos estudos. Em terceiro, a Universidade de Oxford com 7,0% (3) estudos. Em revisão bibliométrica publicada em 2018, a Johns Hopkins aparece em 3º lugar (Sweileh, 2018). Os dados encontrados na presente revisão de escopo evidenciam que a ONU, além de ser a maior agência que trata de temas relacionados ao refúgio global, também figurou como a maior realizadora de pesquisa com refugiados. Nesta ótica, aponta-se como lacuna a concentração de pesquisa em grandes organizações, destacando-se que os estudos de maior porte populacional também foram os realizados pela ONU conforme tabela 6 abaixo.

Tabela 6 – Instituições/Organizações que produziram os estudos incluídos na revisão de escopo. 2019.

Instituição/Organização	Número de publicações (N=40)	(%)
United Nations Relief and Works Agency for Palestine Refugees (UNRWA)	7	18
Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health	6	15
University of Oxford	3	7
American University of Beirut	2	5
Médicos Sem Fronteiras	2	5
Université Catholique de Louvain	2	5
Wayne State University School of Medicine	1	2
Harvard T.H. Chan School of Public health	1	2
Hatay Mustafa Kemal University	1	2
Institute of Tropical Medicine and Internacional Health/ Berlim	1	2

*

6.1.10 Países Que Produziram Os Estudos Com Refugiados Árabes

Na análise por país, os Estados Unidos encontram-se em 1º lugar, com 26,0% (11) dos estudos, seguidos da Jordânia, com 17,0% (7) e do Líbano, com 12,0% (5), conforme a tabela 7 abaixo. Em revisões bibliométricas realizadas anteriormente, tais países também ocupam lugar de destaque (Sweileh, 2017, 2018). A posição da Jordânia está relacionada à concentração dos estudos no âmbito da UNRWA/ONU, que tem seu departamento de saúde alocado em Amã. Na análise por continente, a Ásia está em 1º lugar, com 35,0% dos estudos, seguida da Europa e da América do Norte, ambos com 29,0% dos estudos. É importante observar que não foram encontrados estudos da América Latina. Há também escassez de estudos multicêntricos que perfazem somente 4,0% nesta revisão.

Tabela 7 – Países de produção dos estudos selecionados na revisão de escopo. 2019.

Países	n	%
Ásia / Oriente Médio	15	35
Jordânia	7	17
Líbano	5	12
Malásia	1	2
Turquia	2	5
América do Norte	12	29
Canada	1	2
EUA	11	26
Europa	12	29
Alemanha	1	2
Bélgica	2	5
Espanha	2	5
França	1	2
Grécia	1	2
Holanda	2	5
Inglaterra	2	5
Suíça	1	2
Multicêntrico	2	5
Países da Europa	1	2
Países da Ásia	1	2
Oceania	1	2
Austrália	1	2

6.1.11 Os Principais Autores Dos Artigos Incluídos Na Revisão De Escopo

Foram 198 autores nos 40 estudos analisados, destacando-se que há um número elevado de autores por estudo. Sem dúvida, os autores que mais produziram foram os afiliados à UNRWA ou a seus parceiros. Dentre os que mais publicaram (tabela 8), encontram-se os professores Ali Khader, Anil Kapur e Yousef Shahin, seguidos da professora Shannon Doocy, que é afiliada da Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Os autores da Tabela abaixo também apareceram em estudo de análise bibliométrica realizado com refugiados árabes, no período de 1988 a 2017, como os mais ativos na área (Sweileh, 2018).

Tabela 8 – Autores com maior número publicações de artigos que tratam do tema da revisão de escopo. 2019.

Autor	Número de publicações	Afiliação
Khader, A.	8	UNRWA Departament of Health, Amman, Jordânia
Kapur A.	8	World Diabetes Foundation (WDF), Dinamarca.
Shahin, Y.	8	UNRWA Departament of Health, Amman, Jordânia
Doocy, S.	6	Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, Estados Unidos
Farajallah, L.	6	UNRWA Departament of Health, Amman, Jordânia
Hababeh, M.	6	UNRWA Departament of Health, Amman, Jordânia
Harries, A. D.	6	London School of Hygiene & Tropical Medicine, Londres, Inglaterra.
Kochi, A.	6	Tokyo University Medical School, Tóquio, Japão
Seita, A.	6	UNRWA Departament of Health, Amman, Jordânia
Abu-Zayed, I.	5	Field Health Programme, UNRWA, Amman, Jordânia.
Lyles, E.	5	Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, Estados Unidos
Zachariah, R.	5	Medical Department, Operational Research Unit, Brussels Operational Center, Médecins Sans Frontières, Luxemburgo.
Ballout, G.	4	UNRWA Departament of Health, Amman, Jordânia
Zeidan, W.	4	UNRWA Departament of Health, Amman, Jordânia
Burnham, G.	3	Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Department of International Health, Baltimore, Estados Unidos
Alameddine, M.	2	American University of Beirut, Department of Health Management and Policy, Faculty of Health Sciences, Beirut, Líbano.

6.2 VULNERABILIDADES EM SAÚDE DOS REFUGIADOS ÁRABES

Esta seção apresenta os resultados dos dados extraídos nos estudos por grupos, ou seja, por país de origem dos refugiados, a saber os Sírios, os Iraquianos, os Palestinos e os Libaneses. Além da apresentação por grupos, também serão apresentados por dimensão do conceito de vulnerabilidade, e pelos elementos e marcadores de vulnerabilidade propostos anteriormente, conforme o instrumento de extração de dados (apêndice 2). No início de cada grupo, será apresentado um quadro com o nome dos autores e títulos dos estudos dos quais foram extraídos os elementos de vulnerabilidade. Como um dos objetivos é identificar e mapear os elementos de vulnerabilidade, optou-se, por questões didáticas, apresentar desta maneira. É importante pontuar, que em diversos momentos, elementos que foram colocados como vulnerabilidade individual, também se configuram como vulnerabilidade social, pois essas dimensões conversam entre si, e não são extricáveis uma da outra.

6.2.1 Refugiados Sírios

Quadro12 – Estudos identificados realizados com refugiados Sírios. 2019

Autor	Título	Código
Torun, P. et al	Health and health care access for Syrian refugees living in Istanbul	P22E1
Javanbakht, A. et al	Prevalence of Possible Mental Disorders in Syrian Refugees Resettling in the United States Screened at Primary Care	P11E1
Goosen, S. et al	High diabetes risk among asylum seekers in The Netherlands	P10E1
Elliott J. A. et al	A cross-sectional assessment of diabetes self-management, education and support needs of Syrian refugee patients living with diabetes in Bekaa Valley Lebanon	P9E1
Doocy, S. et al	Guidelines and mHealth to Improve Quality of Hypertension and Type 2 Diabetes Care for Vulnerable Populations in Lebanon: Longitudinal Cohort Study	P8E1
Doocy, S. et al	Prevalence, care-seeking, and health service utilization for non-communicable diseases among Syrian refugees and host communities in Lebanon	P7E1
Dogru, S. Doner, P.	Frequency and outcomes of new patients with pulmonary tuberculosis in Hatay province after Syrian civil war	P6E1 (continua)

Quadro12 – Estudos identificados realizados com refugiados Sírios. 2019

Autor	Título	Código
Collins, D. R. J. et al	Cardiovascular disease risk and prevention amongst Syrian refugees: mixed methods study of Medecins Sans Frontieres Programme in Jordan	(continuação) P5E1
Aoun, A. Joundi, J. Gerges, N.	Prevalence and correlates of a positive screen for eating disorders among Syrian refugees	P4E1
Diab, S. Y. Palosaari, E. Punamaki, R. L.	Society, individual, family, and school factors contributing to child mental health in war: The ecological-theory perspective	P24E3
Sethi, S. Jonsson, R. Skaff, R. Tyler, F.	Community-Based Noncommunicable Disease Care for Syrian Refugees in Lebanon	E12E1
Kakalou, E. et al	Demographic and clinical characteristics of refugees seeking primary healthcare services in Greece in the period 2015-2016: a descriptive study	E9E1
Heenan, Rachel C. et al	‘I think we’ve had a health screen’: New offshore screening, new refugee health guidelines, new Syrian and Iraqi cohorts: Recommendations, reality, results and review	E7E1
Gammoh, O. S.	A preliminary description of medical complaints and medication consumption among 375 Syrian refugees residing in North Jordan	E6E1
Doocy, S. et al	Prevalence and care-seeking for chronic diseases among Syrian refugees in Jordan	E5E1
Cherri, Z. et al	Early marriage and barriers to contraception among 110 refugee women in Lebanon: A qualitative study	E4E1
Al-Rousan, T. et al	Health needs and priorities of Syrian refugees in camps and urban settings in Jordan: Perspectives of refugees and health care providers	E2E1
Segal, S. P. et al	Contributors to Screening Positive for Mental Illness in Lebanon’s Shatila Palestinian Refugee Camp	C4E1
Ay, Merve et al	The Perceived Barriers of Access to Health Care Among a Group of Non-camp Syrian Refugees in Jordan	C7E1
Truppa, C. et al	Utilization of primary health care services among Syrian refugee and Lebanese women targeted by the ICRC program in Lebanon: a cross-sectional study	WSC3E1 (continua)

Quadro12 – Estudos identificados realizados com refugiados Sírios. 2019

Autor	Título	Código
UN High Commissioner for Refugees (UNHCR)	Vulnerability Assessment of Syrian Refugees in Lebanon 2016	(continuação) REFW2E2
Lyles, E.et al	Health Service Access and Utilization among Syrian Refugees and Affected Host Communities in Lebanon	JRS3E1
Kvittingen, A. et al	The Conditions and Migratory Aspirations of Syrian and Iraqi Refugees in Jordan	JRS2E1
Doocy, S.Lyles, E.	Humanitarian Needs Among Displaced and Female-Headed Households in Government-Controlled Areas of Syria	E14E2 (conclusão)

6.2.1.1 Vulnerabilidade Individual em Refugiados Sírios

O Quadro abaixo mapeia os elementos de vulnerabilidade extraídos e sintetizados dos estudos da Revisão de Escopo.

Quadro13 – Elementos de Vulnerabilidade Individual em refugiados Sírios.2019.

CÓDIGO DO ESTUDO	ELEMENTOS DE VULNERABILIDADE INDIVIDUAL
P4E1	<p><u>Perfil de morbimortalidade:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -25,1% algum problema de saúde/condição médica. - 5,8% alguma desordem alimentar. - 47,3% Transtorno do Estresse Pós-traumático (TEPT) e foram três vezes mais suscetíveis a desenvolver desordens alimentares (OR: 3.20; 95% intervalo de confiança (1.32-7.78). -Ser mulher refugiada está associado às desordens alimentares (p <0,02). - 58,0% IMC acima de 25 (sobrepeso/obesidade). - O estudo mostrou associação significativa entre a triagem positiva para desordens alimentares e a presença de condições médicas crônicas (p = 0,02). As doenças crônicas ressaltam uma vulnerabilidade aumentada aos efeitos do estresse em alguns indivíduos <p>(continua)</p>

Quadro13 – Elementos de Vulnerabilidade Individual em refugiados Sírios.2019.

CÓDIGO DO ESTUDO	ELEMENTOS DE VULNERABILIDADE INDIVIDUAL
	<p style="text-align: right;">(continuação)</p> <p>que, combinada ao TEPT, pode levar ao desenvolvimento de uma desordem alimentar.</p> <p style="text-align: center;"><u>Trabalho:</u></p> <p>-Altíssima taxa de desemprego:84,2% (379).</p>
P5E1	<p style="text-align: center;"><u>Perfil de morbimortalidade:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 608 (20%) histórico de Doenças Cardiovasculares. Destes: a) 60% elegíveis para o tratamento de dislipidemia. b) Idade média 61 anos (53-68). c) 53,5% são homens (49,4 – 56.3). d) 52,3% Diabetes tipo 2 (48,2-56.3). e) 52,5% colesterol> 8mmol/L (ideal < 5,2). f) 62,5% com histórico familiar de Diabetes. g) 42,3% com histórico familiar de Doença Cardiovascular prematura. h) 72,7% com circunferência abdominal elevada. <p style="text-align: center;"><u>Crenças a respeito da doença:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes foram relutantes em iniciar, parar, ou mudar a terapia medicamentosa e frequentemente não aderem ao tratamento. Pelo fato de não apresentarem nenhuma sintomatologia clinica aguda no momento da prescrição, julgam não precisar tomar o medicamento. - Muitos pacientes foram relutantes em iniciar o tratamento medicamentoso, influenciados por mitos de saúde. Ex: Beber vinagre para reduzir o colesterol. Tomar aspirina profilática após os 40 anos. -As mulheres com Diabetes querem medicamentos para perder peso ao invés de reeducação alimentar e dietas. - Muitos pacientes não se interessaram em praticar exercício.
P6E1	<p style="text-align: center;"><u>Perfil de morbimortalidade:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Idade média dos pacientes sírios com Tuberculose foi significativamente menor: sírios 32,27 anos vs turcos 44,68 anos (p = 0,001). -TB Pulmonar foi evidenciada em grupos etários mais jovens entre os sírios (p = 0,033). <p style="text-align: right;">(continua)</p>

Quadro13 – Elementos de Vulnerabilidade Individual em refugiados Sírios.2019.

CÓDIGO DO ESTUDO	ELEMENTOS DE VULNERABILIDADE INDIVIDUAL
	<p style="text-align: right;">(continuação)</p> <p>- O sucesso no tratamento é menor entre os refugiados Sírios que na população Turca local (63,6% vs 88,8%).</p>
P7E1	<p style="text-align: center;"><u>Perfil de morbimortalidade:</u></p> <p>- Pouco mais da metade (50,4% IC 95%: 47,3-53,6) dos domicílios de refugiados entrevistados informaram que o (s) membro(s) previamente diagnosticado(s) incluía(m) uma das cinco Doenças Crônicas Não Transmissíveis (hipertensão, doenças cardiovasculares, diabetes, doenças respiratórias crônicas e artrite).</p> <p>- Entre os refugiados adultos, a prevalência de artrite foi a mais alta (7,9; IC95%: 6,8-9,0), seguida pela hipertensão (7,4; IC95%: 6,6-8,3), doenças respiratórias crônicas (3,8; IC95%: 3,0-4,5), doença cardiovascular (3,3; IC95%: 2,7-3,9) e diabetes (3,3; IC95%: 2,6-3,9).</p> <p>Em adultos jovens (18 e 39 anos), a artrite (4,7; IC95%: 3,9 a 5,5) foi mais prevalente. Cerca de 4x mais que a população local.</p> <p>- A hipertensão foi a condição mais prevalente entre 40-59 anos e >de 60, na comunidade de refugiados e na população local.</p> <p>- Entre as crianças, as DNTs eram incomuns; as doenças respiratórias crônicas foram as mais prevalentes nas crianças refugiadas (2,4, 95% IC: 1,8-3,1)</p> <p>- 89,1% dos sírios procuraram cuidados de saúde devido à doença respiratória crônica no Líbano; (95% IC: 84,1-92,6); relatam ter visto pelo menos um médico devido à condição respiratória.</p> <p>- Relação inversa entre a procura de cuidados e ano de chegada ao Líbano. Os chegados mais recentes (2013 e 2014) tiveram 33% (95% IC: 2-55) de menor probabilidade de procura de cuidados do que os que chegaram em 2011 e 2012.</p>
P8E1	<p style="text-align: center;"><u>Perfil de morbimortalidade:</u></p> <p>- 57,9%: diabetes descontrolada (acima de 120 mg/dl em jejum).</p>
P9E1	<p style="text-align: center;"><u>Perfil de morbimortalidade:</u></p> <p>- 30% (88) dos pacientes foram diagnosticados com Diabetes após o início do conflito. Grande diferença observada em pacientes diagnosticados após o início da crise na Síria sugere que o conflito e o deslocamento tiveram um impacto negativo no quadro clínico.</p> <p style="text-align: right;">(continua)</p>

Quadro13 – Elementos de Vulnerabilidade Individual em refugiados Sírios.2019.

CÓDIGO DO ESTUDO	ELEMENTOS DE VULNERABILIDADE INDIVIDUAL
	<p style="text-align: right;">(continuação)</p> <p><u>Crenças e valores:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes com diabetes tipo 2 foram significativamente mais propensos a ter realizado jejum total (no Ramadã) do que os pacientes com diabetes tipo 1 (60% vs 14%, $p < 0,001$). - Pacientes com diabetes tipo 1, $n = 3$ (14%) afirmaram ter jejuado completamente, e $n = 4$ (18%) afirmaram que realizaram jejum parcial ou tentaram, mas tiveram que romper o jejum. No total, 40% dos que usaram insulina em jejum, eram menos propensos a ter um jejum completo do que aqueles que não estavam em insulina ($p < 0,001$). -A maioria dos pacientes relatou estar confortável, recebendo educação sobre Diabetes, por parte de médicos (97%, $n = 283$) ou enfermeiros (78%, $n = 229$). Entretanto, menos pacientes ficaram confortáveis em receber educação de nutricionistas (50%, $n = 146$), agentes comunitários de saúde (47%, $n = 136$) ou colegas (46%, $n = 133$). <p>Muitos pacientes jejuaram ou tentaram jejuar durante o Ramadã, de acordo com as taxas observadas nas populações muçulmanas na região. As razões precisas para o jejum não foram medidas através da ferramenta de pesquisa, mas fatores religiosos, culturais e familiares são prováveis</p>
P10E1	<p style="text-align: center;"><u>Perfil de morbimortalidade:</u></p> <p><u>Prevalência de Diabetes nos Sírios:</u></p> <p>Homens: 2,4% PI: 1,54 (95% IC 0.91-2,38) Mulheres: 4.7% PI: 2,50 (95% IC 1.50-3,82)</p> <p>Os maiores riscos encontrados por países de origem em comparação com a população de referência correspondem a maiores taxas de prevalência de diabetes dos países de origem.</p> <p><u>Achados para os dois grupos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - O risco de diabetes, registrado em homens e mulheres que procuram refúgio, foi aproximadamente duas vezes mais alto que em homens e mulheres da população local. - Maiores taxas de prevalência foram observadas na maioria dos países de origem e para requerentes de asilo com idade ≥ 30 anos. A prevalência de diabetes entre os requerentes de asilo já era mais elevada 6 meses após a chegada. -As altas taxas de prevalência e incidência de diabetes encontradas para os solicitantes <p style="text-align: right;">(continua)</p>

Quadro13 – Elementos de Vulnerabilidade Individual em refugiados Sírios.2019.

CÓDIGO DO ESTUDO	ELEMENTOS DE VULNERABILIDADE INDIVIDUAL
	<p style="text-align: right;">(continuação)</p> <p>de refúgio em comparação com a população de referência podem ter sido causadas pelo acúmulo de fatores de risco: suscetibilidade genética, mudança econômica radical, fatores de estilo de vida e estresse relacionados à migração e ao contexto de asilo. As diferenças de risco em relação à população de referência foram maiores para as mulheres do que para os homens.</p> <p>- O padrão observado em mulheres requerentes de refúgio, de diminuição na taxa de incidência, em comparação com a população de referência após 2 anos, seguido por um aumento, a partir de 4 anos após a chegada, é surpreendente. Esse padrão pode estar relacionado a uma combinação de fatores: constatação do diagnóstico de diabetes nos primeiros anos após a chegada, a possibilidade de variação dos níveis de estresse ao longo do tempo e os efeitos das mudanças no estilo de vida e sobrepeso.</p>
P11E1	<p style="text-align: center;"><u>Perfil de morbimortalidade:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Quase um terço da amostra apresentou TEPT (32,2%) sem diferença entre os gêneros. - Ansiedade (40,3%) - Depressão (47,7%) - Mulheres mais propensas que os homens a ter ansiedade (52,7% versus 29,7%, $p = 0,01$) ou depressão (58,5 vs. 38,3%, $p = 0,03$). - 39,3% apresentaram 2 ou mais dos 3 diagnósticos possíveis (TEPT, Ansiedade e Depressão). <p>Ter ficado longe da Síria por aproximadamente dois anos antes da chegada aos EUA sugere que a distância do conflito e o tempo decorrido desde o deslocamento não aliviaram a carga mental.</p> <p>Embora depressão e ansiedade tenham sido quase duas vezes mais comuns entre as mulheres, os homens eram mais propensos do que a população geral masculina dos EUA a ter distúrbios psiquiátricos.</p> <p>Perfil dos pacientes no país de origem:</p> <p>Diagnósticos psiquiátricos passados foram incomuns, mas incluíram depressão (4,3%) e ansiedade (2,2%). Entretanto, ninguém tinha sido diagnosticado com TEPT.</p> <p style="text-align: right;">(continua)</p>

Quadro13 – Elementos de Vulnerabilidade Individual em refugiados Sírios.2019.

CÓDIGO DO ESTUDO	ELEMENTOS DE VULNERABILIDADE INDIVIDUAL
P22E1	<p style="text-align: right;">(continuação)</p> <p style="text-align: center;"><u>Perfil de morbimortalidade:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Metade das mulheres (51,0%) experimentou pelo menos um sintoma de infecção sexualmente transmitida. -Alto número de gestações, problemas psicossociais, necessidade de atendimento odontológico e pré-natal foram alguns dos problemas mencionados. - 73,9% dos entrevistados tinham um membro das pessoas que conviviam no mesmo domicílio com Doença Crônica. <p>Principais morbidades:</p> <p>Hipertensão – 25,2%</p> <p>Desordens Musculoesqueléticas – 25.2%</p> <p>Doenças Pulmonares – 19,8%</p> <p>Doenças Cardíacas – 12,6%</p> <p>Doenças Gastrointestinais – 12,6%</p> <p>Doenças Neurológicas – 9,0%</p> <p>Diabetes – 8,1%</p> <p>Doenças Renais – 7,2%</p> <p>Câncer – 2,7%</p> <p>Outros (desordens ginecológicas, problemas de pele, desordens psiquiátricas, anemia e hérnia) – 13,5%</p> <p style="text-align: center;"><u>Trabalho:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Não recebem os salários prometidos; não podem trabalhar na área de experiência; - Relutância no recrutamento de pessoas com mais de 40 anos. - Para as mulheres que eram donas de casa na Síria, a necessidade de emprego no país de destino foi vista como um grande fardo.
E2E1	<p style="text-align: center;"><u>Perfil de morbimortalidade:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Exacerbação das doenças respiratórias associadas ao clima desértico (campo). -Procuram a unidade de saúde primeiro pelas seguintes condições agudas: Doenças respiratórias, febre, diarreia e lesões/ferida. <p>Alta prevalência de condições crônicas: Hipertensão, Doenças cardiovasculares,</p> <p style="text-align: right;">(continua)</p>

Quadro13 – Elementos de Vulnerabilidade Individual em refugiados Sírios.2019.

CÓDIGO DO ESTUDO	ELEMENTOS DE VULNERABILIDADE INDIVIDUAL
	<p style="text-align: right;">(continuação)</p> <p>Diabetes, Doenças Respiratórias Crônicas, artrite e catarata. Alta prevalência de tabagismo. Os refugiados de campo apresentaram diversas condições crônicas adquiridas depois da saída do país de origem: Doenças cardiovasculares, Diabetes, Hipertensão, Câncer, Doenças Renais.</p> <p style="text-align: center;"><u>Condições de vida:</u></p> <p>-Péssimas condições de moradia que exacerbam os problemas respiratórios (campo). -Insegurança nos campos. - A grande maioria vive com menos de 2 dólares/dia. - Refugiados urbanos vivem em moradias pobres e péssima qualidade de água. Reportado como fonte de doenças.</p> <p style="text-align: center;"><u>Crenças e valores:</u></p> <p>Pacientes atrelam qualidade do atendimento à prescrição IM/EV. Quando há apenas prescrição oral, questionam quanto à qualidade do cuidado.</p> <p style="text-align: center;"><u>Trabalho:</u></p> <p>-Falta de oportunidade e de acesso a trabalhos legalizados/formais (campo).</p>
E4E1	<p style="text-align: center;"><u>Estrutura familiar:</u></p> <p>21,3% das mulheres tinham 3 a 4 filhos; 15,7% 5 a 6 filhos; 6,5% mais que 6 filhos; 21,3% sem filhos. - Mulheres acima de 40 anos reportam 8 a 12 filhos. - Taxa de natalidade alta agrava a condição socioeconômica. - A maioria das mulheres reporta: a idade mais comum para o casamento: 14 e 15 anos. - O casamento precoce foi relacionado a questões econômicas. Os pais enviam as filhas ao Líbano para casar, por medo da guerra e por não conseguir sustentá-las economicamente. As meninas sírias refugiadas se casam com homens que nunca conheceram.</p> <p style="text-align: center;"><u>Crenças e valores:</u></p> <p>-Acreditam que mulher que usa contraceptivos antes da primeira gravidez e primeiro filho torna-se infértil. - Quem decide o método é o marido.</p> <p style="text-align: right;">(continua)</p>

Quadro13 – Elementos de Vulnerabilidade Individual em refugiados Sírios.2019.

CÓDIGO DO ESTUDO	ELEMENTOS DE VULNERABILIDADE INDIVIDUAL
E5E1	<p style="text-align: right;"><u>(continuação)</u></p> <p style="text-align: center;"><u>Perfil de morbimortalidade:</u></p> <p>-50,3%(IC 47,2 a 53,4%) das famílias sírias reportam um membro das pessoas que conviviam no mesmo domicílio com Doença Não Transmissível, com diagnóstico por profissional de saúde.</p> <p>Prevalência de Doenças Crônicas entre os adultos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Hipertensão (9,7% /IC:8,8-10,6) 2.Artrite (6,8%/IC:5,9-7,6) 3.Diabetes (5,3%/ IC 46-60) 4.Doenças Respiratórias (3,1%/ IC: 2,4 a 3,8) 5.Doenças Cardiovasculares (3,7%) IC:3,2-4,3) <p>Maior prevalência entre crianças de 0 a 17 anos: Doenças Respiratórias Crônicas – (3,0%/ IC:2,1 a 3,8).</p> <p>Maior prevalência entre idosos> 60 anos: Hipertensão (52,1%/IC: 46,5 a 57,7%).</p> <p>DNT: desafio emergente na resposta humanitária especialmente entre os refugiados urbanos.</p>
E6E1	<p style="text-align: center;"><u>Perfil de morbimortalidade:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Doenças infecciosas – 30,7% 2.Doenças Crônicas – 30% - Homens com maior probabilidade (OR=1.36, p<0.05). 3.Doenças cardiovasculares – 16,2% 4.Hipertensão – 14,9% 5.Doenças musculoesqueléticas – 15,2% 6. Doenças gastrointestinais – 12% 7.Doenças Respiratórias- 10,1% 8.Doenças de Pele- 6,7% <p style="text-align: center;"><u>Principais queixas:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Dor (31,5%): pescoço, lombar, cabeça, “em todo o corpo”, causadas por condições desconfortáveis para dormir, estilo de vida desconfortável, trabalho manual exaustivo, desnutrição e estresse. 2.Tosse(14%) 3.Dor de garganta (10,9%) <p style="text-align: right;">(continua)</p>

Quadro13 – Elementos de Vulnerabilidade Individual em refugiados Sírios.2019.

CÓDIGO DO ESTUDO	ELEMENTOS DE VULNERABILIDADE INDIVIDUAL
	<p style="text-align: right;">(continuação)</p> <p>4. Sintomas gastrointestinais (9,9%)</p> <p>5.Falta de ar (7,7%)</p> <p>6.Rash cutâneo – 6,7%</p> <p>7.Febre – 3,7%</p> <p>8.Tontura – 2,7%</p> <p>9.Fraqueza geral – 2,1%</p> <p>10. Sintomas de ansiedade- 1,3%</p> <p>11. Problemas dentais – 1,3%</p> <p>12. Problemas de visão- 1,35%</p>
E7E1	<p style="text-align: center;"><u>Perfil de morbimortalidade:</u></p> <p>Condições mais prevalentes:</p> <p>Déficit de Vitamina D – 63%</p> <p>Déficit no Crescimento/nutrição – 24,2%</p> <p>Neurológicas/metabólicas – 16,4%</p> <p>Aprendizado/comportamento – 15,6%</p> <p>Saúde Mental – 12,5%</p> <p>Tuberculose latente – (11,8%).</p> <p>Atraso no desenvolvimento – 10,2%</p> <p>Adversidades pré-chegada:</p> <p>Exposição a traumas – 58,9%</p> <p>Preocupação com a saúde mental dos pais – 39,7%</p> <p>Preocupação com outras famílias no exterior – 68,5%</p> <p>Separação de um membro da família- 57,3%</p>
E9E1	<p style="text-align: center;"><u>Perfil de morbimortalidade:</u></p> <p>As doenças infecciosas por bactérias, vírus e parasitas foram as mais frequentes (52%).</p> <p>As condições clínicas apresentadas em ordem decrescente de prevalência:</p> <p>1.Doenças infecciosas (52%).</p> <p>2.Condições musculoesqueléticas (não causadas por traumas) – 12,4%</p> <p style="text-align: right;">(continua)</p>

Quadro13 – Elementos de Vulnerabilidade Individual em refugiados Sírios.2019.

CÓDIGO DO ESTUDO	ELEMENTOS DE VULNERABILIDADE INDIVIDUAL
	<p style="text-align: right;">(continuação)</p> <p>3. Condições de pele (9.9%)</p> <p>4. Traumas/feridas (causados por acidente/violência) – 8,5%</p> <p>5. Doenças Crônicas sistêmicas: cardiovasculares, endócrinas, respiratórias, neurológicas, autoimunes e congênitas. (8,0 %)</p> <p>6. Condições dentárias ou da cavidade oral (5,0%).</p> <p>7. Condições reprodutivas da mulher (3,4%).</p> <p>8. Saúde Mental (2,3%) – condições agudas e crônicas.</p> <p>9. Desnutrição, Fraqueza, Anemia- (2,2%).</p> <p>10 – Escabiose e piolho (1,2%).</p> <p>11 – Abuso de substâncias (psicotrópicos e álcool) – (0.5%)</p>
E12E1	<p style="text-align: center;"><u>Perfil de morbimortalidade:</u></p> <p>- Morbidades (Adultos > 40 anos):</p> <p>Doenças Não Transmissíveis, Doenças Respiratórias agudas, Infecções de pele, Artrite, Problemas gastrointestinais, Infecção vaginal, Problemas urinários, Doenças diarreicas, Tuberculose, Anemia, Câncer, Infecção ocular</p> <p>Doenças Não Transmissíveis:</p> <p>1. Hipertensão: 227 (70,9%).</p> <p>2- Diabetes: 114 (35,6%).</p> <p>3- Doenças Pulmonares Crônicas (17,5%).</p> <p>Fatores de risco para Doenças Não Transmissíveis:</p> <p>- 32% fumavam.</p> <p>- 61% usavam sal extra na maioria ou em todas as refeições.</p> <p>Crianças < 2 anos:</p> <p>- Apenas 3% amamentação exclusiva no peito até os 6 meses.</p> <p>- Apenas 50% das mães tinham cartão de vacina.</p> <p>- Apenas 24% das Crianças tinham a dose 3 da DTP aos 12 meses.</p> <p>- Apenas 55% das mães de crianças de 0 a 24 meses relataram quadro diarreico nas 2 semanas anteriores à consulta.</p> <p style="text-align: right;"><u>(continua)</u></p>

Quadro13 – Elementos de Vulnerabilidade Individual em refugiados Sírios.2019.

CÓDIGO DO ESTUDO	ELEMENTOS DE VULNERABILIDADE INDIVIDUAL
C4E1	<p style="text-align: right;">(continuação)</p> <p style="text-align: center;"><u>Condições de vida</u></p> <p>Os Sírios vivem em média 5,9 anos no campo de refúgio.</p> <p style="text-align: center;"><u>Domicílio:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 48,9 % dos Sírios: moradia instável. Isto associa-se com sentimento e fala: “Esse lugar não é uma casa para nós”. - Não há serviços públicos de saneamento. - As casas/tendas/Containers são insuficientes. - Superlotação do campo, após 2011 a população do campo mais que dobrou. <p style="text-align: center;"><u>Perfil de morbimortalidade:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Prevalência de doenças mentais: 52% (Mais que 10x maior que a população libanesa local que tem prevalência de 4,6%). - Sírios são mais suscetíveis às desordens psicóticas. - Transtornos mentais e TEPT estão associados à exposição à guerra, duração da residência no campo de refúgio, falta de estabilidade na moradia e falta de emprego economicamente rentável (p<0,05)
C7E1	<p style="text-align: center;"><u>Perfil de morbimortalidade:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 56,6%: procuram a APS por doenças agudas em adultos. - 53%: procuram a APS por doenças agudas em crianças. - 36%: doenças crônicas.
JRS2E1	<p style="text-align: center;"><u>Condições de vida</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nenhum dos entrevistados conseguiu residência legal na Jordânia por meio de procedimentos padrão de imigração – um processo que é frequentemente demorado e caro <p style="text-align: center;"><u>Trabalho:</u></p> <p>Quase todos que procuraram trabalho o fizeram em empregos informais “fora da vista”, como varejo, serviços, agricultura e construção. Alguns também trabalhavam no turno da noite em instalações médicas ou servindo café e alimentação em eventos privados</p>
JRS3E1	<p style="text-align: center;"><u>Perfil de morbimortalidade:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 88,5% das moradias/famílias tinham algum membro adulto precisando de cuidado no Líbano. <p style="text-align: right;">(continua)</p>

Quadro13 – Elementos de Vulnerabilidade Individual em refugiados Sírios.2019.

CÓDIGO DO ESTUDO	ELEMENTOS DE VULNERABILIDADE INDIVIDUAL
	<p style="text-align: right;">(continuação)</p> <p>Razões para precisar dos serviços de APS:</p> <p>Infecção ou Doenças Transmissíveis – 32,5% (IC 27.3,38.0)</p> <p>Doenças Crônicas/Doenças Não Transmissíveis – 14,8% (IC 12.5,18.8)</p> <p>Obstétricas/ginecológicas – 17.5% (IC 13.9, 21.7)</p> <p>Feridas – 6.2% (IC 4,2 9.1)</p> <p>Complicações na gravidez – 7.5% (IC 5.2,10.9)</p> <p>Cuidado dentário – 6.7% (IC 4.7, 6.9)</p> <p>Problemas de pele – 3.0% (IC 1.7, 5.2)</p> <p>Gastrointestinais – 0.3% (IC 0.0, 2.0)</p> <p>Problemas oftalmológicos – 1.6% (IC 0.6, 4.0)</p> <p>Saúde mental ou emocional – 1.1% (IC 0.4, 2.8)</p> <p>Dores nas articulações – 1.1% (IC 0.4, 2.8)</p> <p>Problemas Renais – 1.9 (IC 0.9, 3.8)</p>
REFW2E2	<p style="text-align: center;"><u>Condições de vida:</u></p> <p>70% dos agregados familiares viviam abaixo da linha de pobreza (US\$ 3.84/dia/pessoa)</p> <p>93% apresentaram algum grau de insegurança alimentar. Adultos: 1,8 refeições por dia. Crianças: 2.3 refeições por dia</p> <p>Moradias superlotadas (27%), com problemas estruturais graves, e falta de banheiro.</p> <p><i>“Nosso acampamento e outro próximo não têm banheiros. Como resultado, quatro famílias precisam compartilhar um banheiro ”</i></p> <p><i>“Minha casa está cheia de baratas, ratazanas e ratos. Minha filha está doente por causa da sujeira”</i></p> <p style="text-align: center;"><u>Estrutura familiar:</u></p> <p>A família média de refugiados era composta por 5,1 membros: 2,2 adultos (18-59 anos), 1,5 crianças (6 a 17 anos), 1,1 crianças com cinco anos ou menos e 0,1 de pessoas mais idosas (> 60anos). Famílias se aproximam da composição nuclear.</p> <p style="text-align: center;"><u>Perfil morbimortalidade:</u></p> <p>Reportam pelo menos um membro da família com:</p> <p>Doenças Crônicas: 43%</p> <p>Doença temporária ou lesão:29%</p> <p style="text-align: right;">(continua)</p>

Quadro13 – Elementos de Vulnerabilidade Individual em refugiados Sírios.2019.

CÓDIGO DO ESTUDO	ELEMENTOS DE VULNERABILIDADE INDIVIDUAL
	<p style="text-align: right;">(continuação)</p> <p>Problemas físicos ou mentais: 12%</p> <p>- 41% das crianças incluídas na amostra encontravam-se doentes nas duas semanas anteriores ao estudo. Os sintomas mais comumente relatados foram: febre (31%), seguida de tosse (25%) e diarreia (15%).</p>
P23E3	<p style="text-align: center;"><u>Perfil de morbimortalidade:</u></p> <p>- 24% dos contatos diagnosticados com TB latente.</p> <p>- 2,1% com TB ativa.</p> <p>- Prevalência de TB ativa foi duas vezes maior em crianças abaixo de 5 anos (5.3%) do que em adultos (2.5%).</p>
WSC3E1	<p style="text-align: center;"><u>Perfil de morbimortalidade:</u></p> <p>Os motivos mais comuns para procurar atendimento foram:</p> <p>Doenças não transmissíveis (40,6%): artrite, condições musculoesqueléticas, hipertensão, diabetes, infecções respiratórias agudas e diarreia.</p> <p>Problemas de saúde sexual e reprodutiva (28,6%).</p> <p>Doenças transmissíveis nas crianças (37,8%).</p> <p>Problemas dentários (35,44%)</p> <p>Preocupações relacionadas à gravidez (19,7%)</p> <p>Problemas ginecológicos (36,7%)</p>
E14E2	<p style="text-align: center;"><u>Condições de vida:</u></p> <p>Proporção significativamente menor de famílias deslocadas teve alimentação aceitável em comparação às famílias não deslocadas (68,1% vs 81,7%; $P < 0,001$).</p> <p>54,3% (IC 95% = 50,1, 58,3) relataram uso de mecanismos extremos de enfrentamento da insegurança alimentar: redução do tamanho da porção; do número de refeições consumidas por dia; consumo reduzido pelos adultos para permitir a alimentação das crianças; restrição do consumo pelos membros do sexo feminino; permanecer dias inteiros sem comer.</p> <p>Outros mecanismos de enfrentamento: vender bens da família, ativos produtivos, casa ou terra; retirar as crianças da escola; envolver crianças na geração de renda; envolver-se em trabalhos de alto risco ou socialmente degradantes; enviar familiares para comer em outro lugar; e casar as crianças.</p> <p style="text-align: right;">(conclusão)</p>

Em relação aos Elementos de vulnerabilidade individual dos refugiados sírios, e considerando os indicadores propostos por Nichiata, Takahashi, Bertolozzi (2008), o indicador mais presente relaciona-se ao perfil de morbimortalidade, sendo a morbidade muito mais apontada.

As morbidades que mais se destacaram nos refugiados sírios foram: TEPT, ansiedade, depressão, sobrepeso/obesidade, tuberculose, doenças crônicas não transmissíveis (hipertensão, doenças cardiovasculares, diabetes, doenças respiratórias crônicas e artrite), infecções sexualmente transmissíveis, doenças respiratórias, doenças diarreicas, desordens alimentares, lesões de pele/ferida, doenças infecciosas de maneira geral, doenças gastrointestinais, escabiose/piolho e infecção ocular.

Quanto às morbidades mentais, os refugiados sírios chegam a ser 10 vezes mais suscetíveis que a população do país de acolhida e a prevalência chega a 52,0% (C4E1). O TEPT esteve presente em quase 50,0% dos casos (P4E1) e está fortemente associado ($p < 0,05$) à exposição à guerra (C4E1) e a desordens alimentares (P4E1). A ansiedade e a depressão também apresentaram alta prevalência, com 40,3% e 47,7% respectivamente (P11E1). É importante observar que a maior parte dos refugiados que desenvolveram ansiedade e depressão no país de destino, não tinham diagnósticos dessas enfermidades no país de origem. No país de origem, 4,3% apresentavam depressão, 2,2% ansiedade e ninguém havia sido diagnosticado com TEPT (P11E1).

Os estudos apontam os elementos que podem causar e potencializar os transtornos mentais no processo de migração forçada: experiências adversas no país de origem /Síria (exposição à traumas reais ou risco emocional ou corporal, perda de entes queridos, do status social e de pertences, privação crônica nas necessidades básicas); durante a transição (meios inseguros de transporte, como risco de travessia do mar, risco de exploração por contrabandistas), quando nos campos (superpopulação, incerteza em relação ao futuro e falta grave de recursos), e após reassentamento (falta de familiaridade com o novo contexto, barreiras linguísticas, pobreza, desemprego, falta de apoio, discriminação potencial). Todos esses podem contribuir para o desenvolvimento e manutenção de traumas e estresse (P11E1).

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis também foram verificadas nos estudos, principalmente a Diabetes e Hipertensão, mencionadas em 8 estudos (E2E1, E5E1, E12E1, P7E1, P8E1, P9E1, P10E1, JRS3E1). A prevalência de Diabetes nos refugiados Sírios foi maior que na população local, tanto entre homens quanto entre mulheres, já 6 meses após a chegada. Entre as mulheres, a prevalência foi quase duas vezes maior que na população local. O risco para Diabetes,

entre os refugiados homens e mulheres, também foi duas vezes maior. Os dados do estudo em questão (P10E1), acompanharam os dados estimados de prevalência nos países de origem dos refugiados. Na Síria, país de origem desses refugiados, estima-se que a prevalência de Diabetes é 9,6%, e na Holanda (país de chegada dos refugiados do estudo mencionado) é de 5,9%. Aqui evidencia-se que as morbidades trazidas do país de origem, reproduzem-se nos refugiados no país de destino. Por isso, os refugiados sírios apresentaram prevalência de diabetes duas vezes maior que a população holandesa (P10E1). Um estudo aponta que a taxa de mortalidade na Síria, com Doenças Não Transmissíveis, é de 80%, entre adultos (E12E1).

Migrantes de vários países considerados não ocidentais apresentam maior risco de diabetes em comparação às populações locais de países industrializados. Contudo, os dados disponíveis referem-se principalmente à grupos de migrantes com história de migração relativamente longa. Os refugiados podem enfrentar um acúmulo de fatores de risco para diabetes, tais como: maior suscetibilidade genética; exposições precoces, por exemplo, baixo peso ao nascer; exposição à fome na infância; mudança socioeconômica importante; estresse de aculturação; e estilos de vida distintos no país anfitrião. Além disso, alguns fatores de risco podem ser particularmente prevalentes entre os requerentes de refúgio, como estresse, depressão, transtorno de estresse pós-traumático e distúrbios do sono. O estudo relata que os requerentes de refúgio, com transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), tiveram chance quase 1,5 vez maior de diagnóstico de diabetes em comparação a outros requerentes de refúgio que não apresentaram o transtorno (P10E1). Um dado importante aponta que 57,9% dos refugiados com Diabetes na amostra do estudo, estavam com Diabetes descontrolada (o estudo considerou descontrole glicêmico parâmetros acima de 120 mg/dl em jejum) (P8E1).

Outro dado relevante é a taxa que chega a 73,9% dos refugiados entrevistados que tinham um membro da família com Doença Crônica. Nesse caso, a Hipertensão foi verificada em 25,2% dos pacientes (P22E1). As doenças respiratórias foram mencionadas em quatro estudos (E6E1, E2E1, E12E1, P7E1). No Líbano, por exemplo, 89,1% dos refugiados sírios da amostra do estudo procuraram a APS devido à Doença Respiratória Crônica (P7E1). Os refugiados de campo sofrem maior exacerbação das Doenças Respiratórias, devido ao clima desértico de alguns campos de refúgio (E2E1).

A Tuberculose foi apontada em 5 estudos (P6E1, E7E1, E12E1, P12E3, P23E3); cerca de 11,8% das crianças sírias na Austrália, de 7 meses a 16 anos, apresentaram TB (E7E1). O sucesso

no tratamento da TB foi menor entre os refugiados Sírios na Turquia (63,6% dos casos) do que na população local (88,8%) (P6E1). É importante ressaltar que o contexto de guerra está diretamente relacionado ao aumento da prevalência de TB. Na Síria, anteriormente à guerra, a prevalência era de 23 casos para cada 100.000 habitantes e após o conflito, houve aumento para 51 casos para cada 100.000. Durante a guerra civil na Síria, os principais problemas em relação à TB referem-se ao diagnóstico, tratamento e prevenção da doença, devido aos desafios no acesso aos serviços de saúde e ao fornecimento de medicamentos (P6E1).

Durante a guerra, a reativação e a transmissão da tuberculose apresenta aumento entre os refugiados, devido às condições de vida: aglomerados de pessoas, imigração, dificuldade no acesso à saúde, nutrição e escassez de medicamentos e de pessoal de saúde, resultando em aumento da prevalência e mortalidade por tuberculose. A incidência de TB apresentou-se alta entre os refugiados, mas foi mínimo o aumento na incidência em locais onde eles se estabeleceram. Os refugiados Sírios na Jordânia, por exemplo, em 2013, apresentaram prevalência de TB de 36/100.000 após a guerra civil síria e essa taxa foi duas vezes maior do que a prevalência de TB da população local jordaniana. A maior prevalência de TB, entre os refugiados, pode decorrer das condições de vida: aglomerados, desnutrição, estresse psicológico (P6E1), conforme anteriormente mencionado.

Apenas um estudo tratou das Infecções Sexualmente Transmissíveis (P22E1), apontando-se que 51,0% das mulheres apresentaram sintomatologia. As Doenças Infecciosas/Transmissíveis foram mencionadas em três estudos (E6E1, E9E1, JRS3E1). Em estudo realizado no Líbano, com 1.218 refugiados sírios, as Doenças Transmissíveis foram as prevalentes, com 40,5% (IC 37.3, 43.8) dos entrevistados acometidos. É necessário mencionar que a população libanesa local (País de acolhida) apresentou prevalência bastante próxima daquela dos refugiados (42.9%/ IC 38.3,47.6)(JRS3E1). As doenças infecciosas por bactérias, vírus e parasitas foram mais frequentes e alcançaram 52,0% dos pacientes em outro estudo (E9E1).

O indicador de vulnerabilidade “trabalho” foi verificado em três estudos (P4E1, P22E1, E2E), sendo importante a taxa de desemprego entre os refugiados sírios, de 84,2% na população do estudo (P4E1). O indicador “crenças e valores” a respeito da doença foi verificado em quatro estudos (P5E1, P4E1, P9E1, E4E1). Chama a atenção o fato de algumas refugiadas sírias no Líbano acreditarem que, caso usarem algum método contraceptivo antes da primeira gravidez,

ficariam inférteis, além da decisão quanto ao método caber ao marido. Nesse estudo, apenas 58% das mulheres usavam algum método, e a taxa de natalidade é bastante alta, destacando-se que mulheres acima de 40 anos reportam ter entre 8 a 12 filhos (E4E1).

O indicador “condições de vida” foi constatado em três estudos (E2E1, C4E1, JRS2E1). São alarmantes as péssimas condições de moradia em campo de refúgio, que exarcebam os problemas respiratórios, além de ocupar lugar de destaque a insegurança nos campos (E2E1).

6.2.1.2 Vulnerabilidade Programática em Refugiados Sírios

O Quadro abaixo mapeia os elementos de vulnerabilidade programática extraídos e sintetizados dos estudos da Revisão de Escopo.

Quadro14– Elementos de Vulnerabilidade Programática com referência aos refugiados Sírios. 2019.

CÓDIGO DO ESTUDO	ELEMENTOS DE VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA
P5E1	<p><u>Ações dos programas de saúde:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Médicos: conhecimento limitado a respeito da classificação de risco (protocolo) para Doenças Cardiovasculares adotado nas unidades de saúde. - 50% dos pacientes classificados com alto risco para Doenças Cardiovasculares, com indicação protocolar para tratamento medicamentoso para dislipidemia, não receberam tratamento hipolipemiante. - Tensão entre a necessidade de intervenção medicamentosa para prevenção primária e a tendência dos médicos a preferir intervenções no estilo de vida não medicamentosa. - 30%: com Doenças Cardiovasculares e 60% dos pacientes diabéticos > 40 anos permaneceu sem tratamento. - As equipes prescrevem intervenções nutricionais (necessidade de comer frutas, legumes e vegetais, por exemplo), mas os pacientes não têm o que comer em suas casas.
P6E1	<p><u>Ações dos programas de saúde:</u></p> <p>Embora a frequência de TB tenha aumentado na província de Hatay, após a chegada dos refugiados, o sucesso do tratamento entre a população local ainda está dentro dos limites</p> <p style="text-align: right;">(continua)</p>

Quadro14– Elementos de Vulnerabilidade Programática com referência aos refugiados Sírios. 2019.

CÓDIGO DO ESTUDO	ELEMENTOS DE VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA
	<p style="text-align: right;">(continuação)</p> <p>estabelecidos pelo Tratamento Diretamente Observado. Contudo, a meta de tratamento não foi alcançada entre os refugiados. Para melhorar o sucesso do tratamento em refugiados, aponta-se a necessidade de implementação de novo programa nacional de controle da Tuberculose entre os refugiados.</p>
P7E1	<p style="text-align: center;"><u>Ações dos programas de saúde:</u></p> <p>-Pacientes com problemas cardiovasculares: menor proporção de refugiados que utilizavam centros primários de saúde para atendimento (44,9, 95% CI: 36,0–54,1).</p> <p>- Entre os refugiados com Hipertensão as clínicas privadas foram utilizadas pela maior proporção de casos de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (21,5; IC95%: 16,6-27,5).</p> <p>-As farmácias foram as mais utilizadas entre os refugiados sírios com artrite (10,1,95% IC: 5,9-16,7). (Procuram a farmácia e a automedicação ao invés da UBS).</p> <p>-O pagamento médio do out-of-pocket na consulta foi de US \$ 15 (95% IC: 12,8-17,8; mediana US \$ 3) para refugiados e US \$ 42 (95% IC: 35,6 49,0; mediana US \$ 33) para membros da comunidade local.(Embora paguem menos que a população local, ainda necessitam pagar alguma quantia extra por serviços de saúde.)</p>
P8E1	<p style="text-align: center;"><u>Ações dos programas de saúde:</u></p> <p>Equipe com dificuldade de interação com paciente.</p> <p>- Baixo percentual de pacientes que receberam aconselhamento em saúde quanto ao estilo de vida: 8,8% relacionadas a hábitos alimentares, 11,4% para cessação do tabagismo e 71% para atividades físicas.</p> <p>Divergências nos dados entre os dados eletrônicos e os prontuários escritos. Evidenciando uma vulnerabilidade programática na informatização das unidades.</p> <p>Apenas 7,7% dos pacientes tiveram seu índice de massa corporal mensurado.</p> <p style="text-align: center;"><u>Políticas de Saúde:</u></p> <p>- Os refugiados sírios podem utilizar os serviços de cuidados primários de saúde pagando taxas subsidiadas nos centros de atenção primária à saúde e em instalações de nível primário em todo o Líbano. (Ainda uma política de cobertura parcial em alguns contextos).</p> <p style="text-align: right;">(continua)</p>

Quadro14– Elementos de Vulnerabilidade Programática com referência aos refugiados Sírios. 2019.

CÓDIGO DO ESTUDO	ELEMENTOS DE VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA
P10E1	<p style="text-align: right;">(continuação)</p> <p style="text-align: center;"><u>Políticas de Saúde:</u></p> <p>- A alta prevalência de diabetes entre os solicitantes de refúgio, logo após a chegada e a probabilidade de aumento adicional de risco ao longo do tempo, sugere que a Diabetes, entre solicitantes de refúgio e refugiados, é um problema de considerável importância para a saúde pública nos países de acolhida.</p>
P22E1	<p style="text-align: center;"><u>Acesso aos serviços de Saúde:</u></p> <p>Mais da metade das gestantes (60,0%) receberam atendimento pré-natal, mas tiveram dificuldades em decorrência da língua, tempo de espera e atitudes pessoais.</p> <p>- 36,0% usaram um método durante sua nova vida na Turquia.</p> <p>- Os refugiados enfrentaram certas barreiras quando buscavam cuidados em relação aos cuidados pré-natais, vacinas infantis e cuidado de doenças crônicas.</p> <p>- Filas e ambientes tensos no sistema de saúde turco.</p> <p>- Atitudes da equipe como barreira ao acesso.</p>
E2E1	<p style="text-align: center;"><u>Acesso aos serviços de Saúde:</u></p> <p>-Queda da relação de médico por habitantes de 27,1 para 20,2/10.000 (2013).</p> <p>-Principal fator reportado para a redução ao acesso ao cuidado perinatal é a falta de médicas mulheres.</p> <p>-Equipe reporta sobrecarga devido ao aumento do fluxo de pacientes e falta de recursos humanos e estruturais.</p> <p>- Pacientes reportam falta de transporte para chegar à UBS como barreira no acesso.</p> <p>-Alto custo para acessar o serviço de saúde reportado como barreira para refugiados urbanos.</p> <p style="text-align: center;"><u>Políticas de Saúde:</u></p> <p>-Fim da cobertura universal e gratuita para os refugiados sírios em setembro de 2014, sob a alegação do ministério da saúde jordaniano de custos com saúde insustentáveis.</p> <p>-Refugiados urbanos (80%) – pagam por serviços de saúde.</p> <p>- Os refugiados enfatizam a necessidade de mudança das políticas de saúde para melhoria das questões de saúde.</p> <p style="text-align: right;">(continua)</p>

Quadro14– Elementos de Vulnerabilidade Programática com referência aos refugiados Sírios. 2019.

CÓDIGO DO ESTUDO	ELEMENTOS DE VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA
E4E1	<p style="text-align: right;">(continuação)</p> <p style="text-align: center;"><u>Acesso aos serviços de Saúde:</u></p> <p>Custo: principal barreira para o uso do contraceptivo no Líbano.</p> <p style="text-align: center;"><u>Políticas de Saúde:</u></p> <p>-Falta de um programa para as meninas sírias para protegê-las do casamento precoce.</p>
E5E1	<p style="text-align: center;"><u>Acesso aos serviços de Saúde:</u></p> <p>Não procura por cuidados de saúde devido ao custo.</p> <p style="text-align: center;"><u>Políticas de Saúde:</u></p> <p>- Devido à imensa carga sobre o sistema de saúde jordaniano, causada pelo aumento exponencial de refugiados no país, em novembro de 2014 os refugiados passaram a ter que pagar taxas no cuidado em saúde pública (políticas foram alteradas).</p>
E7E1	<p style="text-align: center;"><u>Ações dos programas de Saúde:</u></p> <p>-1,8% das crianças completaram a avaliação de saúde recomendada aos refugiados na APS.</p> <p>28,3% não passaram por qualquer triagem em saúde.</p> <p>Os testes de triagem mais omitidos foram para tuberculose (taxa de conclusão de triagem– 7,1%), sorologia para <i>Strongyloides</i> (Taxa de Conclusão de triagem – 6,3%), sorologia para esquistossomose (Taxa de Conclusão de triagem – 8,0%) e para Hepatite B (10,7%). Todos com taxa de conclusão baixíssima.</p> <p>- 70,8% das crianças, na primeira consulta, não estavam com calendário vacinal atualizado.</p> <p>-25,3% apresentaram algum documento que receberam cuidados em saúde (em ajudas humanitárias no trajeto).</p> <p>A comunicação dos serviços de saúde para refugiados fora do país com o sistema de saúde local dos países de acolhida é insuficiente.</p> <p style="text-align: center;"><u>Acesso aos serviços de Saúde:</u></p> <p>Apenas 51% começaram a vacinação de recuperação (atualização) apropriada na APS.</p> <p style="text-align: right;">(continua)</p>

Quadro14– Elementos de Vulnerabilidade Programática com referência aos refugiados Sírios. 2019.

CÓDIGO DO ESTUDO	ELEMENTOS DE VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA
	(continuação) Acesso ao Teste – TST/PPD na APS extremamente limitada na unidade.
E9E1	<p><u>Acesso aos serviços de Saúde:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 50% das consultas em especialistas foram ofertadas por ONGs e não pelo Sistema Nacional de Saúde. (Transferência de responsabilidade de oferta de serviços de saúde para ONGs).
E12E1	<p><u>Políticas de Saúde:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Falta de Sistema universal de Saúde. - Sistema de saúde dominado por prestadores de saúde privada. A despesa com a iniciativa privada representa 52% de todo o gasto em saúde no Líbano. - O Sistema de Saúde libanês é fragmentado e tem se concentrado em intervenções intra-muros, com alcance comunitário limitado. <p><u>Acesso aos Serviços:</u></p> <p>Principais barreiras no acesso à APS:</p> <p>Custos médicos (17%); Falta de transporte (11%). Falta de tempo (0,4%).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Das Crianças de 0 a 24 meses com infecções respiratórias agudas, apenas 19% tiveram acesso a um profissional de saúde apropriado dentro de 2 dias.
C4E1	<p><u>Políticas de Saúde</u></p> <p>A Prevalência de doenças mentais é elevada na APS. O estudo aponta a necessidade de fortalecimento dos programas e políticas de saúde mental no âmbito da APS.</p>
C7E1	<p><u>Acesso aos serviços de Saúde:</u></p> <p>Fatores reportados como barreira no acesso à saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 55% tiveram que pagar para ter acesso aos serviços de saúde. - 50%: relatam alto custo nos serviços médicos. - 65%: alto custo no transporte para chegar à unidade de saúde. - 60,2%: longas distâncias para chegar nas instalações de saúde. - 66%: longa espera nos estabelecimentos de saúde. - Procedimentos muito longos para usar os serviços de saúde (60,2%). - 51,5%: alto custo dos medicamentos. - 63%: datas muito tardias no agendamento de consultas e exames. <p>(continua)</p>

Quadro14– Elementos de Vulnerabilidade Programática com referência aos refugiados Sírios. 2019.

CÓDIGO DO ESTUDO	ELEMENTOS DE VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA
	<p style="text-align: right;">(continuação)</p> <p style="text-align: center;"><u>Ações dos programas de Saúde:</u></p> <p>- 40,8% dos refugiados reportaram discriminação por parte da equipe de saúde.</p>
JRS2E1	<p style="text-align: center;"><u>Políticas de Saúde:</u></p> <p>O governo jordaniano revogou o livre acesso à saúde e educação públicas e também limitou o acesso à assistência humanitária internacional, aumentando as exigências probatórias de elegibilidade para recebimentos destas ajudas.</p>
JRS3E1	<p style="text-align: center;"><u>Acesso aos serviços de Saúde:</u></p> <p>O acesso aos cuidados de saúde e medicamentos foi mais comprometido entre os refugiados sírios que na população libanesa. Os refugiados que procuraram a APS e receberam cuidados foram 69.3%. Já a população libanesa local que conseguiu acesso foi de 84.9%. A barreira principal ao acesso foi o custo.</p>
WSC4E1	<p style="text-align: center;"><u>Ações dos programas de saúde:</u></p> <p>Falta de continuidade no cuidado e em seu registro. Um refugiado sírio na Hungria relata: “<i>Nós não recebemos nenhuma documentação/registro do tratamento que recebemos</i>” (Nesse caso, refugiados em deslocamento, que necessitariam de documentação em mãos, especificando seu histórico para o serviço de saúde que iria 132requer-lo).</p> <p style="text-align: center;"><u>Acesso aos serviços de saúde:</u></p> <p>Falta de oferta de serviços de saúde mental na APS. Relato de um refugiado sírio na Holanda: “<i>Não há atendimento psicológico aqui. É muito importante, mais do que medicamentos. Especialmente para as crianças. Quanto mais tempo não houver atendimento psicológico, os problemas se tornarão ainda maiores</i>”.</p>
P23E3	<p style="text-align: center;"><u>Ações dos programas de saúde:</u></p> <p>A taxa de cura entre os casos índice de TB foi baixa (28.9%). Entre as mulheres foi ainda menor (7,9%). Dos casos índice, apenas 43,4% completaram o tratamento. As causas não foram explicitadas.</p> <p style="text-align: right;">(continua)</p>

Quadro14– Elementos de Vulnerabilidade Programática com referência aos refugiados Sírios. 2019.

CÓDIGO DO ESTUDO	ELEMENTOS DE VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA
WSC3E1	<p style="text-align: right;">(continuação)</p> <p style="text-align: center;"><u>Acesso aos serviços de saúde:</u></p> <p>- 54,2% dos refugiados reportaram como barreira, na utilização dos serviços de saúde na APS, a falta de conhecimento quanto à oferta dos serviços de saúde.</p> <p>- Custos adicionais (pagos pelos refugiados pelos serviços de APS) foram reportados também como barreira ao acesso. 80,9% dos pacientes dos estudos reportam que tiveram que pagar quantias adicionais pelos serviços.</p> <p style="text-align: right;">(conclusão)</p>

O indicador “acesso aos serviços de saúde” foi o que mais se apresentou nos estudos: 9 (P22E1, E2E1, E4E1, E5E1, E7E1, E9E1, C7E1, E12E1, JRS3E1), seguido pelo indicador “políticas de saúde”, em 7 estudos (P8E1, E2E1, E4E1, E5E1, E12E1, C4E1, JRS2E1). O indicador “ações dos programas” foi verificado em 6 estudos (P5E1, P6E1, P7E1, P8E1, E7E1, C7E1).

Em relação ao indicador acesso, 60,0% das gestantes sírias na Turquia tiveram dificuldades no serviço de saúde devido ao idioma e ao tempo de espera (P22E1), o que coloca em destaque a necessidade de tradutores na APS. A falta de profissionais médicas foi reportada pelas sírias como barreira ao acesso para o cuidado perinatal. O acesso tem sido prejudicado na Jordânia, reporta a equipe, em decorrência do aumento do fluxo dos sírios, da falta de recursos humanos e estruturais na APS (E2E1).

Já o custo foi reportado em 4 estudos como barreira ao acesso aos serviços de saúde (E4E1, E5E1, C7E1, JRS3E1). Em um estudo, 55,0% dos Sírios tiveram que pagar, e 50,0% relataram altos custos nos serviços médicos. Chama a atenção o que ocorre na Grécia, por exemplo, onde 50,0% das consultas ofertadas, foram realizadas por ONGs nacionais e internacionais, evidenciando transferência de responsabilidade do governo local em providenciar acesso aos serviços de saúde. Nesse contexto, as principais causas de encaminhamento para referência são as causas obstétricas/ginecológicas (35,0%), cuidados pediátricos (15,0%) e 16,0% foram encaminhados para obter medicamentos prescritos que não estavam disponíveis na APS (E9E1).

No Líbano também os refugiados sírios tiveram acesso mais comprometido aos cuidados

de saúde e medicamentos que a população local. Apesar do custo constituir uma barreira ao acesso, é importante salientar que há programas de custeio na APS do Líbano, por exemplo, mas que não dão conta do fluxo e necessidades apresentadas. Os refugiados sírios registrados no ACNUR e libaneses vulneráveis têm direito a cuidados subsidiados em aproximadamente 116 de mais de 800 unidades de atenção básica no Líbano por uma taxa de 3.000 a 5.000 LBP (aproximadamente US \$ 2 a 3) (JRS3E1). Um número crescente de clínicas estatais de APS no Líbano e clínicas de ONGs tem oferecido atendimento com custo reduzido aos grupos vulneráveis. O atendimento nessas instalações é prestado a sírios não registrados, a um custo reduzido, oferecendo-se oportunidade de atendimento mais acessível a essa população (JRS3E1). Porém, é notória a precariedade dos serviços, e tais programas não suprem as diversas demandas, exacerbando a vulnerabilidade desse grupo social.

Em relação ao indicador “Políticas de Saúde”, destaca-se a falta de um sistema universal e gratuito, conforme se verificou em 3 estudos (E12E1, JRS2E1, E2E1). Em um estudo com refugiados sírios na Jordânia, 80,0% dos entrevistados relataram ter que pagar alguma quantia para cuidados em saúde na APS (E2E1). Embora esses estudos mostrem que os refugiados desembolsam menos que a população local, é necessário analisar que tal situação soma-se ao alto índice de desemprego, e à renda menor que 2 dólares/dia. Não se pode deixar de mencionar a existência de um programa de distribuição de renda e assistência financeira na Jordânia pela ONU/ACNUR, porém apenas 23.000 famílias têm acesso (E2E1). Esse número de famílias é muito restrito considerando-se mais de 676.300 refugiados sírios sob o mandato da ONU na Jordânia até o final de 2018 (UNHCR,2019). Observa-se o endurecimento das políticas, e o aumento da burocracia para concretizar os direitos sociais. Na Jordânia, por exemplo, é necessário um cartão biométrico de identificação pessoal para conseguir uma série de serviços, inclusive, para sair dos campos de refugiados para a cidade, porém, as exigências para a obtenção desse cartão, para conseguir acesso à saúde, por exemplo, se torna cada vez mais de difícil. Para obter a identificação biométrica, os refugiados precisam não apenas de documentos válidos do ACNUR e do governo, mas também de certificados de saúde individuais para as pessoas com mais de 12 anos de idade, além de contratos de arrendamento (os que se encontram em áreas urbanas), além do documento de identificação e propriedade do proprietário jordaniano, uma tarefa impossível para muitos. Essa identificação biométrica dá direito à suporte nutricional mensal e redução nos cupons de alimento. Tais requisitos levaram muitos sírios a recorrer a estratégias de enfrentamento insustentáveis. Muitos foram

forçados a reduzir ainda mais o aporte de alimentos, deixar de buscar cuidado em saúde e tirar as crianças da escola para compensar custos ou gerar uma renda adicional através do trabalho infantil. Um estudo apontou que a média de refeições de refugiados adultos sírios no Líbano era de 1,8 refeições/dia, e entre as crianças, de 2,3 refeições/dia (REFW2E2).

Quanto ao indicador “ações dos programas de saúde” chama atenção a dificuldade em que as equipes de APS tem na interação com os refugiados sírios (P8E1), principalmente em contextos onde a concentração deste grupo é alta, como no Líbano, por exemplo. Preocupante é o dado de um dos estudos que aponta que 40,0% dos refugiados sírios entrevistados na Jordânia reportaram discriminação por parte da equipe de saúde (C7E1), o que pode significar em despreparo dos ministérios de saúde locais, no treinamento e preparação dessas equipes. Evidentemente que não é o caso de responsabilizá-las, pois de igual forma, sofrem a tensão decorrente de todo esse processo, em primeira instância determinado por questões estruturais, e de frágil governabilidade local. De qualquer forma, cabe a crítica aos governos e ministérios locais, que expõem as equipes aos extremos da escassez de recursos humanos e materiais e, principalmente de conhecimento sobre o tema do refúgio na saúde (JRS2E1).

6.2.1.3 Vulnerabilidade Social em Refugiados Sírios

O Quadro abaixo mapeia os elementos de vulnerabilidade social extraídos e sintetizados dos estudos da Revisão de Escopo.

Quadro 15 – Elementos de Vulnerabilidade Social em refugiados Sírios. 2019.

CÓDIGO DO ESTUDO	ELEMENTOS DE VULNERABILIDADE SOCIAL
P4E1	<p><u>Acesso à educação:</u></p> <p>- 7,3%: não sabem ler ou escrever.</p> <p>- 48%: sabem ler e escrever de forma elementar.</p>
P5E1	<p><u>Migração:</u></p> <p>O padrão de migração de alguns refugiados impactou a adesão ao tratamento medicamentoso, pois não conseguiram adquirir a medicação durante a viagem para</p> <p style="text-align: right;">(continua)</p>

Quadro 15 – Elementos de Vulnerabilidade Social em refugiados Sírios. 2019.

CÓDIGO DO ESTUDO	ELEMENTOS DE VULNERABILIDADE SOCIAL
	<p style="text-align: right;">(continuação)</p> <p>a Síria.</p> <p>- Muitos não estavam aptos em praticar exercícios por questões de segurança, estresse e angústia psicológica.</p>
P9E1	<p style="text-align: center;"><u>Acesso à educação:</u></p> <p>-A idade dos pacientes variou de 18 a 84 anos, com mediana de 54. Quase metade (42%) não completou nenhuma educação formal; Apenas 12% tinham educação além da escola primária.</p> <p style="text-align: center;"><u>Acesso à informação:</u></p> <p>-Particularmente preocupante foi a incapacidade de alguns pacientes para mencionar uma maneira de reconhecer hipoglicemia (34%, n = 98) e de cuidar-se frente aos sinais e sintomas (35%, n = 102).</p>
P22E1	<p style="text-align: center;"><u>Acesso à educação:</u></p> <p>- 21,3%: analfabetismo entre os adultos</p> <p>- 34,1%: apenas com ensino primário.</p> <p>-Índice alto de crianças que abandonaram a escola como resultado da migração (55%).</p> <p>- 41,5% relatam duas principais necessidades: ajuda no aluguel e educação.</p> <p>- Participantes relatam falta de ajuda para educação e aluguel.</p> <p style="text-align: center;"><u>Acesso à informação:</u></p> <p>-Quase metade das mulheres (49,6%) não conhecia o direito de acesso gratuito aos cuidados de saúde.</p>
E2E1	<p style="text-align: center;"><u>Estigma:</u></p> <p>Devido ao estigma relacionado às doenças mentais, parte dos pacientes foram resistentes em receber cuidados em saúde mental. Por isso, poucos na pesquisa reportaram necessitar de cuidados.</p>
E4E1	<p style="text-align: center;"><u>Acesso à educação:</u></p> <p>-4,6%: nível universitário.</p> <p>-7,4% nunca receberam educação formal.</p> <p style="text-align: right;">(continua)</p>

Quadro 15 – Elementos de Vulnerabilidade Social em refugiados Sírios. 2019.

CÓDIGO DO ESTUDO	ELEMENTOS DE VULNERABILIDADE SOCIAL
	<p style="text-align: right;">(continuação)</p> <p style="text-align: center;"><u>Acesso à informação:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - As mulheres reportaram não saber da disponibilidade de ações de planejamento familiar, oferecidas sem custo por ONGs. - Muitas mulheres desconheciam o preservativo. <p style="text-align: center;"><u>Migração</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -A migração forçada foi reportada como fator para não uso de métodos contraceptivos, e favoreceu a queda do uso. 42% das mulheres não estavam usando nenhum método contraceptivo.
E5E1	<p style="text-align: center;"><u>Acesso à informação:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Não procuram tratamento para Doenças Não Transmissíveis, pois não sabem onde procurar e transitar no sistema de saúde. <p style="text-align: center;"><u>Acesso à educação:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Baixa escolaridade dos chefes de família, menos de 25% completaram o ensino secundário.
E7E1	<p style="text-align: center;"><u>Acesso à educação:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 25% das crianças refugiadas não estavam matriculadas em escola, mesmo após 3 meses de chegada no país. <p style="padding-left: 40px;">Pré-chegada: 67,9% perderam pelo menos 1 ano de escola antes de chegar.</p> <p style="padding-left: 40px;">32% perderam 3 anos ou mais.</p>
E12E1	<p style="text-align: center;"><u>Acesso à educação:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 40,3% das mães não têm educação formal. -20% das mães completaram a escola primária. - 6,04% completaram a escola secundária.
C4E1	<p style="text-align: center;"><u>Acesso à educação:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -27% dos Sírios nunca estiveram na escola, ou seja, apresentaram nenhum grau de escolaridade, comparados com 8% da população libanesa local (fica evidente que a população Síria é mais vulnerável no acesso à educação). <p style="text-align: center;"><u>Acesso à justiça:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Restrições nas leis libanesas locais para a oferta de oportunidade de emprego aos refugiados Sírios e Palestinos. <p style="text-align: right;">(continua)</p>

Quadro 15 – Elementos de Vulnerabilidade Social em refugiados Sírios. 2019.

CÓDIGO DO ESTUDO	ELEMENTOS DE VULNERABILIDADE SOCIAL
	<p style="text-align: right;">(continuação)</p> <p style="text-align: center;"><u>Acesso à economia:</u></p> <p>Palestinos: participação muito restrita na economia libanesa.</p>
C7E1	<p style="text-align: center;"><u>Acesso à informação:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Apenas 31% dos pacientes reportam que o planejamento familiar está acessível e disponível. - 28,2% não sabiam que poderiam acessar os serviços de saúde em caso de necessidade. <p style="text-align: center;"><u>Estigma:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - O estigma relacionado às doenças mentais causou baixa na reportagem de necessidades em saúde mental
JRS2E1	<p style="text-align: center;"><u>Acesso à educação</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sírios sem residência legal experimentaram acesso restrito à serviços, trabalho e educação, além de sensação de temporalidade prolongada no país. <p style="text-align: center;"><u>Estigma:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - A vulnerabilidade à exploração e a falta de condições para viver dignamente foram interpretadas pelos sujeitos do estudo como discriminação. - Políticas de exclusão, para impedir o assentamento e a inclusão na Jordânia, também foram interpretadas pelos sujeitos do estudo como discriminação. - Políticas excludentes e flutuantes deixaram os entrevistados com sensação de temporalidade prolongada e medo crônico de deportação da Jordânia. Por exemplo, um entrevistado sírio resumiu: <i>“não há nada que dê uma sensação de segurança para o futuro. A cada momento, existe a ameaça – a ameaça é contínua.”</i> <p style="text-align: center;"><u>Migração</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - A falta de possibilidades de integração significativa, o aumento do sentimento de instabilidade e insegurança, foram as principais motivações dos refugiados para a migração secundária para a Europa. - Os entrevistados sírios atribuíram predominantemente a migração secundária irregular às restrições e falta de oportunidades na Jordânia - 50,0% atribuíram a migração forçada às pressões múltiplas e cumulativas causadas pelo <p style="text-align: right;">(continua)</p>

Quadro 15 – Elementos de Vulnerabilidade Social em refugiados Sírios. 2019.

CÓDIGO DO ESTUDO	ELEMENTOS DE VULNERABILIDADE SOCIAL
	<p style="text-align: right;">(continuação)</p> <p>conflito, principalmente a inacessibilidade à educação, assistência médica e falta de trabalho.</p> <p>- 50,0% dos entrevistados tinham planos concretos para deixar a Jordânia. Outros <i>“começaram a pensar a respeito”</i></p> <p>- Todos os entrevistados tiveram familiares, vizinhos, colegas ou amigos que já haviam imigrado e de quem receberam conselhos sobre rotas alternativas, contrabandistas, procedimentos e arranjos de recepção ao longo do caminho.</p> <p>- A árdua rota de migração dissuadiu apenas parte dos entrevistados sírios. Alguns disseram: <i>“uma morte rápida no mar, é melhor do que morrer mil mortes todos os dias”</i></p>
REFW2E2	<p style="text-align: center;"><u>Acesso à educação:</u></p> <p>6 – 14 anos: em média 48,0% fora da escola. No distrito de Bekaa chega a 70,0%.</p> <p>15-17 anos: 84,0% estão fora da escola.</p> <p>Principais causas: custo da educação, trabalho infantil, casamento infantil, necessidade de permanecer em casa, razões culturais e o custo do transporte para a escola.</p> <p style="text-align: right;">(conclusão)</p>

O indicador “acesso à educação” foi prevalente, tendo sido verificado em 9 estudos (P4E1, P9E1, JRS2E1, E4E1, E5E1, E7E1, E12E1, C4E1, JRS2E1). Três estudos tratam das dificuldades de acesso à educação no grupo de adultos (E5E1, P22E1, P4E1, C7E1). Um dos estudos traz que 42,0% não completaram nenhuma educação formal (P9E1). Constatou-se alto índice de crianças que abandonam a escola: em um estudo chega a 55,0% dos pesquisados (C7E1). Na Austrália, por exemplo, um estudo reportou que 25,0% das crianças sírias encontravam-se fora da escola mesmo após 3 meses no país e que 67,9% perderam pelo menos 1 ano de escola antes de chegar nesse local. (E7E1).

O indicador “acesso a informação” foi o segundo com maior expressão, sendo verificado em 5 estudos (P9E1, P22E1, E4E1, E5E1, C7E1). A falta de informação quanto à disponibilidade dos serviços de planejamento familiar na UBS, chama a atenção e foi verificada em 2 estudos (C7E1, E4E1). Em um dos estudos com refugiados sírios no Líbano, por exemplo, 61,0% dos entrevistados não sabiam da disponibilidade dos serviços. Nesse contexto, mesmo com um sistema

de saúde em sua maior parte privatizado, as ONGs internacionais e locais providenciam cuidados para mulheres sírias refugiadas primeiramente através da APS. Elas oferecem planejamento familiar sem custos (inserção de DIU, pílulas contraceptivas e preservativos masculinos), além de consulta com parteira ou obstetra/ginecologista e testes laboratoriais (C7E1).

Na presente revisão de escopo, verifica-se a necessidade de um novo indicador para a operacionalização do conceito de vulnerabilidade, além do que foi proposto por Nichiata, Takahashi, Bertolozzi (2008), que refere-se à “Migração” e que foi acrescentado para compor a dimensão social. Isto porque, verificou-se, na análise dos estudos, elementos específicos e que integram os contextos de vulnerabilidade. Nesse marcador, avaliou-se a importância da análise dos elementos pré-chegada, trânsito e pós-chegada. O objetivo desse indicador é avaliar questões específicas dos movimentos migratórios, pois no tema da migração e saúde é necessário considerar o movimento dos sujeitos. Essa proposta de indicador já foi aplicada na presente revisão. Entre os sírios, foi constatado em 3 estudos (E4E1, P22E1, JRS2E1).

O padrão do fluxo migratório causa impacto na adesão ao tratamento medicamentoso de doenças cardiovasculares em refugiados sírios que chegam à Jordânia, pois durante a viagem não conseguem adquirir os medicamentos (P5E1). Nesse País, um estudo apontou que 50,0% dos sírios tinham planos concretos para deixá-lo, principalmente em direção à Europa, em decorrência da falta de acesso aos direitos fundamentais, como educação, saúde, trabalho e alimentação. Esse estudo mostra parte do depoimento que chama a atenção: *“uma rápida morte no mar, é melhor do que morrer mil mortes todos os dias”*. Essa manifestação evidencia o sofrimento social, psíquico e fisiológico imposto aos refugiados diariamente. Por vezes, lhes é negado o mínimo para a manutenção da dignidade humana. As grandes nações que disputam poder no território, aliadas aos governos locais impõem peso insuportável sobre esses indivíduos, que preferem morrer no mar, do que permanecer agonizando por anos, em muitos casos décadas.

6.2.2 Refugiados Palestinos

Quadro 16– Estudos identificados realizados com refugiados Palestinos. 2019

AUTOR	TÍTULO	CODIGO DO ESTUDO
Al Baz, M. Law, M. R. Saadeh, R.	Antibiotics use among Palestine refugees attending UNRWA primary health care centers in Jordan – A cross-sectional study	E1E1
Bastin P. et al	Description and Predictive Factors of Individual Outcomes in a Refugee Camp Based Mental Health Intervention (Beirut, Lebanon)	E3E1
Saadeh, R. et al	Trends in the utilization of antihypertensive medications among Palestine refugees in Jordan, 2008-2012	E10E1
Abouteir, A. et al	Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene	P1E1
Alameddine, M. et al	Resilience capacities of health systems: Accommodating the needs of Palestinian refugees from Syria	P3E1
Khader, A. et al	Cohort monitoring of persons with diabetes mellitus in a primary healthcare clinic for Palestine refugees in Jordan	P12E1
Khader, A. et al	Cohort monitoring of persons with hypertension: an illustrated example from a primary healthcare clinic for Palestine refugees in Jordan	P13E1
Khader, A. et al	Diabetes mellitus and treatment outcomes in Palestine refugees in UNRWA primary health care clinics in Jordan	P14E1
Khader, A. et al	Hypertension and treatment outcomes in Palestine refugees in United Nations Relief and Works Agency primary health care clinics in Jordan	P15E1
Khader, A. et al	Treatment outcomes in a cohort of Palestine refugees with diabetes mellitus followed through use of E-Health over 3 years in Jordan	P16E1
Khader, A. et al	What happens to Palestine refugees with diabetes	P17E1 (continua)

Quadro 16– Estudos identificados realizados com refugiados Palestinos. 2019

AUTOR	TÍTULO	CODIGO DO ESTUDO
	mellitus in a primary healthcare center in Jordan who fail to attend a quarterly clinic appointment?	(continuação)
Saleh, S. et al	Using Mobile Health to Enhance Outcomes of Noncommunicable Diseases Care in Rural Settings and Refugee Camps: Randomized Controlled Trial	P21E1
Segal, S. P. et al	Contributors to Screening Positive for Mental Illness in Lebano's Shatila Palestinian Refugee Camp	C4E1
Riccardo, F.Khader, A. SabatinelliG,	Low infant mortality among Palestine refugees despite the odds	C5E1
AlKasseh, A. S. M, Zaki, N. M, Aljeesh, Y. I, Soon, L. K.	Risk factors of gestational diabetes mellitus in the refugee population in Gaza Strip: a case-control study	C6E1 (conclusão)

6.2.2.1 Vulnerabilidade Individual Em Refugiados Palestinos

O Quadro abaixo mapeia os elementos de vulnerabilidade individual dos refugiados palestinos extraídos e sintetizados dos estudos da Revisão de Escopo.

Quadro 17 – Elementos de Vulnerabilidade Individual em refugiados Palestinos.2019.

CÓDIGO DO ESTUDO	ELEMENTOS DE VULNERABILIDADE INDIVIDUAL
E10E1	<p><u>Perfil de Morbimortalidade:</u></p> <p>-Aumento da prevalência de Hipertensão entre 2008 e 2012:</p> <p>2008 – 13,8%</p> <p>2009 – 14,8%</p> <p>2010 – 15,2%</p> <p>2011 – 16,3%</p> <p>2012 – 14,5%</p> <p>(continua)</p>

Quadro 17 – Elementos de Vulnerabilidade Individual em refugiados Palestinos.2019.

CÓDIGO DO ESTUDO	ELEMENTOS DE VULNERABILIDADE INDIVIDUAL
E3E1	<p style="text-align: right;">(continuação)</p> <p><u>Perfil de morbimortalidade:</u></p> <p>-28% (329) – com depressão (Prevalência na população libanesa local: 17%).</p> <p>-15,6% (178) – Ansiedade.</p> <p>-11,5% - Psicoses</p>
E1E1	<p><u>Trabalho:</u></p> <p>- 90% dos refugiados desempregados e com renda abaixo da média da renda nacional jordaniana (647 Euros/mês.)</p> <p><u>Perfil de morbimortalidade:</u></p> <p>-Alta prevalência de automedicação com antibióticos (47%). Destes 63% compartilharam seus antibióticos com familiares.</p> <p>- 60% compraram antibióticos na farmácia sem prescrição.</p>
P3E1	<p><u>Perfil de morbimortalidade:</u></p> <p>- Principais problemas de saúde apontados pela equipe na assistência aos refugiados palestinos: Transtorno do estresse pós-traumático, violência contra a mulher e depressão.</p>
P12E1	<p><u>Perfil de morbi-mortalidade:</u></p> <p>- Entre 10 e 20% dos pacientes com Diabetes Mellitus: complicações graves como cegueira, acidente vascular cerebral, doença cardiovascular e amputações.</p> <p>Dos pacientes com Diabetes:</p> <p>Diabetes tipo 1 – 2,5%(70)</p> <p>Diabetes tipo 2 – 20,5%(585)</p> <p>Dm +HAS – 77% (2196)</p>
P13E1	<p><u>Perfil de morbimortalidade:</u></p> <p>-Uma ou mais complicações tardias da HAS em refugiados palestinos estavam presentes em 15% dos pacientes. Dentre elas, doenças cardiovasculares e acidente vascular cerebral representando a maior parte da morbidade.</p> <p>- 48% dos pacientes: Diabetes como comorbidade.</p> <p style="text-align: right;">(continua)</p>

Quadro 17 – Elementos de Vulnerabilidade Individual em refugiados Palestinos.2019.

CÓDIGO DO ESTUDO	ELEMENTOS DE VULNERABILIDADE INDIVIDUAL
	<p style="text-align: right;">(continuação)</p> <p>- Entre 8% e 15% dos pacientes com HAS apresentaram sérias complicações como doenças cardiovasculares e Acidente Vascular Encefálico.</p>
P14E1	<p style="text-align: center;"><u>Perfil de morbimortalidade:</u></p> <p>Dos pacientes com Diabetes:</p> <p>DM tipo 1 – 352 (3%)</p> <p>DM tipo 2 – 3154 (25%)</p> <p>DM Tipo2 + HAS – 9044 (72%)</p> <p>- 60% estão na faixa etária entre 40 e 59 anos.</p> <p>- 86% são pacientes acima de 40 anos.</p> <p>-Complicações tardias presentes em 1.130 (11,6%) pacientes que compareceram a uma clínica, sendo a doença cardiovascular e o acidente vascular cerebral as mais comuns</p> <p>- Tabagismo, inatividade física e obesidade:19%, 50% e 47%, respectivamente.</p> <p>- 59% (7347) obesos com IMC>30, como fator de risco adicional (p<0.001). Destes 69% eram mulheres.</p> <p>- Quase 20% dos pacientes com DM eram fumantes e 50% eram fisicamente inativos, com prevalência significativamente maior de ambos os fatores de risco em homens do que em mulheres. Quase 60% dos pacientes com DM eram obesos, com prevalência significativamente maior no sexo feminino.</p> <p>- Menos de 5% morreram.</p> <p>- Dentre as complicações cumulativas da DM de forte significância (p<0,001): Infarto Agudo do Miocárdio, Doença Renal em estágio final (p<0,01).</p>
P15E1	<p style="text-align: center;"><u>Perfil de morbimortalidade:</u></p> <p>- HAS: mais prevalente em mulheres (64%) e pessoas com idade ≥ 40 anos (87%).</p> <p>- Tabagismo: 17%, inatividade física:48% e obesidade: 71% dos pacientes.</p> <p>- 77% de todos os pacientes registrados compareceram à clínica; destes, 50% tinham hipertensão e diabetes e 50% tinham hipertensão</p> <p>-tabagismo: significativamente mais comum em homens (34%); em relação à 7% das mulheres (7%); inatividade física e obesidade foram significativamente mais comuns em mulheres.</p> <p style="text-align: right;">(continua)</p>

Quadro 17 – Elementos de Vulnerabilidade Individual em refugiados Palestinos.2019.

CÓDIGO DO ESTUDO	ELEMENTOS DE VULNERABILIDADE INDIVIDUAL
	<p style="text-align: right;">(continuação)</p> <p>-Aqueles com Hipertensão e Diabetes também tiveram excesso de prevalência de Infarto do Miocárdio, Cardiopatia Congestiva, Acidente Vascular Cerebral e Cegueira em comparação à Hipertensão isolada (P <0,01)</p> <p>- 36% (5087): IMC < 30 kg/m²</p> <p>- 40% e 50% dos pacientes com hipertensão apresentavam diabetes associada</p>
P16E1	<p style="text-align: center;"><u>Perfil de morbimortalidade:</u></p> <p>- 57% dos refugiados palestinos com Diabetes tinham como risco adicional obesidade com IMC\>30. Este valor se manteve nos 3 anos seguidos.</p> <p>- 42% tinham como risco adicional o sedentarismo.</p> <p>- A proporção de pacientes com complicações tardias (a mais comum sendo doença cardiovascular e acidente vascular cerebral) aumentou de 1% no início para 7% em 1 ano, 14% em 2 anos e 15% em 3 anos (teste qui-quadrado para tendência = 15,4 , P <0,001).</p>
P17E1	<p style="text-align: center;"><u>Perfil de morbimortalidade:</u></p> <p>Do grupo dos não acompanhados/atendidos:</p> <p>-70%: Diabetes associado à HAS.</p> <p>-46% efetuaram exames para determinar o controle da DM.</p> <p>- 54% obtiveram menos que 3 aferições de glicose em 1 ano; e menos que 2 aferições de glicose pós-prandial.</p> <p>-51% estavam com Diabetes descontrolado, com glicose > 180 mg/dl nas ultimas 2 aferições.</p> <p>Do grupo dos que foram atendidos/Acompanhados:</p> <p>-81% apresentou Diabetes + HAS.</p> <p>- Apenas 58% com DM controlada, ou seja, com as últimas 02 aferições de glicose < 180mg/dl</p>
P1E1	<p style="text-align: center;"><u>Perfil de morbimortalidade:</u></p> <p>Infecções do trato respiratório são reportadas como as principais causas de atendimento na Atenção Primária na faixa de Gaza.</p> <p>-5,4% (266) dos pacientes diagnosticados com diarreia – Causa mais frequente</p> <p style="text-align: right;">(continua)</p>

Quadro 17 – Elementos de Vulnerabilidade Individual em refugiados Palestinos.2019.

CÓDIGO DO ESTUDO	ELEMENTOS DE VULNERABILIDADE INDIVIDUAL
	<p style="text-align: right;">(continuação)</p> <p>Giardia duodenalis em 20,3% dos infectados. Também foram isolados: <i>Campilobacter</i> /<i>Shigella</i>/<i>Salmonella</i></p> <p>Fatores associados à diarreia (P<0,05):</p> <p>status socioeconômico (pobreza, desemprego, falta de máquina de lavar, fogão, falta de acesso à água pública e gratuita. Presença de animais domésticos, principalmente pássaros e pombos).</p> <p style="text-align: center;"><u>Condições de vida:</u></p> <p>Saneamento precário e sérias restrições à água na Faixa de Gaza, condicionantes associados às doenças transmissíveis, especialmente diarreia infecciosa, que é a principal morbidade na localidade.</p> <p>- 62,4% (166) tiveram que comprar água devido ao insuficiente acesso à água pública; destes, 22,9% compram água desde o conflito de Dezembro de 2008.</p> <p style="text-align: center;"><u>Trabalho:</u></p> <p>- 74,2 % (198): tem emprego, mas a grande maioria (116) no setor informal.</p>
C5E1	<p style="text-align: center;"><u>Perfil de morbimortalidade:</u></p> <p>- Taxa de mortalidade Infantil:</p> <p>- Mortalidade de crianças palestinas refugiadas na Síria: é maior que a população local: 28 mortes para 1000 nascidos vivos IC (21,5 – 34,6) contra 16 mortes na população local.</p> <p>- 3 Principais causas de morte infantil no primeiro ano:</p> <p>- Baixo Peso/ Prematuridade (30,2 %)</p> <p>- Mal formação congênita (22,%)/ associada à gravidez precoce e casamento consanguíneo. No Líbano, 25 % dos casamentos são consanguíneos. Na Jordânia, Síria, Faixa de Gaza e Westbank alcançam quase 50%.</p> <p>- Infecções respiratórias (13,4%).</p> <p>- Entre 59% e 74% de crianças refugiadas palestinas morreram durante o primeiro mês de vida.</p>
C6E1	<p style="text-align: center;"><u>Perfil de morbimortalidade:</u></p> <p>Fatores de Risco relacionados ao Diabetes gestacional em refugiadas palestinas:</p> <p style="text-align: right;">(continua)</p>

Quadro 17 – Elementos de Vulnerabilidade Individual em refugiados Palestinos.2019.

CÓDIGO DO ESTUDO	ELEMENTOS DE VULNERABILIDADE INDIVIDUAL
	<p style="text-align: right;">(continuação)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Histórico de abortamento (mais que 1) – foi o fator mais forte ($p < 0,0001$). -Peso antes da gravidez ($p < 0,001$); - Histórico familiar de Diabetes Mellitus ($p < 0,001$) - Histórico de natimorto ($p = 0,002$) - Peso na gravidez ($p < 0,001$)
C4E1	<p style="text-align: center;"><u>Condições de vida</u></p> <p>1 – Sírios e Palestinos: alta média de tempo vivendo no campo (17 anos). Separadamente, os Palestinos vivem em média muito mais tempo no campo: entre 16,2 anos e chegam até 27,5 anos.</p> <p style="text-align: center;"><u>Domicílio:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Não há serviços públicos de saneamento. - As casas/tendas/containers são insuficientes. - Superlotação do campo (após 2011 a população do campo mais que dobrou). <p style="text-align: center;"><u>Perfil de morbimortalidade:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Prevalência de doenças mentais entre Palestinos: 52,0% (Mais que 10 vezes maior que a população libanesa local, que tem prevalência de 4,6%). - Transtornos mentais e TEPT estão associados à exposição à guerra, duração da residência no campo de refúgio, falta de estabilidade na moradia e falta de emprego economicamente rentável ($p < 0,05$) <p style="text-align: right;">(conclusão)</p>

O indicador de vulnerabilidade individual mais presente na análise dos artigos a respeito de palestinos foi o relativo ao perfil de morbimortalidade, que foi verificado em todos os estudos. As principais morbidades foram: doenças cardiovasculares, diabetes, hipertensão, acidente vascular cerebral, obesidade, infarto agudo do miocárdio, doença renal crônica, infecções do trato respiratório, doenças transmissíveis, diarreia infecciosa, TEPT, ansiedade, depressão, psicoses, baixo peso/prematuridade e malformação congênita.

O diabetes foi a que mais se destacou, sendo verificado em 7 estudos (P12E1, P13E1,

P14E1, P15E1, P16E1, P17E1 e C6E1). A associação entre o diabetes e a hipertensão é alarmante entre os palestinos. Em um estudo chega a 77,0% (2.196 pacientes) da amostra (P12E1), sendo que a obesidade é um dos principais fatores de risco adicional associado ($p<0,001$). Em um estudo, dos pacientes com diabetes, 59,0% (7347) estavam obesos, com IMC >30 , destes, 69,0% eram mulheres (P14E1). Em outro estudo, com refugiados palestinos na Jordânia, a associação entre diabetes e hipertensão chegou a 81,0% dos pacientes atendidos, e chama atenção que, entre estes, após aferição da glicose, 51,0% apresentavam diabetes descontrolado nas últimas 2 aferições, com glicose $>180\text{mg/dl}$. Nesse mesmo estudo, o diabetes associado à hipertensão acomete todas as faixas etárias: 21,0% (473) eram crianças menores de 5 anos, 36,0% (808) tinham entre 5 e 10 anos e 43,0% (965) eram maiores de 10 anos de idade (P17E1). Aqui vale mencionar que a prevalência de DM e HAS, na população de refugiados palestinos atendidos pela UNRWA, com 40 anos ou mais, é de 11,4% e 17,5% respectivamente (P13E1).

A hipertensão também se destaca e foi verificada em 6 estudos (E10E1, P12E1, P13E1, P14E1, P15E1, P17E1). Em um deles, aponta-se o aumento da prevalência, no período de 2008 a 2012, entre refugiados palestinos na Jordânia sob o mandato da ONU/UNRWA, que varia de 13,8% a 16,3% dos pacientes atendidos. Destes, chama a atenção um percentual elevado de pacientes com hipertensão sem controle que, no mesmo período, variou de 31,5% a 45,9% dos pacientes. É importante pontuar que há 2 milhões de palestinos na Jordânia: a maior população palestina fora do território palestino no Oriente Médio (E10E1).

No campo dos agravos mentais, destaca-se a depressão, tendo sido relatada em 2 estudos (E3E1, P3E1), com prevalência de 28,0%. É importante lembrar que a prevalência de doenças mentais mundial na população em geral é de aproximadamente 10,0% (E3E1).

Das doenças infecciosas, chamam atenção as diarreias infecciosas nos refugiados palestinos na própria Palestina. Destes, 20,3% estavam infectados com a *Giardia Duodenalis*, o que evidencia relação com a qualidade da água. A falta de acesso à água pública e gratuita foi associada ($p<0,05$) às diarreias infecciosas, destacando-se que 62,4% tiveram que comprar água (P1E1).

Entre as crianças palestinas, é importante sublinhar um dos estudos realizados na Jordânia, Líbano, Síria, Gaza e Cisjordânia, que procede ao levantamento das principais causas de morte infantil no primeiro ano de vida. Baixo peso e prematuridade correspondem à 30,0% das mortes, seguidas por malformação congênita (22,0%) e infecção do trato respiratório (13,4%) (C5E1). Nesse estudo, chama atenção o alto índice de mortes por malformação congênita, sendo associada

à gravidez precoce e ao casamento consanguíneo (C5E1). Aqui vale compartilhar a Figura 6, que especifica as causas das mortes.

Figura 6. Causas de morte em crianças palestinas refugiadas no primeiro ano de vida.2019.

Fig. 1. Infant deaths^a among Palestine refugees by cause and field of operation of the United Nations Relief and Works Agency, 1995–2005

Fonte: Riccardo, Khadder, Sabatinelli, 2011.

Outro estudo, uma revisão de artigos originais, intitulado “The arab genome: Health and Wealth”, realizado pela Universidade do Qatar, corrobora os resultados do estudo anteriormente mencionado. A revisão em questão apontou cerca de 955 doenças genéticas identificadas em árabes, das quais, 60,0% (586) são doenças recessivas. O estudo identificou que os árabes têm a maior taxa de consanguinidade do mundo, chegando a 70,0%, com prevalência extrema de casamento entre primos de primeiro grau. Esses fatores, adicionados à cultura endogâmica do casamento e ao elevado tamanho das famílias, tem sido atribuídos à prevalência de doenças genéticas nos países árabes, que apresentam alto índice de doenças raras (Zayed, 2016).

O indicador “trabalho” foi identificado em 2 estudos (E1E1, P1E1). A taxa de desemprego chega a 90,0% entre os refugiados palestinos na Jordânia (E1E1). Ou seja, as taxas de desemprego são mais elevadas que as encontradas entre os refugiados sírios. Mesmo no próprio território palestino, um estudo aponta que a maioria daqueles que conseguiram emprego, tratava-se de empregos informais (P1E1).

O indicador “condições de vida” também foi verificado em 2 estudos (P1E1, C4E1) e chama atenção o longo período em que os palestinos vivem no campo de refúgio: em média 16,2 anos, chegando a 27,5 anos. Portanto, vivem nessa condição em período muito maior do que os sírios, certamente pelo conflito relacionado aos palestinos ser mais antigo. Nesse contexto, vivem sem serviços públicos de saneamento, as casas/tendas/containers são insuficientes nos campos, além de verificar-se a superlotação (C4E1).

6.2.2.2 Vulnerabilidade Programática Em Refugiados Palestinos

O quadro abaixo mapeia os elementos de vulnerabilidade programática em refugiados palestinos.

Quadro 18 – Elementos de Vulnerabilidade Programática em refugiados Palestinos. 2019.

CÓDIGO DO ESTUDO	ELEMENTOS DE VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA
E10E1	<p><u>Políticas de Saúde:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Políticas e ações dos mecanismos internacionais ainda muito voltadas para a intervenção medicamentosa. - Gastos com anti-hipertensivos na APS aumentaram de 2008 a 2012. Gasto anual (2012) chegou a \$1,8 milhões.
E1E1	<p><u>Acesso aos serviços de saúde:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Longas horas de espera aumentam o risco em 2x para automedicação sob uso de antibióticos. - 88% dos pacientes que esperaram longas horas se auto medicaram. - Necessidade de melhor acesso na APS, visando reduzir as horas de espera e, consequentemente, a automedicação.
P21E1	<p><u>Ações dos programas de saúde:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Programa que se utiliza de tecnologia de informatização da APS evidenciou fragilidade e pouco efeito na adesão ao tratamento para determinados grupos de pacientes com Diabetes e Hipertensão. - Uma menor proporção de exames oftalmológicos anuais foi observada no pós-teste em comparação com o pré-teste (48,4%, 446/921 a 38,9%, 268/689 no grupo de intervenção <p style="text-align: right;">(continua)</p>

Quadro 18 – Elementos de Vulnerabilidade Programática em refugiados Palestinos. 2019.

CÓDIGO DO ESTUDO	ELEMENTOS DE VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA
	<p style="text-align: right;">(continuação)</p> <p>e 27,8%, 174/626 a 21,1%, 133 / 630 no grupo de controle, $P < 0,01$ para ambos) (Programa não manteve os pacientes em relação ao check up oftalmológico anual).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Não foi observado nenhum efeito direto claro da intervenção de saúde móvel implementada sobre a mudança nos hábitos de fumar, a utilização dos serviços de APS pelos pacientes e a conformidade com as visitas para testes de HbA1c, exames de olhos e exames de pés. - O estudo revelou redução não notável e insignificante na proporção de fumantes em grupos de intervenção e controle, após uma intervenção SMS de 1 ano (O programa revelou fragilidade na promoção da cessação ao tabagismo). Os SMSs não geraram um efeito de intervenção claro na utilização dos serviços de atenção primária pelos pacientes.
P3E1	<p style="text-align: center;"><u>Ações dos programas de saúde:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Equipe de saúde sobrecarregada e pacientes também sobrecarregados e estressados pelas condições migratórias, o que resulta em conflitos com a equipe de saúde, que não estava apta a suprir as expectativas dos pacientes (equipe relata: “Eles querem suas coisas feitas imediatamente”. “Estamos exaustos”). - Falta de documentos de migração formal e de histórico médico. - Crianças com mais de 1 ano sem cartão de vacina. - Sistema de informação que não aceita pacientes não registrados, gera o dobro de trabalho, pois era necessário registro manualmente e, depois, no sistema. - Equipe trabalha por mais horas e assume diversas funções: aumento da pressão/estresse no local de trabalho. - Aquisição de medicamentos comprometida devido à insegurança regional. - Ausências frequentes dos funcionários compromete a capacidade das instalações de permanecerem abertas e aumenta a carga de trabalho dos colegas <p style="text-align: center;"><u>Políticas de Saúde:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - APS da ONU só introduziu equipe de saúde da família em 2011. - A implementação do novo sistema de registro eletrônico é problemática devido a interrupções de eletricidade e falta de documentos oficiais de registro dos pacientes. - Problemas de registro persistem e prejudicam a entrega de serviços. <p style="text-align: right;">(continua)</p>

Quadro 18 – Elementos de Vulnerabilidade Programática em refugiados Palestinos. 2019.

CÓDIGO DO ESTUDO	ELEMENTOS DE VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA
P12E1	<p style="text-align: right;">(continuação)</p> <p><u>Ações dos programas de saúde:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 18% não se apresentaram a um profissional de saúde nos últimos 3 meses (falharam, ou faltaram à consulta). - Dos pacientes que compareceram ao serviço de saúde no último trimestre, 58,0% não conseguiram medir a glicemia pós-prandial e, naqueles com hipertensão conhecida, 37,0% não tiveram a pressão arterial registrada. - No grupo dos pacientes acompanhados de 12 a 15 meses, 39% apresentavam diabetes fora de controle e apenas 3% tiveram exame dos pés realizado durante os 12 meses.
P13E1	<p><u>Ações dos programas de Saúde:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 878 (21%) não se apresentaram a um profissional de saúde nos últimos 3 meses. Houve falha no acompanhamento. - 38,0% dos pacientes com Hipertensão faltaram no retorno programado na clínica de APS no trimestre (38%) / 12 a 15 meses. - Deficiências em componentes do desempenho clínico: relacionados a medidas de pressão arterial e testes de glicemia de jejum para o rastreio de Diabetes. - Dos pacientes que compareceram à clínica no último trimestre, cerca de um quarto (26%) não conseguiu medir a pressão arterial, sem causa justificada.
P16E1	<p><u>Ações dos programas de Saúde:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Houve redução progressiva na proporção de pacientes que frequentavam a clínica a cada ano no trimestre 2 (teste do qui-quadrado para tendência = 47,9, P <0,001), devido a perda do acompanhamento do tratamento da Diabetes. - Aumento progressivo na perda do acompanhamento do tratamento (teste qui-quadrado para tendência = 43,5, P <0,001). <p>2011 – 9% deixaram de ser acompanhados.</p> <p>2012 – 19% deixaram de ser acompanhados</p> <p>2013 – 29% deixaram de ser acompanhados</p>
P17E1	<p><u>Ações dos programas de Saúde:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 10,1% dos pacientes perderam o acompanhamento do tratamento da Diabetes, o estudo <p style="text-align: right;">(continua)</p>

Quadro 18 – Elementos de Vulnerabilidade Programática em refugiados Palestinos. 2019.

CÓDIGO DO ESTUDO	ELEMENTOS DE VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA
	<p style="text-align: right;">(continuação)</p> <p>não aponta as causas da perda.</p> <p>- Perda progressiva de pacientes que eram acompanhados pelo serviço de saúde (52% perderam o acompanhamento no período de 1 ano).</p> <p>(Vulnerabilidade no acompanhamento pelo serviço de saúde)</p> <p>.</p>
PIE1	<p style="text-align: center;"><u>Ações dos programas:</u></p> <p>Nenhum dos pacientes diagnosticados com Giardíase obteve antibioticoterapia eficiente. O estudo mostrou que as terapias medicamentosas utilizadas são heterogêneas e não estão de acordo com as recomendações da Organização Mundial da Saúde.</p>
C5E1	<p style="text-align: center;"><u>Ações dos programas de saúde</u></p> <p>- Cuidado fragmentado e desigual em relação ao país de origem.</p> <p>- Extrema dependência da ONU (UNRWA) em prover saúde na APS, o que isenta os programas de saúde locais na assistência aos refugiados.</p> <p style="text-align: center;"><u>Acesso aos serviços de saúde:</u></p> <p>- Acesso precário aos serviços de saúde é o principal condicionante na morte neonatal na faixa de Gaza e Westbank.</p> <p>- No Líbano além do acesso precário, soma-se o setor de saúde altamente privatizado.</p>
C6E1	<p style="text-align: center;"><u>Ações dos programas de Saúde</u></p> <p>- Estudo detectou a necessidade de fortalecimento dos programas de saúde materna e suas ações para mudança dos indicadores e cultura locais quanto a Diabetes gestacional. Necessidade de fortalecimento de programa para a prevenção de Diabetes Mellitus Crônica em pacientes pós gestação.</p> <p style="text-align: center;"><u>Políticas de Saúde</u></p> <p>- Necessidade de fortalecimento de políticas preventivas de saúde no período pós-parto.</p> <p style="text-align: right;">(conclusão)</p>

Diferentemente dos estudos com os sírios, em que o indicador relacionado ao acesso aos serviços de saúde foi o verificado com maior expressão, com os palestinos, foi o indicador “ações dos programas de saúde”, presente em 8 estudos (P21E1, E3E1, P12E1, P16E1, P17E1, P1E1, C5E1, C6E1). Destaca-se o relato de equipes e pacientes que apresentam sobrecarga de trabalho, mental e física (P3E1). A respeito desse indicador, é relevante a menção sobre a perda do acompanhamento no tratamento de diabetes e hipertensão, identificada em 4 estudos (P12E1, P13E1, P16E1, P17E1). O aumento do fluxo migratório tem reflexo direto na oferta dos serviços. No contexto da Jordânia, de todos os pacientes que compareceram à APS, 58,0% não conseguiram ter a glicemia pós-prandial mensurada. Entre os pacientes com hipertensão, 37,0% não tiveram a pressão arterial registrada (P12E1). Ainda na Jordânia, outro estudo aponta que 38,0% dos pacientes com hipertensão faltaram ao retorno programado (P16E1). Em outro estudo, aponta-se a perda progressiva do acompanhamento dos pacientes adultos com hipertensão e diabetes, pelo serviço de saúde: no período de um ano, 52,0% perderam o acompanhamento (P17E1). Aqui evidencia-se vulnerabilidade do programa no acompanhamento pelo serviço de saúde.

É importante entender o contexto da APS. Atualmente, a UNRWA presta serviços de saúde através de 138 centros de cuidados de saúde primários e um hospital na Cisjordânia, e o foco principal do seu trabalho em saúde é a prestação de cuidados médicos gerais, cuidados de saúde materna e infantil, e diagnóstico e tratamento de doenças não transmissíveis, particularmente o DM e a hipertensão. Na Jordânia, a UNRWA tem 24 clínicas de APS. As principais doenças transmissíveis (por exemplo, TB e HIV/AIDS) estão sob controle, entretanto, com a expectativa de vida se tornando mais longa, há uma incidência crescente de doenças não transmissíveis, especialmente o DM e a hipertensão. Objetivando melhorar o acompanhamento dessas morbidades, essas unidades de APS passaram a adotar o esquema de Tratamento Diretamente Observado, aplicado para a tuberculose, para o programa de hipertensão e diabetes (P12E1). Vale mencionar a experiência de uma das clínicas, citadas pelos estudos, a clínica de Nuzha, localizada fora dos campos e que serve uma população de captação de 55.000 refugiados. A clínica é composta por quatro médicos e um número variável de enfermeiros e pessoal de apoio. Todas as ações de triagem, diagnóstico e tratamento são gratuitas (P13E1). Verifica-se equipe limitada, do ponto de vista quantitativo, em relação à quantidade de pacientes que acolhe, com base na série de elementos de vulnerabilidade que essa população apresenta, superior à da população local. Nesta perspectiva, se verifica sobrecarga da equipe, falhas no controle dos parâmetros nos protocolos preconizados, além

de falha na busca ativa dos pacientes, principalmente após 12 meses de admissão ao tratamento na unidade de saúde. A perda progressiva do acompanhamento denota que equipe e programa não conseguem manter suas ações no longo prazo, no caso dos pacientes com morbididades crônicas, evidenciando-se possível sobrecarga de trabalho e recursos humanos desproporcionais à complexidade do território.

O segundo indicador que mais foi constatado refere-se às “políticas de saúde”, verificado em 3 estudos (E10E1, C6E1, P3E1). Aqui, os elementos de vulnerabilidade residem no fato das políticas e ações ainda estarem muito voltadas à intervenção medicamentosa, fazendo com que os gastos com hipertensão, por exemplo, aumentem anualmente (E10E1). Essa constatação se justifica, pelo fato de que apenas em 2011 a ONU iniciou uma reforma em seu programa e política de saúde, ocasião em que foi introduzida a equipe de saúde da família. Até então, as intervenções limitavam-se à centralidade médica. Entretanto, é necessário apontar que o trabalho interdisciplinar ainda é recente nessas unidades (P3E1).

Apenas 2 estudos trataram do indicador de vulnerabilidade programática “acesso aos serviços de saúde” (E1E1, C5E1). Chama atenção, em um estudo, no qual 88,0% dos refugiados palestinos na Jordânia que relataram espera de longas horas na unidade de saúde e, em decorrência, decidiram se auto medicar (com antibióticos). As longas horas de espera duplicaram o risco de automedicação com antibióticos (E1E1). Já na faixa de Gaza e Cisjordânia, o acesso precário aos serviços de APS foi o principal condicionante para a morte neonatal (C5E1).

6.2.2.3 Vulnerabilidade Social De Refugiados Palestinos

O quadro abaixo mapeia os elementos de vulnerabilidade social em refugiados palestinos.

Quadro 19 – Elementos de Vulnerabilidade Social em refugiados Palestinos. 2019.

CÓDIGO DO ESTUDO	ELEMENTOS DE VULNERABILIDADE SOCIAL
E3E1	<p><u>Acesso à educação:</u></p> <p>Pacientes com menor nível educacional foram mais suscetíveis às doenças mentais.</p>
C6E1	<p><u>Acesso à educação:</u></p> <p>- Cerca de 13,0% (26) das mulheres eram analfabetas, 26,5% (50) tinham ensino primário, 33,2% (63) o segundo grau.</p> <p>-Baixo nível educacional: fator associado ($p<0,001$) à predisposição à Diabetes Gestacional em refugiadas palestinas.</p>
C4E1	<p><u>Acesso à educação:</u></p> <p>- Palestinos: 15,5% nenhum grau de escolaridade (comparados aos 8% da população libanesa local).</p> <p><u>Acesso à justiça:</u></p> <p>- Restrições nas leis libanesas locais em relação à oferta de oportunidade de emprego aos refugiados Palestinos.</p> <p>- Palestinos que vivem em campos de refugiados no Líbano (alguns por 4 gerações), sofrem severas limitações em seus direitos civis, o que acarreta em significativa carga de estresse psicológico.</p> <p><u>Acesso à economia:</u></p> <p>- Palestinos tem participação muito restrita na economia libanesa.</p>

Em relação aos elementos de vulnerabilidade social desse grupo, foi o menos apontado nos estudos. O indicador que mais foi verificado foi “acesso à educação”, em 3 estudos (E3E1, C6E1, C4E1). Um dos estudos aponta que os refugiados palestinos sem nenhum grau de escolaridade, no contexto do Líbano, foram 15,5% da amostra, quase o dobro da população libanesa local, com 8% (C4E1). O baixo nível educacional entre as refugiadas palestinas grávidas, na faixa de Gaza, foi fator associado à predisposição à diabetes gestacional ($p<0,0001$) (C6E1). Os estudos confirmam a exclusão social nesse grupo de refugiados, em relação à participação na economia, com

subempregos de caráter informal. Restrições nas leis, nos países de acolhida, como por exemplo, no Líbano, corroboram o estigma sobre os palestinos.

6.2.3 Refugiados Iraquianos

O quadro abaixo sumariza os estudos encontrados na revisão de escopo realizados com refugiados iraquianos.

Quadro 20 – Estudos identificados realizados com refugiados Iraquianos. 2019.

AUTOR	TÍTULO	CODIGO DO ESTUDO
Worabo Heidi J. et al	Understanding Refugees' Perceptions of Health Care in the United States	C1E1
Goosen S. et al	High diabetes risk among asylum seekers in The Netherlands	P10E1
Bastin, P. et al	Description and Predictive Factors of Individual Outcomes in a Refugee Camp Based Mental Health Intervention (Beirut, Lebanon)	E3E1
Heenan, Rachel C. et al	'I think we've had a health screen': New offshore screening, new refugee health guidelines, new Syrian and Iraqi cohorts: Recommendations, reality, results and review	E7E1
Doocy, Shannon. Et al	Household Economy and Livelihoods among Iraqi Refugees in Syria	JRS1E1
Kvittingen, Anna. Et al	The Conditions and Migratory Aspirations of Syrian and Iraqi Refugees in Jordan	JRS2E1
van Loenen, T. et al	Primary care for refugees and newly arrived migrants in Europe: a qualitative study on health needs, barriers and wishes	WSC4E1

6.2.3.1 Vulnerabilidade Individual Em Refugiados Iraquianos

O quadro abaixo mapeia os elementos de vulnerabilidade individual em refugiados iraquianos.

Quadro 21 – Elementos de vulnerabilidade Individual em refugiados Iraquianos. 2019.

CÓDIGO DO ESTUDO	ELEMENTOS DE VULNERABILIDADE INDIVIDUAL
C1E1	<p><u>Perfil Morbimortalidade</u></p> <p>1 – Maior suscetibilidade às doenças infecciosas, desnutrição e problemas mentais</p> <p><u>Trabalho</u></p> <p>2 – 09 (90%) desempregados</p> <p><u>Crenças e valores</u></p> <p>3 – Crenças a respeito do tratamento preventivo da tuberculose latente que conflitam com o sistema de saúde local;</p> <p>4 – Relutância em aderir ao tratamento medicamentoso da tuberculose latente por não apresentarem sintomas e não se sentirem doentes.</p> <p>5 – Não compreensão sobre o valor e o propósito do cuidado preventivo em saúde.</p> <p>6 – Percepção sobre a doença e o sistema de saúde do país de chegada influenciada pelas experiências do país de origem.</p> <p>7 – Não familiaridade com o sistema de saúde do país de destino.</p> <p>8 – Abandono de tratamento devido à barreira linguística.</p>
P10E1	<p><u>Perfil de Morbimortalidade</u></p> <p>Prevalência de Diabetes em Iraquianos:</p> <p>Homens- 2.2 % População local: 2.07</p> <p>Mulheres: 3.7% População local: 2.18 (95% IC 1.77-2.63)</p> <p>-O risco de diabetes registrado em homens e mulheres solicitantes de refúgio foi aproximadamente duas vezes mais alto que em homens e mulheres da população local.</p> <p>-Maiores taxas de prevalência foram observadas para solicitantes de refúgio com idade ≥ 30 anos. – A prevalência de diabetes entre os requerentes de refúgio já era mais elevada 6 meses após a chegada.</p> <p style="text-align: right;">(continua)</p>

Quadro 21 – Elementos de vulnerabilidade Individual em refugiados Iraquianos. 2019.

CÓDIGO DO ESTUDO	ELEMENTOS DE VULNERABILIDADE INDIVIDUAL
	<p style="text-align: right;">(continuação)</p> <p>-As altas taxas de prevalência e incidência de diabetes, encontradas para os solicitantes de referência em comparação à população de referência, podem ter sido causadas pelo acúmulo de fatores de risco como: suscetibilidade genética, mudança econômica radical, fatores de estilo de vida e estresse relacionados à migração e ao contexto de asilo. As diferenças de risco, em relação à população de referência foram maiores para as mulheres do que para os homens.</p> <p>- A incidência de Diabetes entre a mulheres refugiadas iraquianas caiu após 2 anos de chegada. Este padrão pode estar relacionado ao diagnóstico nos primeiros anos após a chegada. A partir de 4 anos após a chegada houve aumento da incidência de Diabetes Mellitus. Este padrão pode estar relacionado os efeitos das mudanças do estilo de vida, obesidade e variação dos níveis de estresse ao longo do tempo.</p>
E7E1	<p style="text-align: center;"><u>Perfil de morbimortalidade:</u></p> <p>Condições mais prevalentes entre as crianças:</p> <p>Déficit de Vitamina D – 63%</p> <p>Déficit no Crescimento/nutrição – 24,2%</p> <p>Neurológicas/metabólicas – 16,4%</p> <p>Aprendizado/comportamento – 15,6%</p> <p>Saúde Mental – 12,5%</p> <p>Tuberculose latente – 11,8%</p> <p>Atraso no desenvolvimento – 10,2%</p> <p>Adversidades pré-chegada:</p> <p>Exposição a traumas – 58,9%</p> <p>Preocupação com a saúde mental dos pais – 39,7%</p> <p>Preocupação com outras famílias no exterior - 68,5%</p> <p>Separação de um membro da família- 57,3%</p> <p style="text-align: right;">(continua)</p>

Quadro 21 – Elementos de vulnerabilidade Individual em refugiados Iraquianos. 2019.

CÓDIGO DO ESTUDO	ELEMENTOS DE VULNERABILIDADE INDIVIDUAL
JRS1E1	<p style="text-align: right;">(continuação)</p> <p style="text-align: center;"><u>Condições de vida</u></p> <p>Domicílio - A superlotação das acomodações é percebida como um problema entre refugiados iraquianos na Síria. O estudo constatou que 23,0% das famílias tinham entre 2,5 e 3,9 pessoas/cômodo e 7,0% das famílias tinham 4 pessoas/cômodo.</p> <p style="text-align: center;"><u>Estrutura familiar</u></p> <p>As famílias com 6 ou mais membros foram 5,9 (IC: 3,4-10,3) vezes mais suscetíveis a estar abaixo da linha de pobreza de US\$1/pessoa/dia comparados à famílias menores. E foram 4,3 (IC: 2,8-6,5) vezes mais suscetíveis de estar abaixo do limite de US\$2/pessoa /dia.</p> <p style="text-align: center;"><u>Trabalho</u></p> <p>Tipo de trabalho:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 61% trabalho casual. - 22% trabalho autônomo. - 12% trabalho estável. - 4% não especificado. <p>Tipo de local de trabalho: (entre os empregados).</p> <ul style="list-style-type: none"> - 60% em pequenos negócios. - 25% em grandes negócios. - 10% na rua ou locais móveis - 4% não especificado. <p>Categoria de trabalho:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 37% vendas - 27% mão de obra não qualificada - 17% mão de obra qualificada - 7% escritório/administrativo - 7% trabalho profissional - 5% área de transporte - 32% das famílias relataram um membro ou membros trabalhando acima de 35 horas por semana. <p style="text-align: right;">(continua)</p>

Quadro 21 – Elementos de vulnerabilidade Individual em refugiados Iraquianos. 2019.

CÓDIGO DO ESTUDO	ELEMENTOS DE VULNERABILIDADE INDIVIDUAL
	<p style="text-align: right;">(continuação)</p> <p>Entre os 350 membros do agregado familiar que estavam empregados, o número médio de horas trabalhadas semanalmente foi de 59 (mediana de 63).</p> <p>O trabalho físico pesado era a condição de trabalho mais comum, relatado por 21,0% das famílias com um membro empregado.</p> <p>O não pagamento ou o subpagamento pelo trabalho realizado foi relatado em 15,0% dos domicílios.</p> <p>O trabalho infantil foi relatado em 6,0% dos domicílios com crianças entre 5 e 17 anos de idade.</p>
JRS2E1	<p style="text-align: center;"><u>Trabalho</u></p> <p>Quase todos os entrevistados iraquianos que procuraram trabalho o fizeram em empregos informais.</p> <p style="text-align: center;"><u>Condições de vida</u></p> <p>Nenhum dos entrevistados conseguiu residência legal na Jordânia.</p> <p style="text-align: right;">(conclusão)</p>

Dentre os grupos de árabes desta revisão, o estudo com iraquianos foi menor que com grupos palestinos e sírios. O indicador de vulnerabilidade mais verificado foi o “Perfil de morbimortalidade”, em 3 estudos (C1E1, P10E1, E7E1), sendo que os principais problemas de saúde identificados foram: doenças infecciosas, desnutrição, agravos mentais e diabetes. Em crianças, destacam-se o déficit de vitamina D, e no crescimento/nutrição; tuberculose latente, problemas neurológicos/metabólicos, problemas de aprendizado/comportamento, agravos mentais e atraso no desenvolvimento.

Nos refugiados adultos chama atenção a prevalência de diabetes, maior que da população local, tanto entre os homens quanto entre as mulheres. Nesse último grupo, a prevalência foi quase 2 vezes maior que na população local. Entre as crianças refugiadas, a maior prevalência foi o déficit de vitamina D, em 63% das crianças iraquianas na Holanda. Nesse mesmo estudo, aponta-se que 58,9% das crianças foram expostas a traumas e 57,3% sofreram separação de um membro da

família (P10E1).

Outro indicador, verificado em 3 estudos (CE1E1, JRS1E1, JRS2E1) foi o “trabalho”. Em um estudo com refugiados iraquianos nos Estados Unidos, o desemprego chegou a 90,0% (CE1E1), verificando-se, ainda, predomínio do emprego informal (JRS2E1). A maioria (61,0%) dos refugiados iraquianos na Síria, por exemplo, tem trabalho casual, e em serviços (comércio). Apenas 12,0% tem trabalho formal e estável. É muito expressivo o trabalho pesado, e os trabalhadores chegam a ter jornada média de 59 horas semanais. Também verificou-se relatos de trabalho infantil, subemprego, e pagamento muito abaixo do mercado pela mão de obra ofertada, além da falta de pagamento após prestação de serviços (JRS2E1). Essas condições, além falta de proteção por parte dos organismos internacionais e governos locais, determinam alta vulnerabilidade na dimensão individual e social.

Em relação ao indicador “crenças e valores”, chama atenção a não adesão e resistência ao tratamento da tuberculose, pois não é raro que, se não apresentam sintomatologia, ou não se sentem doentes, acreditam que não necessitam tomar medicamento algum, mesmo com diagnóstico confirmado (C1E1).

6.2.3.2 Vulnerabilidades Programáticas Dos Refugiados Iraquianos.

O quadro abaixo mapeia os elementos de vulnerabilidade programática em refugiados iraquianos.

Quadro 22– Elementos de Vulnerabilidade Programática de refugiados Iraquianos. 2019.

CÓDIGO DO ESTUDO	ELEMENTOS DE VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA
C1E1	<p style="text-align: center;"><u>Ações dos programas de saúde</u></p> <p>1 – Desapontamento com a APS devido à longa espera para a consulta de saúde na unidade de saúde.</p> <p>2 – Falta de intérprete/tradutor na Unidade de Saúde.</p> <p>3 – Equipe não consegue convergir o horário do tradutor com o da consulta do paciente na unidade de saúde.</p> <p style="text-align: right;">(continua)</p>

Quadro 22– Elementos de Vulnerabilidade Programática de refugiados Iraquianos. 2019.

CÓDIGO DO ESTUDO	ELEMENTOS DE VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA
	<p style="text-align: right;">(continuação)</p> <p>4 – Longa espera para consultas na APS.</p> <p>5 – Custo com sistema de saúde nacional sem custo.</p> <p>6 – Pacientes relatam falta de empatia e compaixão por parte dos profissionais da APS.</p> <p>7 – Relatam se sentir tratados apenas como um “elemento financeiro” pelos profissionais da APS.</p> <p>8 – Falta de contextualização das práticas da APS com os refugiados.</p> <p>9 – Pacientes preferem o sistema de saúde do país de origem (Iraque).</p> <p>10 – Pacientes relatam que equipe não escuta as queixas: “nos dão os remédios para nos manter quietos”.</p>
P10E1	<p style="text-align: center;"><u>Políticas de Saúde:</u></p> <p>-A alta prevalência de diabetes entre os solicitantes de refúgio logo após a chegada e a probabilidade de aumento adicional de risco ao longo do tempo sugere que o diabetes, entre solicitantes de refúgio e refugiados, é um problema de considerável importância para a saúde pública nos países de acolhida.</p>
E7E1	<p style="text-align: center;"><u>Ações dos programas de Saúde</u></p> <p>Apenas 1,8% das crianças completaram a avaliação de saúde recomendada aos refugiados na APS.</p> <p>- 28,3% não passaram por qualquer triagem em saúde.</p> <p>Os testes de triagem mais omitidos foram para tuberculose (taxa de conclusão – 7,1%), sorologia para <i>Strongyloides</i> (TC – 6,3%), sorologia para esquistossomose (Tc- 8,0%) e para Hepatite B (10,7%). Todos com taxa de conclusão de triagem baixíssima.</p> <p>- 70,8% das crianças, no momento da primeira consulta, não estavam com o calendário vacinal recomendado atualizado.</p> <p>Apenas 25,3% apresentaram algum documento que comprovava que haviam recebido cuidados em saúde (em ajudas humanitárias no trajeto).</p> <p>Insuficiente comunicação entre os serviços dos programas de saúde para refugiados fora do país com o sistema de saúde local dos países de acolhida.</p> <p style="text-align: right;">(continua)</p>

Quadro 22– Elementos de Vulnerabilidade Programática de refugiados Iraquianos. 2019.

CÓDIGO DO ESTUDO	ELEMENTOS DE VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA
	<p style="text-align: right;">(continuação)</p> <p style="text-align: center;"><u>Acesso aos serviços de Saúde:</u></p> <p>Apenas 51% iniciaram a vacinação de recuperação (atualização) apropriada na APS.</p> <p>Acesso ao Teste – TST/PPD na APS extremamente limitado na unidade de saúde. Apenas 1,8% das crianças completaram a avaliação de saúde recomendada aos refugiados na APS.</p> <p>-28,3% não passaram por qualquer triagem em saúde.</p> <p>-70,8% das crianças, por ocasião da primeira consulta, não estavam com o calendário vacinal recomendado atualizado.</p> <p>Apenas 25,3% apresentaram algum documento que receberam cuidados em saúde (em ajudas humanitárias no trajeto).</p>
JRS2E1	<p style="text-align: center;"><u>Políticas de saúde:</u></p> <p>- No contexto da Jordânia, os refugiados iraquianos relatam que o governo revogou o livre acesso à saúde e educação públicas e limitou o acesso à assistência humanitária internacional. Também aumentou as exigências em relação aos pré-requisitos para aquisição de ajuda humanitária para os iraquianos.</p>
JRS1E1	<p style="text-align: center;"><u>Acesso aos serviços de saúde</u></p> <p>Apenas 31% dos casais em idade reprodutiva (15-49) relataram usar planejamento familiar. Entre os que não usavam nenhum método de planejamento familiar, 82% não sabiam onde obter esses serviços.</p>
WSC4E1	<p style="text-align: center;"><u>Acesso aos serviços de saúde</u></p> <p>Todos os participantes mencionaram que receberam informações insuficientes sobre as regras e procedimentos nos centros de acolhimento à refugiados e sobre a organização e localização dos serviços de saúde. Tiveram dificuldades para encontrar médico nas passagens de fronteira onde havia maior movimentação, mas também em centros de acolhimento, além de dificuldades em encontrar o caminho dos fluxos no sistema de saúde local. Problemas administrativos também comprometeram a acessibilidade.</p> <p>Um refugiado iraquiano na Áustria relata: “Quando recebemos o cartão eletrônico, não verifiquei se ele estava ativo ou não. Mas os outros residentes do campo - quando foram</p> <p style="text-align: right;">(continua)</p>

Quadro 22– Elementos de Vulnerabilidade Programática de refugiados Iraquianos. 2019.

CÓDIGO DO ESTUDO	ELEMENTOS DE VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA
	<p style="text-align: right;">(continuação)</p> <p><i>aos médicos - recusaram-se a dar remédios. Eles disseram: eles precisam ir a algum lugar para ativá-lo.”</i></p> <p style="text-align: center;"><u>Ações dos programas de saúde</u></p> <p>Refugiado iraquiano na Hungria relata a necessidade da equipe ser mais humana com atitude amigável e respeitosa: “<i>Um médico deveria ser humano e mente aberta</i>”.</p> <p style="text-align: right;">(conclusão)</p>

O indicador “ações dos programas de saúde” foi verificado em 3 estudos (C1E1, E7E1, WSC4E1). As longas horas de espera, em serviços de saúde americanos, por refugiados iraquianos, causa desapontamento. Ademais, a equipe não consegue coordenar o horário do tradutor com a do paciente iraquiano na unidade de saúde. Verificou-se relatos de falta de empatia por parte da equipe, que trata os pacientes como um “*elemento financeiro*” (CE1E1). Em um dos estudos, apenas 1,8% das crianças tiveram avaliação de saúde completa e necessária, segundo o protocolo preconizado para os refugiados (E7E1). Refugiados iraquianos na Europa relatam falta de orientação por parte da equipe quanto aos encaminhamentos no sistema de saúde local: os refugiados não conhecem os fluxos do sistema de saúde dos países europeus e não sabem aonde ir e o que fazer (JRS1E1).

Três estudos (E7E1, WS4E1, JRS1E1) trataram do “acesso aos serviços de saúde”. Há dificuldade em acessar o teste tuberculínico como PPD/TST entre os refugiados iraquianos na APS da Austrália. Verificou-se dificuldade em acessar o atendimento médico em fronteiras mais movimentadas da Europa (WS4E1). Ademais, muitos pacientes não usavam nenhum método contraceptivo, destes, 82,0% não conseguiam acessá-lo por desconhecer os serviços disponíveis de planejamento familiar (JRS1E1). Esses dados possibilitam inferir em falha programática na propagação da informação na comunidade.

Quanto ao indicador “políticas de saúde”, um estudo menciona que a Jordânia revogou o livre acesso de refugiados iraquianos à saúde e à direitos fundamentais. Os governantes retrocederam na oferta gratuita de serviços de saúde, sob o discurso de déficit financeiro (JRS2E1).

Também verificou-se necessidade de maior atenção por parte dos programas quanto à triagem de diabetes em refugiados iraquianos acima de 35 anos, devido ao aumento de risco no período de chegada nos países de acolhida (P10E1).

6.2.3.3 Vulnerabilidade Social Em Refugiados Iraquianos

O quadro abaixo mapeia os elementos de vulnerabilidade social em refugiados iraquianos.

Quadro23 – Elementos de Vulnerabilidade Social em refugiados Iraquianos. 2019.

CÓDIGO DO ESTUDO	ELEMENTOS DE VULNERABILIDADE SOCIAL
C1E1	1 – Pacientes não procuram consulta na APS, pois não podem pagar um tradutor na consulta. 2 – Relutam em usar os serviços da APS, devido ao alto custo.
E3E1	<u>Acesso à educação:</u> Paciente com menor nível educacional foram mais suscetíveis às doenças mentais.
E7E1	<u>Acesso à educação:</u> 25% das crianças refugiadas não estavam matriculadas em escola mesmo após 3 meses de chegada no país. Pré chegada: 67,9% perderam pelo menos 1 ano de escola antes de chegar. 32% perderam 3 anos ou mais
JRS2E1	<u>Acesso à educação</u> - Iraquianos sem residência legal na Jordânia experimentaram acesso restrito à serviços, trabalho e educação, além de sensação de temporalidade prolongada no país. <u>Migração:</u> - “A cada momento, existe a ameaça - a ameaça é contínua”. Mais claramente, uma mãe iraquiana que chegou da Síria há quatro anos explicou: “Não sabemos qual será o nosso futuro. Chegará o dia em que o governo jordaniano decidirá simplesmente despejar todos os iraquianos na fronteira? ” -A falta de integração significativa na Jordânia, o sentimento de instabilidade e insegurança, foram as principais motivações para a migração secundária para a Europa.
JRS1E1	<u>Acesso à educação:</u> As famílias em que nenhum membro havia completado mais do que o ensino primário, (continua)

Quadro23 – Elementos de Vulnerabilidade Social em refugiados Iraquianos. 2019.

CÓDIGO DO ESTUDO	ELEMENTOS DE VULNERABILIDADE SOCIAL
	<p style="text-align: right;">(continuação)</p> <p>tinham 2,3 (IC: 1,2–8,7) vezes mais chances de ficar abaixo de uma renda per capita inferior a US \$ 1 / pessoa / dia, e 2,7 (IC: 1,2–6,3) vezes mais provável que seja inferior a US \$ 2 / pessoa / dia do que as famílias com níveis de ensino superior.</p> <p>O status educacional foi significativamente associado ao risco de pobreza: em comparação com os agregados familiares com ensino superior, aqueles em que nenhum membro havia completado a escolaridade além dos níveis primário e secundário, foram 3,5 (IC: 1,6–8,1) e 2,5 (IC: 1,5–4,1) vezes mais suscetíveis a cair abaixo do limiar de pobreza de US \$ 2 / pessoa / dia.</p> <p style="text-align: right;">(conclusão)</p>

O indicador que mais foi verificado, em relação à vulnerabilidade social, refere-se ao “acesso à educação” (JRS1E1, E3E1, E7E1, JRS2E1). É alarmante o fato de 32,0% das crianças iraquianas, que chegam na Austrália, terem perdido 3 anos ou mais de escola no período pré-chegada no país (E7E1). As crianças têm dificuldade na matrícula escolar por falta de residência oficial, ou seja, de endereço residencial oficial na Jordânia (JRS2E1). Os refugiados com menor escolaridade foram mais suscetíveis à doenças mentais (E3E1), à pobreza (cerca de 2 vezes mais) e tem renda per capita abaixo de US\$ 1/pessoa/dia.

O indicador “migração” traz à tona um sentimento de ameaça constante, por medo de expulsão para a fronteira, pelo governo, experimentado pelos refugiados iraquianos na Jordânia (JRS2E1).

6.2.4 Refugiados Libaneses

Quadro abaixo mapeia estudos com refugiados libaneses extraídos na revisão de escopo.

Quadro 24 – Estudo identificado realizado com refugiados Libaneses. 2019

AUTOR	TÍTULO	CODIGO DO ESTUDO
Bastin, P. et al	Description and Predictive Factors of Individual Outcomes in a Refugee Camp Based Mental Health Intervention (Beirut, Lebanon)	E3E1

6.2.4.1 Vulnerabilidade Individual Em Refugiados Libaneses

O quadro abaixo mapeia os elementos de vulnerabilidade individual em refugiados libaneses.

Quadro 25 – Elementos de Vulnerabilidade Individual em refugiados Libaneses. 2019

CÓDIGO DO ESTUDO	VULNERABILIDADE INDIVIDUAL IDENTIFICADA
E3E1	<p><u>Perfil Morbimortalidade</u></p> <p>28% (329) – com depressão</p> <p>15,6%(178) – Ansiedade.</p> <p>11,5% - Psicoses</p>

A situação dos refugiados libaneses é a menos descrita nos estudos. Os dados são limitados e não possibilitam uma discussão aprofundada. O único estudo encontrado aponta prevalência aumentada para as doenças mentais (E3E1). O fato de não haver estudos a respeito pode ser explicado pela ausência de conflito no território libanês que determine a necessidade do refúgio.

Por outro lado, o Líbano se destaca como país de acolhida, com alta concentração de refugiados sírios em seu território.

6.3 LACUNAS NA LITERATURA/ IMPLICAÇÕES PARA FUTURAS PESQUISAS E RECOMENDAÇÕES PARA POLÍTICAS E PRÁTICAS NA APS

Um dos resultados finais que uma revisão de escopo deve apresentar são as implicações para futuras pesquisas e lacunas na literatura (Arksey, O'Malley, 2005). Nesse sentido, segue quadro síntese abaixo com as principais lacunas identificadas nos estudos, as quais serão sintetizadas quanto à forma e aos métodos dos estudos, e também quanto às lacunas temáticas. De maneira geral essa discussão foi apresentada no decorrer desta revisão.

Quadro 26 -Síntese das principais lacunas na literatura.2019

Principais lacunas identificadas na literatura
1. Necessidade de mais estudos quali-quantitativos ou qualitativos. Pois houve predominância (77%) de estudos apenas de abordagem quantitativa.
2. Não foi encontrado nenhum estudo original em português publicado em revista brasileira ou da América Latina que aborde as vulnerabilidades em saúde na APS com refugiados árabes. Portanto, há escassez de estudos com amostras de peso no Brasil. Há necessidade de estudos epidemiológicos que descrevam as vulnerabilidades em saúde dos refugiados.
3. Não houve nenhum estudo que teve como país de destino o Brasil ou qualquer outro país da América Latina.
4. Entre os sírios houve lacuna de estudos que abordassem as necessidades em saúde de grupos mais específicos, como crianças, adolescentes e mulheres.
5. Ausência de Estudos que abordem as necessidades em saúde específicas de mulheres palestinas na APS.
6. Escassez de estudos multicêntricos com refugiados árabes na APS.
7. Estudos ainda muito concentrados nas grandes organizações, como a ONU, por exemplo.
8. Escassez de estudos relacionados ao contexto da APS na Turquia como país de acolhida.

Também foram sintetizadas as principais recomendações para políticas e práticas citadas pelos estudos, conforme quadro abaixo.

Quadro 27 - Síntese das principais recomendações citadas pelos estudos para em relação às políticas e práticas na APS.

Recomendações para políticas e práticas mencionadas nos estudos
1. Um estudo recomendou o rastreio sobre a saúde mental durante as visitas de cuidados primários de saúde para os refugiados sírios reinstalados. (P11E1).
2. Um estudo aponta que, para garantir a identificação precoce do diabetes, os profissionais de saúde devem estar conscientes dos altos riscos da doença entre os requerentes de refúgio e refugiados sírios e Iraquianos (P10E1).
3. Evidências sugerem que a triagem de diabetes para requerentes de asilo e refugiados recém-chegados com idade ≥ 35 anos pode ser indicada (P10E1).
5. Estudo detectou a necessidade de fortalecimento dos programas de saúde materna e suas ações para a mudança dos indicadores e cultura quanto à diabetes gestacional (C6E1).
6. O fortalecimento dos serviços primários de saúde e a educação das comunidades, sobre a busca racional de cuidados e o tratamento domiciliar de doenças leves podem diminuir os custos de saúde e reduzir a carga sobre o sistema de saúde (JRS3E1).
7. Para melhorar o sucesso do tratamento de TB em refugiados, aponta-se a necessidade de implementação de programa nacional de controle da doença, específico para os refugiados (P6E1)
8. Necessidade de fortalecimento dos programas de saúde materna, principalmente no acompanhamento da diabetes gestacional com refugiadas palestinas (C6E1).
9. Necessidade de fortalecimento de políticas preventivas de doença no período pós-parto para refugiadas palestinas (C6E1).
10. Necessidade de fortalecimento dos programas e políticas de saúde mental no âmbito da APS com refugiados sírios e palestinos (P11E1).

6.4 VISÃO GLOBAL DOS PRINCIPAIS PROBLEMAS DE SAÚDE IDENTIFICADOS

Segue abaixo quadro, com uma visão panorâmica e global dos principais problemas de saúde mencionados nos estudos da revisão de escopo.

Quadro 28 – Visão geral dos problemas de saúde mencionados nos estudos.2019

Principais problemas de saúde	Problemas de saúde específicos
Problemas de saúde mental	TEPT (Transtorno do Estresse Pós Traumático) Ansiedade Depressão Psicoses Exposição a traumas Abuso de substâncias (psicotrópicos e álcool)
Doenças Transmissíveis	Tuberculose Escabiose/piolho Infecções sexualmente transmissíveis Infecções do trato respiratório Infecção vaginal Diarreia infecciosa
Doenças Crônicas Não Transmissíveis	Diabetes tipo I e II Hipertensão Obesidade Doença Renal Crônica Doenças cardiovasculares Acidente Vascular Cerebral Infarto Agudo do Miocárdio Doenças respiratórias agudas e crônicas Artrite Câncer Doenças endócrinas Doenças autoimunes Doenças congênitas Problemas urinários

(continua)

Quadro 28 – Visão geral dos problemas de saúde mencionados nos estudos.2019

Principais problemas de saúde	Problemas de saúde específicos
	(continuação)
Problemas Gastrointestinais/ Nutricionais	Diarreia Desordens alimentares Desnutrição Problemas metabólicos Déficit de vitamina D (Crianças) Déficit no crescimento/desenvolvimento (crianças) Hérnia Anemia
Problemas Neurológicos	
Problemas Dermatológicos	Feridas por traumas Lesões de pele (exceto por traumas) Doenças de pele
Problemas relacionados a gestação e primeira infância	Malformação congênita Baixo peso/prematuridade Déficit no crescimento e desenvolvimento Déficit no aprendizado Diabetes Gestacional
Problemas musculoesqueléticos	Dor lombar/pescoço/cabeça
Problemas odontológicos	
	(conclusão)

CONCLUSÃO

7. CONCLUSÃO

A revisão reuniu 40 estudos para análise e identificação dos elementos de vulnerabilidade individual, programática e social. O continente asiático, o Oriente Médio, seguido pela América do Norte e União Europeia foram os que mais produziram estudos com refugiados árabes no contexto da APS. Há uma evidente lacuna na produção do conhecimento a respeito, no continente latino americano. Nenhum dos estudos encontrados utilizou o conceito de vulnerabilidade, conforme foi adotado na presente revisão de escopo, o que coloca em destaque a sua realização.

A análise dos achados, na perspectiva da vulnerabilidade fez e emergir a necessidade de propor a releitura epistemológica do conceito, para que apoie mais apropriadamente questões relacionadas ao refúgio. Isto porque há dimensões muito próprias dos processos migratórios que os indicadores de vulnerabilidade adotados na presente revisão, demonstraram fragilidade em alcançar. Em decorrência, o presente estudo utilizou um novo indicador de vulnerabilidade, no âmbito da dimensão social, denominado “migração”, que possibilita considerar o movimento, característica fundamental dos processos migratórios, a saber, as demandas de cuidado e saúde pré-chegada, trânsito e chegada de cada indivíduo ao país de acolhida. Essas fases do movimento migratório, segundo os estudos analisados, determinam contextos distintos de vulnerabilidade com repercussão para o processo saúde-doença.

Também é importante destacar que se verificou lacuna de estudos originais no Brasil que procedam à leitura da imigração e do refúgio na perspectiva do conceito de vulnerabilidade, e da APS.

As principais limitações do estudo referem-se à heterogeneidade de linguagem e método dos estudos analisados, o que dificultou o processo de extração dos dados. Analisar estudos diversos, com diferentes escolas epistemológicas, à luz de uma episteme específica, extrair os dados e proceder à sua síntese constituiu-se em um desafio.

Outra limitação do estudo está posta na extração de dados dos estudos com refugiados de mais de um país de origem entre os árabes. Alguns desses estudos separaram alguns desfechos por nacionalidade, porém, alguns resultados não eram separados por grupos, o que dificultou a extração e a síntese da presente revisão, em que se optou pela separação por país de origem entre os árabes.

A presente revisão responde aos objetivos do estudo, uma vez que foram encontrados diversos elementos de vulnerabilidade individual, programática e social entre os refugiados sírios,

palestinos, iraquianos e libaneses no contexto da Atenção Primária à Saúde.

Conclui-se que os refugiados árabes vivenciam contextos de alta vulnerabilidade, colocando-os em grande desigualdade e desvantagem perante os programas, serviços e sistema de saúde do país de acolhida. Portanto, destaca-se a necessidade de programas e políticas que considerem estes elementos de vulnerabilidade, e promovam ações na APS de forma congruente às necessidades de saúde dos refugiados. Conforme explicitado na Introdução, há um embate de forças entre os países, fundamentalmente por interesses econômicos, que interferem na região, com decorrências para as populações, alvo do presente estudo. Essas disputas de poder impõem carga destrutiva às populações locais, com consequentes guerras e com refúgio em grande escala.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

Abouteir A, El Yaagoubi F, Bioh-Johnson I, Kamel A, Godard N, Cormerais L, et al. Water access and attendance for diarrhea in primary health care centers, Gaza strip. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 2011;105(10):555-60.

Al Baz M, Law MR, Saadeh R. Antibiotics use among Palestine refugees attending UNRWA primary health care centers in Jordan – A cross-sectional study. *Travel Medicine and Infectious Disease.* 2018;22:25-9.

Alameddine M, Fouad FM, Diaconu K, Jamal Z, Lough G, Witter S, et al. Resilience capacities of health systems: Accommodating the needs of Palestinian refugees from Syria. *Soc Sci Med.* 2019;220:22-30.

AlKasseh ASM, Zaki NM, Aljeesh YI, Soon LK. Risk factors of gestational diabetes mellitus in the refugee population in Gaza Strip: a case--control study. *Eastern Mediterranean Health Journal.* 2013;19:S12-S8.

Al-Rousan T, Schwabkey Z, Jirmanus L, Nelson BD. Health needs and priorities of syrian refugees in camps and urban settings in jordan: Perspectives of refugees and health care providers. *Eastern Mediterranean Health Journal.* 2018;24(3):243-53.

Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados. Dados do Refúgio no Brasil. Disponível em: <http://www.acnur.org/portugues/recursos/estatisticas/dados-sobre-refugio-no-brasil/>. Acesso em: 27/01/18.

Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados. Protegendo refugiados no Brasil e no mundo. 2016. Disponível em: www.acnur.org.br. Acesso em: 03/02/18.

Aoun A, Joundi J, El Gerges N. Prevalence and correlates of a positive screen for eating disorders among Syrian refugees. *Eur Eat Disord Rev.* 2018.

Arksey H, O'Malley L. Scoping Studies: Towards a Methodological Framework. *Int.J. Social Research Methodology.* 2005; 8(01): 19-32.

Ay M, Arcos González P, Castro Delgado R. The Perceived Barriers of Access to Health Care Among a Group of Non-camp Syrian Refugees in Jordan. *International Journal of Health Services.* 2016;46(3):566-89.

Ayres JRCM, et al. Risco, Vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Campos GWS, organizador. *Tratado de Saúde Coletiva.* 2.ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p.375-417.

Ayres JRCM, Paiva V, França Jr IF. Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. In: Paiva V, Ayres JRCM, Buchalla CM, organizadores. *Vulnerabilidade e Direitos Humanos: Prevenção e promoção da saúde: livro 1, da doença e cidadania.* Curitiba: Juruá; 2012. p. 71-94.

Bastin P, Bastard M, Rossel L, Melgar P, Jones A, Antierens A. Description and Predictive Factors of Individual Outcomes in a Refugee Camp Based Mental Health Intervention (Beirut, Lebanon). PLoS ONE. 2013;8(1).

Bazan D. Primavera árabe: a força da disseminação da informação pelo meio digital e sua forma de construção de sentido [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo; 2014.

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em 30 abril. 2018.

Calegari M. Condições de vida dos refugiados sírios em São Paulo. In: Baeninger R, et al. Organizadores. Migrações Sul-Sul. Campinas: Nepo/Unicamp; 2018. p. 309-324.

Cherri Z, Cuesta JG, Rodriguez-Llanes JM, Guha-Sapir D. Early marriage and barriers to contraception among syrian refugee women in lebanon: A qualitative study. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2017;14(8).

Collins DRJ, Jobanputra K, Frost T, Muhammed S, Ward A, Shafei AA, et al. Cardiovascular disease risk and prevention amongst Syrian refugees: mixed methods study of Medecins Sans Frontieres programme in Jordan. Confl Health. 2017;11:14.

Comitê Nacional para Refugiados. Refúgio em números. 2018. Disponível: em <http://dados.mj.gov.br/dataset/comite-nacional-para-os-refugiados> Acesso em : 08/06/2018

Comitê Nacional para Refugiados. Sistema de Refúgio Brasileiro: Desafios e Perspectivas. 2016. Disponível: em <http://dados.mj.gov.br/dataset/comite-nacional-para-os-refugiados> Acesso em : 27/01/2018

Comitê Nacional para Refugiados. Sistema de Refúgio Brasileiro: Desafios e perspectivas, Refúgio em números. Ministério da Justiça: Brasília. 2017. Disponível em: <http://www.justica.gov.br>. Acesso em 20/11/2017.

Coutts A, Mckee M, Stuckler D. The emerging Syrian Health crisis. Lancet. 2013; Fev; v.381: 6-7.

Demant, P. O mundo muçulmano. São Paulo: Contexto, 2004, 429 p.

Diab SY, Palosaari E, Punamaki RL. Society, individual, family, and school factors contributing to child mental health in war: The ecological-theory perspective. Child Abuse Negl. 2018;84:205-

Dogru S, Doner P. Frequency and outcomes of new patients with pulmonary tuberculosis in Hatay province after Syrian civil war. Indian J Tuberc. 2017;64(2):83-8.

Doocy S, Burnham G, Biermann E, Tileva M. Household Economy and Livelihoods among Iraqi Refugees in Syria. Journal of Refugee Studies. 2011;25(2):282-300.

Doocy S, Lyles E, Hanquart B, Woodman M. Prevalence, care-seeking, and health service utilization for non-communicable diseases among Syrian refugees and host communities in Lebanon. *Confl Health*. 2016;10:21.

Doocy S, Lyles E, Robertson T, Akhu-Zaheya L, Oweis A, Burnham G. Prevalence and care-seeking for chronic diseases among Syrian refugees in Jordan. *BMC public health*. 2015;15:1097.

Doocy S, Lyles E. Humanitarian Needs Among Displaced and Female-Headed Households in Government-Controlled Areas of Syria. *American journal of public health*. 2017;107(6):950-9.

Doocy S, Paik KE, Lyles E, Hei Tam H, Fahed Z, Winkler E, et al. Guidelines and mHealth to Improve Quality of Hypertension and Type 2 Diabetes Care for Vulnerable Populations in Lebanon: Longitudinal Cohort Study. *JMIR Mhealth Uhealth*. 2017;5(10):e158.

Dutra, K. Primavera Árabe. Editora Moderna. 16/01/2013. Acesso em 03/06/18. Disponível em: <http://redes.moderna.com.br/2013/01/16/primavera-arabe/>

Elliott JA, Das D, Cavailler P, Schneider F, Shah M, Ravaud A, et al. A cross-sectional assessment of diabetes self-management, education and support needs of Syrian refugee patients living with diabetes in Bekaa Valley Lebanon. *Confl Health*. 2018;12:40.

Elsouhag D, Arnetz B, Jamil H, Lumley MA, Broadbridge CL, Arnetz J. Factors associated with healthcare utilization among arab immigrants and refugees. *J Immigr Minor Health*. 2015;17(5):1305-1312.

Gammoh OS. A preliminary description of medical complaints and medication consumption among 375 Syrian refugees residing in North Jordan. *Jordan Journal of Pharmaceutical Sciences*. 2016;9(1):13-21.

Goosen S, Middelkoop B, Stronks K, Agyemang C, Kunst AE. High diabetes risk among asylum seekers in The Netherlands. *Diabet Med*. 2014;31(12):1532-41.

Grant MJ, Booth A. A typology of Reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health infoLibr J*. 2009; 26: 91-108.

Hajjar B. Para ler a guerra na Síria: a construção do consenso na cobertura da mídia global [dissertação]. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo; 2016.

Heenan RC, Volkman T, Stokes S, Tosif S, Graham H, Smith A, et al. 'I think we've had a health screen': New offshore screening, new refugee health guidelines, new Syrian and Iraqi cohorts: Recommendations, reality, results and review. *Journal of Paediatrics and Child Health*. 2019;55(1):95-103.

IOM. 'Migration and migrants: A global overview', in IOM (2017). *World Migration Report 2018*, IOM: Geneva.

Javanbakht A, Amirsadri A, Abu Suhaiban H, Alsaud MI, Alobaidi Z, Rawi Z, et al. Prevalence of Possible Mental Disorders in Syrian Refugees Resettling in the United States Screened at Primary Care. *J Immigr Minor Health*. 2018.

Kakalou E, Riza E, Chalikias M, Voudouri N, Vetsika A, Tsiamis C, et al. Demographic and clinical characteristics of refugees seeking primary healthcare services in Greece in the period 2015-2016: a descriptive study. *International health*. 2018;10(6):421-9.

Khader A, Ballout G, Shahin Y, Hababeh M, Farajallah L, Zeidan W, et al. Diabetes mellitus and treatment outcomes in Palestine refugees in UNRWA primary health care clinics in Jordan. *Public Health Action*. 2013;3(4):259-64.

Khader A, Ballout G, Shahin Y, Hababeh M, Farajallah L, Zeidan W, et al. Treatment outcomes in a cohort of Palestine refugees with diabetes mellitus followed through use of E-Health over 3 years in Jordan. *Trop Med Int Health*. 2014;19(2):219-23.

Khader A, Ballout G, Shahin Y, Hababeh M, Farajallah L, Zeidan W, et al. What happens to Palestine refugees with diabetes mellitus in a primary healthcare centre in Jordan who fail to attend a quarterly clinic appointment? *Trop Med Int Health*. 2014;19(3):308-12.

Khader A, Farajallah L, Shahin Y, Hababeh M, Abu-Zayed I, Kochi A, et al. Cohort monitoring of persons with diabetes mellitus in a primary healthcare clinic for Palestine refugees in Jordan. *Trop Med Int Health*. 2012;17(12):1569-76.

Khader A, Farajallah L, Shahin Y, Hababeh M, Abu-Zayed I, Kochi A, et al. Cohort monitoring of persons with hypertension: an illustrated example from a primary healthcare clinic for Palestine refugees in Jordan. *Trop Med Int Health*. 2012;17(9):1163-70.

Khader A, Farajallah L, Shahin Y, Hababeh M, Abu-Zayed I, Zachariah R, et al. Hypertension and treatment outcomes in Palestine refugees in United Nations Relief and Works Agency primary health care clinics in Jordan. *Trop Med Int Health*. 2014;19(10):1276-83.

Kiss V, Pim C, Hemmelgam BR, Quan H. Building knowledge about health services utilization by refugees. *J Immigr Minor Health*. 2013;15(1):57-67.

Kvittingen A, Valenta M, Tabbara H, Baslan D, Berg B. The Conditions and Migratory Aspirations of Syrian and Iraqi Refugees in Jordan. 2018.

Mann J, Tarantola DJM, Netter T. Como avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e AIDS. In: Parker R.A *AIDS no mundo*. Rio de Janeiro: RelumeDumará; 1993. p. 276-300.

Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* 6(6): e1000097. DOI:10.1371/journal.pmed1000097

Muñoz-Sánchez AI, Bertolozzi MR. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007;12(2):319-24.

Murshidi, M. M., Hijjawi, M. Q. B., Jeriesat, S., & Eltom, A. Syrian refugees and Jordan's health sector. *Lancet*, 2013; 382 (9888), 206-7. doi: 10.1016/S0140- 6736(13)61506-8.

Navarro JMB. Primavera Árabe: protestas y revueltas: análisis de factores. *Opinión*, n.52, 2011. Disponível em: http://www.ieee.es/Galerias/fichero/docs_opinion/2011/DIEEE052-2011Primaveraarabe.pdf. Acesso em 05/06/2018

Nichiata LYI, Bertolozzi MR, Takahashi RF, Fracolli LA. The use of “vulnerability” concept in the nursing area. *RevLatAm Enfermagem*. 2008;16(5):923-8.

Nichiata LYI, Takahashi RF, Bertolozzi MR. Perspectivas avaliativas das vulnerabilidades em saúde. In: Egry EY, organizadora. *Necessidades em Saúde na perspectiva da Atenção Básica: Guia para Pesquisadores*. 1.ed. São Paulo: Dedone, 2008.

Ozaras R, Balkan II, Yemisens M. Prejudice and Reality about infection Risk among Syrian refugees. *Lancet*. 2016; Nov; v.16:1222-1223

Pace E. *Sociologia do Islã: fenômenos religiosos e lógicas sociais*. Petrópolis: Vozes, 2005. 364 p.

Peters MDJ, Godfrey CM, Khalil H, McInerney P, Parker D, Soares CB. Guidance for conducting systematic scoping reviews. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*. 2015 ;13 141-143.

Petersen E, Baekeland S, Memish A Z, Leblebicioglu H. Infectious disease risk from the Syrian conflict. *International Journal of Infectious Diseases*. 2013; 17: 666-667.

Riccardo F, Khader A, Sabatinelli G. Low infant mortality among Palestine refugees despite the odds. *Bulletin of the World Health Organization*. 2011;89(4):304-11.

Rodrigues GMA, Sala JB, Siqueira DC. Refugiados Sírios no Brasil. Políticas de proteção e integração. In: Baeninger R, et al. Organizadores. *Migrações Sul-Sul*. Campinas: Nepo/Unicamp; 2018. p. 309-324.

Saadeh R, Qato D, Khader A, Shahin Y, Seita A. Trends in the utilization of antihypertensive medications among Palestine refugees in Jordan, 2008-2012. *Journal of Pharmaceutical Policy and Practice*. 2015;8(1):1-8.

Saito DYT. Problemas éticos dos Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde: Scoping Review [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015.

Saleh S, Farah A, Dimassi H, El Arnaout N, Constantin J, Osman M, et al. Using Mobile Health to Enhance Outcomes of Noncommunicable Diseases Care in Rural Settings and Refugee Camps: Randomized Controlled Trial. *JMIR Mhealth Uhealth*. 2018;6(7):e137.

Segal SP, Khoury VC, Salah R, Ghannam J. Contributors to Screening Positive for Mental Illness in Lebano's Shatila Palestinian Refugee Camp. *Journal of Nervous & Mental Disease*. 2018;206(1):46-51.

Sethi S, Jonsson R, Skaff R, Tyler F. Community-Based Noncommunicable Disease Care for Syrian Refugees in Lebanon. *Global health, science and practice*. 2017;5(3):495-506.

SOHR – Syrian Observatory of Human Rights (2016). While peacemakers talk, Aleppo's children pay the price of Syria's war. Disponível em: <http://www.syriahr.com/en/?p=44138>. Acesso em: 06/06/2018.

Sweileh WM. Global research output in the health of international Arab migrants (1988–2017). *BMC Public Health*. 2018;18(1):755.

Sweileh WM. Bibliometric analysis of medicine - related publications on refugees, asylum-seekers, and internally displaced people: 2000 - 2015. *BMC International Health and Human Rights*. 2017;17(1).

Taylor E. M, Yanni E. A, Pezzi C, Guterbock M, Rothney E, Harton E, Montour J, Elias C, Burke H; Physical and mental health status of Iraqi refugees resettled in the United States. *Jimmigr Minor Health*, 2014 Dez;16(6):1130-7.

Team LS, Lyles E, Hanquart B, Chlela L, Woodman M, Fouad FM, et al. Health Service Access and Utilization among Syrian Refugees and Affected Host Communities in Lebanon. *Journal of Refugee Studies*. 2017;31(1):104-30.

Torun P, Mucaz Karaaslan M, Sandikli B, Acar C, Shurtleff E, Dhrolia S, et al. Health and health care access for Syrian refugees living in Istanbul. *Int J Public Health*. 2018;63(5):601-8.

Truppa C, Leresche E, Fuller AF, Marnicio AS, Abisaab J, El Hayek N, et al. Utilization of primary health care services among Syrian refugee and Lebanese women targeted by the ICRC program in Lebanon: a cross-sectional study. *Conflict and Health*. 2019;13:10.

UNHCR UHCfR.Vulnerability Assessment of Syrian Refugees in Lebanon 2016.UN High Commissioner for Refugees (UNHCR); 2016.

UNHCR. 2017a.Global Trends: forced displacement in 2016; Geneva; Disponível em:www.unhcr.org/statistics.acessoem 29/11/2017

UNHCR. 2017b.ProgressReport: regional refugee & resilience plan 2017-2018; Geneva; Disponível em <http://www.3rpsyriacrisis.org/> Acesso em 24/05/2019

UNHCR. 2019.Global Trends: forced displacement in 2018; Geneva; Disponível em:www.unhcr.org/statistics.acesso em 27/08/2019

Van Loenen T, van den Muijsenbergh M, Hofmeester M, Dowrick C, van Ginneken N, Mechili EA, et al. Primary care for refugees and newly arrived migrants in Europe: a qualitative study on health needs, barriers and wishes. *European Journal of Public Health*. 2018;28(1):82-7.

Wenden C.W; As novas migrações in: SUR. Revista Internacional de Direitos Humanos/ Associação de Direitos Humanos em Rede. jul. v.13 n.23. São Paulo. 2016

Worabo HJ, Kuei-Hsiang H, Yakimo R, Worabo E, Burgess PA, Farberman SM. Understanding Refugees' Perceptions of Health Care in the United States. *Journal for Nurse Practitioners*. 2016;12(7):487-94.

World Health Organization. 2017. Vulnerability and resilience; Sri Lanka; Disponível em: <http://www.who.int/migrants/en/>. Acesso em 01/05/2018.

Zayed H. The Arab genome: Health and wealth. *Gene*. 2016;592(2):239-43.

APÊNDICES

APÊNDICE A – FICHA DE AVALIAÇÃO INICIAL DOS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO – ADAPTADO DE JOANNA BRIGGS INSTITUTE

Decisão: Incluído ☐ Excluído ☐ Indeterminado ☐

Título do estudo: _____ Cod. Estudo: _____

Autores: _____ País do estudo: _____ Ano: _____

Revisor: _____

Data: __/__/__

CrITÉrios:

CRITÉRIOS	SIM	NÃO	INDETERMINADO
Os sujeitos do estudo são Refugiados (Deslocamento Forçado)?			
Os Sujeitos do estudo são árabes?			
Desenvolvido no âmbito da Atenção Primária em Saúde?			

APÊNDICE B - FICHA DE EXTRAÇÃO E SISTEMATIZAÇÃO DOS DADOS

Data:

Código do Estudo:

Revisor:

Base de dados:

PERIÓDICO:		VOL/Nº/ANO:	
TÍTULO DO ARTIGO:			
AUTOR(ES):			
LOCAL/ INSTITUIÇÃO DO ESTUDO:		PAÍS, ESTADO, CIDADE DO ESTUDO:	
OBJETIVOS:			
MÉTODO	TIPO DE PESQUISA:		
	SUJEITOS		
	PAÍS DE ORIGEM:	NÚMERO:	
	PAÍS DE DESTINO:		
REFUGIADOS URBANOS OU REFUGIADOS DE CAMPO?			
CENÁRIO DO ESTUDO:		ATENÇÃO PRIMÁRIA?	S N
ANÁLISE DOS DADOS:			
RESULTADOS:			
QUAIS AS VULNERABILIDADES APONTADAS OU IDENTIFICADAS NO ESTUDO?			

DIMENSÃO INDIVIDUAL	DIMENSÃO PROGRAMÁTICA	DIMENSÃO SOCIAL
OBSERVAÇÕES ADICIONAIS		

INDICADORES DE VULNERABILIDADE

(Nichita, Takahashi, Bertolozzi, 2008; Ayres et al., 2008).

DIMENSÃO INDIVIDUAL:

PERFIL DEMOGRÁFICO – (Sexo, idade, ocupação)

ESTRUTURA FAMILIAR – (Nuclear, não nucleada, número de filhos)

CONDIÇÕES DE VIDA – (Domicílio, casa, saneamento/esgoto/água/lixo)

TRABALHO – Profissão/ Ocupação/ Horas de trabalho

RELAÇÕES SOCIAIS – Patrão /empregado

PERFIL MORBI-MORTALIDADE –

CRENÇAS E VALORES – À respeito da doença.

DIMENSÃO PROGRAMÁTICA

POLÍTICAS DE SAÚDE

AÇÕES DOS PROGRAMAS DE SAÚDE

ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

DIMENSÃO SOCIAL

ACESSO À: Educação, cultura, informação, lazer e justiça.

PARTICIPAÇÃO EM AÇÕES COLETIVAS.

RELIGIÃO QUE PROFESSAS.

PRECONCEITO/ STIGMA

APÊNDICE C - QUADRO SÍNTESE DOS ESTUDOS DA REVISÃO DE ESCOPO. 2019

Características dos Estudos	Objetivo do estudo	Tipo do estudo	População do estudo	Elementos de Vulnerabilidade identificados
<p>Autores: Worabo, Heidi J. et al</p> <p>Ano: 2016</p> <p>Local: EUA</p> <p>Código: C1E1</p> <p>Cenário: Midwest Refugee Resettlement Agency (APS)</p>	<p>Obter melhor entendimento sobre a percepção dos refugiados recém-chegados a respeito do Sistema de Saúde americano.</p>	<p>Qualitativo / Grupo focal em profundidade / Análise fenomenológica</p>	<p>Total 10 (> 18 anos)</p> <p>7 homens / 3 mulheres</p> <p>9 muçulmanos</p> <p>01 cristão.</p> <p>País de Origem: Iraque</p> <p>País de Destino: EUA</p> <p>Tipo de Refúgio: Urbano</p>	<p>Individual: Doenças infecciosas, desnutrição e problemas mentais. Crenças sobre a tuberculose que conflitam com o Sistema de saúde local e barreiras linguísticas.</p> <p>Programática: Falta de intérprete tradutor. Equipe não escuta as queixas. Longa espera para consulta na APS.</p> <p>Social: Não procuram a APS, pois não podem pagar tradutor e pelo alto custo da prestação do serviço.</p>
<p>Autores: Segal, S. P. et al</p> <p>Ano: 2017</p> <p>Local: Estados Unidos</p> <p>Código: C4E1</p> <p>Cenário: Coletado em 02 Clinicas de APS no campo de Shatila Líbano</p>	<p>Avaliar os fatores contribuidores para o status de saúde mental dos refugiados Sírios e Palestinos no campo de Shatila no Líbano. Determinar a prevalência das doenças mentais.</p>	<p>Abordagem Quantitativa – Transversal Entrevista estruturada/ Survey</p>	<p>161 Palestinos – (53,4% Mulheres / 46,6% Homens)</p> <p>47 Sírios – (44% Mulheres/ 55,3% Homens)</p> <p>46 Libaneses não refugiados</p> <p>País de Origem: Síria/Palestina</p>	<p>Individual: Alta prevalência de doenças mentais. Vivem 17 anos em média no campo. Falta de saneamento básico. Superlotação dos campos. Moradias insuficientes</p> <p>Programática: Necessidades de fortalecimento do programa de saúde mental na APS.</p> <p>Social: Alto índice de pessoas sem nenhuma escolaridade: até 3x mais que a</p>

Características dos Estudos	Objetivo do estudo	Tipo do estudo	População do estudo	Elementos de Vulnerabilidade identificados
			País de Destino: Líbano Tipo de Refúgio: Campo	população local. Dificuldades no acesso à justiça, com leis que restringem os direitos fundamentais aos refugiados. Baixo acesso à economia local. Esses fatores foram associados a carga de estresse psicológico.
Autores: Riccardo, Flavia; Khader, Ali; Sabatinelli, Guido Ano: 2011 Local: Jordânia Código: C5E1 Cenário: Clínicas de APS da UNWRA.	Apresentar dados sobre a mortalidade infantil de refugiados palestinos na Jordânia, Líbano, Síria, Faixa de Gaza e Westbank. Analisar as tendências da mortalidade infantil entre refugiados Palestinos de 1995 a 2005.	Quantitativo – Estudo Transversal - Survey	14.202 crianças refugiadas palestinas País de Origem: Palestina País de Destino: Jordânia, Líbano, Síria, Gaza e Westbank Tipo de refúgio: Urbano	Individual: Taxa de mortalidade infantil maior que a da população local. Baixo Peso/ Prematuridade. Malformação congênita / associada à gravidez precoce e casamento consanguíneo. Infecções respiratórias. Programática: Acesso precário como principal condicionante para morte neonatal. Cuidado fragmentado, sistema de saúde altamente privatizado (Líbano). Social: -
Autores: UNHCR/UNICEF Ano: 2016 Local: Líbano Código: REFW2E2	Fornecer uma visão multissetorial atualizada da situação da Refugiados sírios no Líbano	Quali-quantitativo – Mixed method – entrevista semiestrutura	Cerca de 23.000 refugiados sírios 4.561 Crianças abaixo de 5 anos. País de Origem: Síria	Individual: 70% vivendo abaixo da linha da pobreza. 93% apresentaram algum grau de insegurança alimentar. Doenças crônicas, físicas e mentais. 41% das crianças incluídas na amostra estavam doentes nas duas semanas

Características dos Estudos	Objetivo do estudo	Tipo do estudo	População do estudo	Elementos de Vulnerabilidade identificados
Cenário: Visitas domiciliares em 26 distritos no Líbano		da, Survey e grupo focal.	País de Destino: Líbano Tipo de refúgio: urbano e campo	anteriores à pesquisa Programática: - Social: Alto índice de crianças de 15 a 17 anos fora da escola (84%).
Autores: Hosten E. et al Ano: 2018 Local: Bélgica Código: P23E3 Cenário: Centro primário de tratamento para tuberculose em Amman	Avaliar a prevalência de TB ativa e latente, fatores de risco para TB latente assim como a performance do programa de TB jordaniano.	Quantitativo – Estudo retrospectivo	76 pacientes com TB (casos índice). 481 contatos. País de Origem: Síria País de Destino: Jordânia Tipo de refúgio: urbano	Individual: Alta prevalência de TB ativa e latente entre os contatos de paciente com TB. Entre os contatos, a prevalência entre crianças abaixo de 5 é duas vezes maior que entre os adultos. Programática: Taxa de cura entre os casos índice de apenas 28.9%. Destes apenas 43,4% completaram o tratamento. Social: -
Autores: Truppa. C. et al Ano: 2019 Local: Líbano Código: WSC3E1 Cenário: 03 clínicas de APS do	Determinar se a APS atingia as populações mais vulneráveis; Entender as principais necessidades de saúde percebidas nas áreas de influência das instalações apoiadas pela	Quantitativo – Transversal – Suvey	479 refugiados sírios. País de Origem: Síria País de Destino: Líbano Tipo de refúgio: urbano	Individual: Os motivos mais comuns para procurar atendimento foram: Doenças não transmissíveis (40,6%) Problemas de saúde sexual e reprodutiva (28,6%). Doenças transmissíveis que afetam seus filhos (37,8%). Programática: Os gastos diretos foram

Características dos Estudos	Objetivo do estudo	Tipo do estudo	População do estudo	Elementos de Vulnerabilidade identificados
programa de atenção primária do Líbano.	APS; Identificar barreiras à utilização dos serviços de saúde.			relatados como uma barreira crítica para a utilização dos serviços de atenção primária à saúde. A barreira mais importante para a utilização dos serviços foi a falta de acesso à informação sobre a oferta dos serviços. Social: -
Autores: Doocy. S; Lyles, E. Ano: 2017 Local: Estados Unidos Código: E14E2 Cenário: Visitas Domiciliares em 10 distritos da Síria	Identificar necessidades não atendidas e prioridades de assistência de famílias deslocadas e chefiadas por mulheres em áreas controladas pelo governo da Síria.	Quantitativo – desenho não identificado - Survey	1027 famílias País de Origem: Síria País de Destino: Síria Tipo de refúgio: Urbano	Individual: As famílias deslocadas e chefiadas por mulheres eram mais vulneráveis do que as famílias não deslocadas e chefiadas por homens em vários setores. Programática: - Social: -
Autores: Al Kasseh, A. S. M. et al Ano: 2013 Local: Malásia Código: C6E1 Cenário: Clínicas de Atenção	Determinar os fatores de risco de diabetes gestacional na população refugiada na faixa de Gaza	Quantitativo – Caso controle retrospectivo	189 refugiadas palestinas 18 a 36 anos / Idade Média 34.1 anos País de Origem: Palestina	Individual: Fatores de Risco ao Diabetes gestacional nas refugiadas palestinas: Histórico de abortamento espontâneo (mais que 1) – foi o fator mais forte ($p < 0,0001$). Peso antes da gravidez ($p < 0,001$); Histórico familiar de Diabetes Mellitus ($p < 0,001$);

Características dos Estudos	Objetivo do estudo	Tipo do estudo	População do estudo	Elementos de Vulnerabilidade identificados
Primária à Saúde na Faixa de Gaza.			País de Destino: Palestina/ Faixa de Gaza Tipo de refúgio: Urbano	Histórico de natimorto ($p=0,002$); Peso na gravidez ($p<0,001$) Programática: Necessidade de fortalecimento de políticas preventivas de saúde no período pós-parto. Social: -Baixo nível educacional foi fator associado ($p<0,001$) a Diabetes gestacional.
Autores: Merve, A. et al Ano: 2016 Local: Espanha Código: C7E1 Cenário: Clinica de APS (JHAS) MMU (medical mobiles units) Visitas Domiciliares (Damascus, Hunas, Darcia, Hama, Jolan)	Identificar as necessidades percebidas dos serviços de cuidado à saúde, acessibilidade dos serviços e barreiras no acesso entre grupos de refugiados sírios vivendo fora dos campos em 4 regiões da Jordânia.	Quantitativo – Transversal / Analítico e observacional	196 refugiados sírios País de Origem: Síria País de Destino: Jordânia Tipo de refúgio: Urbano	Individual: Doenças agudas e crônicas em adultos e crianças. Programática: Discriminação por parte da equipe. Barreiras no acesso: custo, longas horas de espera, longa distância da unidade e datas tardias nos agendamentos das consultas. Social: Falta de informação sobre a oferta de serviços gratuitos de planejamento familiar.
Autores: Al Baz, M. Law, M. R. Saadeh, R. Ano: 2018	Estudar conhecimento, atitudes e comportamentos dos refugiados palestinos	Quantitativo – Estudo	250 refugiados Média de 32 anos 205mulheres acima de 18	Individual: Alta prevalência de automedicação com antibióticos; Desemprego; Renda abaixo da média

<p>Local: Alemanha</p> <p>Código: E1E1</p> <p>Cenário: 4 clínicas de APS localizadas nas cidades da Jordânia (Irbid, Baqaa South, Taybeh e Marka).</p>	<p>atendidos na APS da UNRWA na Jordânia sobre o uso de antibióticos. Planejar ações e intervenções e Saúde Pública.</p>	<p>Transversal / Survey</p>	<p>anos</p> <p>45 homens acima de 18 anos</p> <p>Campo – 75 / urbanos = 175</p> <p>País de Origem: Palestina</p> <p>País de Destino: Jordânia</p> <p>Tipo de refúgio: Urbanos e Campo</p>	<p>nacional</p> <p>Programática: Longas horas de espera.</p> <p>Social: -</p>
<p>Autores: Al-Rousan, T. et al</p> <p>Ano: 2018</p> <p>Local: Estados Unidos</p> <p>Código: E2E1</p> <p>Cenário: Centro de desenvolvimento comunitário em Irbid e Kafrein com sírios de área urbana e campo Zatari e profissionais da APS.</p>	<p>Determinar as perspectivas dos refugiados sírios na Jordânia, equipe de saúde jordaniana e outros grupos de interesse.</p>	<p>Quali-quantitativa. Mixed Methods</p>	<p>185 refugiados</p> <p>75 campo - Homens – 41/ Mulheres – 34</p> <p>110 Urbanos – Homens – 45 / Mulheres - 65</p> <p>País de Origem: Síria</p> <p>País de Destino: Jordânia</p> <p>Tipo de refúgio: Urbanos e Campo</p>	<p>Individual: Doenças respiratórias associadas ao clima desértico dos campos. Doenças crônicas (DM, HAS, artrite, catarata, respiratórias crônicas). Péssimas condições de moradia</p> <p>Programática: Falta de transporte para chegar à UBS. Falta de médica mulher para cuidado perinatal. Equipe sobrecarregada. Revogação da cobertura universal e gratuita.</p> <p>Social: Devido ao estigma, não reportam necessidades de cuidados em saúde mental.</p>

<p>Autor: Bastin. P. et al</p> <p>Ano: 2013</p> <p>Local: Suíça</p> <p>Código: E3E1</p> <p>Cenário: Centro da Saúde Mental Comunitária da ONG MSF e APS da UNRWA e visitas domiciliares.</p>	<p>Descrever a funcionalidade de pacientes e identificar preditores potenciais baseados em intervenções de saúde mental.</p>	<p>Quantitativo - Coorte</p>	<p>1.107 adultos – 18 a > 60 anos. Homens (35,8%)/ Homens (64,2%) Libaneses – 729 Palestinos - 364 Iraquianos - 14</p> <p>País de Origem: Líbano/Palestina/Iraque</p> <p>País de Destino: Líbano</p> <p>Tipo de refúgio: Campo</p>	<p>Individual: Ansiedade e depressão</p> <p>Programática:</p> <p>Social: Falta de acesso à educação associada à problemas de saúde mental.</p>
<p>Autores: Cherri, Z. et al</p> <p>Ano: 2017</p> <p>Local: Bélgica</p> <p>Código: E4E1</p> <p>Cenário: APS no Líbano (Beirut, Mount Lebanon, South, North e Bekaa) e nas casas atendidas pela Internacional Medical Corps (ONG).</p>	<p>Entender as necessidades, preferências, comportamentos e barreiras da saúde reprodutiva e sexual de refugiadas sírias no Líbano.</p>	<p>Qualitativo - grupo focal/ Entrevista/ análise temática</p>	<p>108 Sírias de 15 a 49 anos.</p> <p>País de Origem: Síria</p> <p>País de Destino: Líbano</p> <p>Tipo de refúgio: Urbano</p>	<p>Individual: Alta taxa de natalidade que agrava condição socioeconômica. Casamento precoce devido à escassez econômica.</p> <p>Programática: Custo reportado como barreira ao acesso.</p> <p>Social: Falta de acesso à informação relacionado a métodos contraceptivos.</p>
<p>Autores: Doocy, S. et al</p> <p>Ano: 2015</p> <p>Local: EUA</p>	<p>Caracterizar a prevalência das Doenças Não Transmissíveis. Obter melhor entendimento sobre a procura de cuidados para</p>	<p>Quantitativo – Estudo Transversal</p>	<p>9580 refugiados (1550 famílias) – faixa etária de 0 a mais de 60 anos</p> <p>País de Origem: Síria</p>	<p>Individual: 50% reportam um membro da família com doença crônica não transmissível. Hipertensão, artrite, diabetes, doenças respiratórias e cardiovasculares.</p>

Código: E5E1 Cenário: Visitas domiciliares nas casas de refugiados sírios na Jordânia.	as DNTs entre refugiados sírios urbanos na Jordânia.		País de Destino: Jordânia Tipo de refúgio: Urbano	Programática: Reportam não procurar a APS devido ao custo. Políticas de saúde que revogam direitos (em 2014 passaram a ter que pagar taxas no cuidado na saúde pública). Social: Baixo acesso à educação dos chefes de família. Falta de acesso à informação quanto à oferta dos serviços de saúde.
Autores: Gammoh, O.S. Ano: 2016 Local: Jordânia Código: E6E1 Cenário: Clínicas de APS.	Descrever as queixas médicas, diagnósticos e consumo de medicamentos dos refugiados sírios residentes no norte da Jordânia.	Quantitativo – Estudo transversal	375 – Faixa etária de 0 a mais de 70 anos 213 – Mulheres (56,8%) 162 – Homens (43,2%) País de Origem: Síria País de Destino: Jordânia Tipo de refúgio: Urbano	Individual: Doenças infecciosas, crônicas, cardiovasculares, hipertensão, musculoesqueléticas, gastrointestinais, respiratórias e de pele. Principais queixas: dor, tosse, dor de garganta, gastrointestinais, falta de ar, rash cutâneo, febre, tonturas, fraqueza, sintomas de ansiedade, problemas dentais e de visão. Programática: - Social: -
Autores: Heenan, R.C. et al Ano: 2019 Local: Austrália	Examinar as avaliações de saúde de crianças refugiadas sírias e iraquianas no contexto de	Quantitativo – Estudo retrospectivo	128 crianças de 7 meses a 16 anos. Sírias total = 63 40 meninos/ 23 meninas Iraquianas total = 65	Individual: Déficit de vitamina D, déficit no crescimento/nutrição, neurológicas/metabólicas, aprendizado/comportamento saúde mental , tuberculose latente,

Código: E7E1 Cenário: Serviço de Saúde do imigrante (APS).	mudanças da triagem pré-chegada. Examinar as diretrizes atualizadas de saúde Australiana para refugiados.		42 meninos/ 23 meninas País de Origem: Sírias/Iraque País de Destino: Austrália Tipo de refúgio: Urbano	atraso no desenvolvimento, adversidades pré-chegada, exposição a traumas, preocupação com a saúde mental dos pais, preocupação com outras famílias no exterior, separação de um membro da família Programática: Omissão nos testes de triagem para doenças infecciosas. Calendário vacinal das crianças atrasado. Dificuldade no acesso ao teste TST/PPD na APS. Social: 25% das crianças com dificuldade no acesso à educação mesmo após 3 meses no país de acolhida.
Autores: Kakalou, E. et al Ano: 2018 Local: Grécia Código: E9E1 Cenário: Unidade de APS da PRAKSIS (ONG)	Descrever as características básicas e morbidade da recente movimentação da população refugiada na Europa através da Grécia em 2015-2016	Quantitativo – Estudo transversal descritivo	Sírios – 3.076 0 a 18 anos e > 18 anos Iraquianos 1.270 Sexo não especificado País de Origem: Síria/Iraque País de Destino: Grécia Tipo de refúgio: Urbano	Individual: Doenças infecciosas por bactérias, vírus e parasitas. Condições musculoesqueléticas, de pele, traumas/feridas (causados por acidente/violência). Doenças cardiovasculares, endócrinas, respiratórias, neurológicas, autoimunes e congênitas. Condições dentárias ou da cavidade oral. Condições reprodutivas da mulher, de saúde mental, desnutrição, fraqueza, anemia, escabiose

				e piolho, abuso de substâncias (psicotrópicos e álcool). Programática: 50% das consultas com especialistas ofertadas por ONGs. Social: -
Autores: Saadeh. R. et al Ano: 2018 Local: EUA Código: E10E1 Cenário: APS da UNRWA (United Nations Relief and Worker Agency)	Descrever as tendências de utilização de anti-hipertensivos entre refugiados palestinos no período de 2008 a 2012.	Quantitativo – Desenho do estudo não especificado	244.169 > 40 anos Gênero não especificado. País de Origem: Palestina País de Destino: Jordânia Tipo de refúgio: Urbano e Campo	Individual: Aumento da prevalência da hipertensão de 2008 a 2012. Programática: Aumento dos gastos com Anti-hipertensivos. Social:-
Autores: Sethi. S. et al Ano: 2017 Local: EUA Código: E12E1 Cenário: 10 Clínicas Móveis de APS no Líbano e 01 Clínica de APS local em Bekaa.	Identificar lacunas no cuidado para doenças não comunicáveis na Atenção Primária à Saúde.	Quantitativo – Desenho do estudo não identificado	Total = 640 320 adultos acima de 18 anos 300 crianças abaixo 2 anos País de Origem: Síria País de Destino: Líbano Tipo de refúgio: Urbano	Individual: Doenças não transmissíveis e doenças transmissíveis. Programática: Falta de transporte, de tempo e custo reportados como barreira no acesso. Social: Baixa escolaridade das mães
Autores: Abouteir. A. et al Ano: 2011	Investigar a relação entre a frequência de diarreia a um Centro de Atenção Primária	Quantitativo – Caso controle prospectivo	Total= 3.338 / N de pacientes com diarreia = 266 de 0 a > 40 anos –	Individual: Infecção respiratória, diarreia. Restrições ao acesso a água. Fatores associados a diarreia (P<0,05):

<p>Local: França</p> <p>Código: P1E1</p> <p>Cenário: Clínicas de APS na faixa de Gaza.</p>	<p>à Saúde (PHCC) na faixa de Gaza e vários fatores de risco potenciais, incluindo o acesso à água.</p>		<p>gênero não especificado</p> <p>País de Origem: Palestina</p> <p>País de Destino: Palestina</p> <p>Tipo de refúgio: Campo e urbano</p>	<p>Status socioeconômico, pobreza, desemprego, falta de acesso a água pública, presença de animais domésticos e saneamento básico precário.</p> <p>Programática: Terapia medicamentosa prescritas fora das recomendações da OMS.</p> <p>Social: -</p>
<p>Autores: Alameddine. M. et al</p> <p>Ano: 2019</p> <p>Local: Líbano</p> <p>Código: P3E1</p> <p>Cenário: Clínicas de APS no Líbano e Jordânia. No Líbano, os seguintes centros de saúde: Bourj Shamali (acampamento; urbano), Wavel (acampamento; rural) e Saida Policlínica (não-acampamento; urbano); na Jordânia, visitou-se o centro de saúde de Zarqa (acampamento; urbano), Irbid (acampamento; rural) e Nuzha (não-acampamento; urbano).</p>	<p>Avançar a compreensão da resiliência de sistemas de saúde, questionando a adequação de um modelo de resiliência orientado à capacidade, através de um estudo de caso</p>	<p>Qualitativo – Entrevista semiestruturada/ análise temática</p>	<p>Total= 62 37 em campo de refúgio / 24 fora do campo</p> <p>País de Origem: Palestina</p> <p>País de Destino: Síria, Líbano e Jordânia.</p> <p>Tipo de refúgio: Campo e Urbano</p>	<p>Individual: TEPT, violência contra mulher e depressão.</p> <p>Programática: Equipe sobrecarregada de trabalho. Estresse no ambiente de trabalho.</p> <p>Social: -</p>

<p>Autores: Aoun, A; Joundi, J; El Gerges, N.</p> <p>Ano: 2019</p> <p>Local: Líbano</p> <p>Código: P4E1</p> <p>Cenário: Refugiados sírios, residentes em acampamentos individuais de tendas, abrigos coletivos ou centros de atenção primária à saúde, localizados nas regiões acessíveis do norte do Líbano.</p>	<p>Examinar a prevalência de rastreios positivos para Transtornos da Alimentação e suas associações com variáveis sociodemográficas, características de saúde, fatores de migração e uma triagem positiva para transtorno do estresse pós-traumático.</p>	<p>Quantitativo – Estudo transversal</p>	<p>Total= 450 69 Homens / 381 mulheres entre 18 a 45 anos</p> <p>País de Origem: Síria</p> <p>País de Destino: Líbano</p> <p>Tipo de refúgio: Campo e Urbano</p>	<p>Individual: TEPT, distúrbios alimentares, sobrepeso e desemprego.</p> <p>Programática: -</p> <p>Social: 48% sabem ler e escrever de forma elementar.</p>
<p>Autores: Collins, D.R.J.</p> <p>Ano: 2017</p> <p>Local: Inglaterra</p> <p>Código: P5E1</p> <p>Cenário: Duas clínicas de APS do MSF na província de Irbid, na Jordânia.</p>	<p>Determinar o perfil de risco de DCV da população; (2) descrever o padrão e a concordância das prescrições de tratamento lipídico com orientações da equipe de saúde</p>	<p>Quali- Quantitativo Mixed Methods</p>	<p>Total= 2907 18 a > 40 anos / + 16 membros de equipe da APS do MSF.</p> <p>País de Origem: Síria</p> <p>País de Destino: Jordânia</p> <p>Tipo de refúgio: Urbano</p>	<p>Individual: Doenças cardiovasculares, dislipidemia, diabetes e sedentarismo.</p> <p>Programática: Conhecimento da equipe limitado relacionado aos protocolos para doenças cardiovasculares.</p> <p>Social: Padrão migratório impactou a adesão no tratamento medicamentoso.</p>

Autores: Dogru, S; Doner, P. Ano: 2017 Local: Turquia Código: P6E1 Cenário: Ambulatório de Tuberculose de Hatay entre 2010 e 2013	Compara a frequência de novos casos de tuberculose pulmonar e sucesso no tratamento/taxas de cura entre pacientes turcos e sírios	Quantitativo - Retrospectivo e descritivo.	Total= 178 turcos / 33 refugiados sírios com Tuberculose País de Origem: Síria País de Destino: Turquia Tipo de refúgio: Urbano e campo	Individual: Tuberculose Programática: Metas do tratamento para TB não foram alcançadas. Social: -
Autores: Doocy. S. et al Ano: 2016 Local: EUA Código: P7E1 Cenário: Ambulatório de tuberculose de Hatay entre 2010 e 2013	Avaliar o estado de saúde, necessidades não atendidas e serviços de saúde entre refugiados sírios e comunidades de acolhimento no Líbano.	Quantitativo – Transversal	1376 famílias / 8.257 indivíduos de 0 a >60 anos. País de Origem: Síria País de Destino: Líbano Tipo de refúgio: Urbano	Individual: hipertensão, doenças cardiovasculares, diabetes, doenças respiratórias crônicas e artrite. Programática: Necessidade de pagar por serviços de saúde na APS. Social: -
Autores: Doocy, S. et al Ano: 2017 Local: Estados Unidos Código: P8E1 Cenário: 10 centros de APS em Líbano apoiado pela Organização	Avaliar a eficácia das diretrizes de tratamento e um aplicativo de saúde móvel (mHealth) na qualidade dos cuidados e resultados de saúde em	Quali-Quantitativo – Mixed Method – Estudo Coorte Longitudinal	793 Refugiados sírios com Diabetes tipo 2 e Hipertensão País de Origem: Síria País de Destino: Líbano Tipo de refúgio: Urbano	Individual: Diabetes descontrolada (57,9%). Programática: Equipe com dificuldade de interação com paciente. Percentual baixo de pacientes que receberam aconselhamento em saúde quanto estilo de vida. Divergências entre dados

Internacional para o Migração e Medical Corps Internacional no Sul (n = 3), Bekaa (n = 3) e Beirute e Monte Líbano (n = 4)	ambientes de atenção primária no Líbano.			eletrônicos e prontuários escritos. Social:-
Autores: Elliot. J.A. et al Ano: 2018 Local: Canadá Código: P9E1 Cenário: 03 instalações de APS operadas por MSF localizadas no Bekaa Região do Vale do Líbano	Determinar associações entre vários fatores do paciente e a pontuação do autogerenciamento, educação e apoio ao diabetes (DSMES)	Quantitativo – Estudo Transversal	292 Refugiados Sírios >18 a 84 anos com Diabetes. País de Origem: Síria País de Destino: Líbano Tipo de refúgio: Urbano	Individual: Diabetes (diagnosticada em 30% dos pacientes após o conflito na Síria). Jejum longo (Ramadã) associado ao uso de insulina. Programática: Social: Baixo nível educacional. Incapacidade de reconhecer e responder a uma hipoglicemia.
Autores: Goosen. S. et al Ano: 2014 Local: Holanda Código: P10E1 Cenário: Centro de APS e recepção de refugiados (Community Health Services for Asylum Seekers).	Mapear a prevalência e incidência de diabetes registrada entre os requerentes de asilo de acordo com fatores demográficos e tempo de permanência no país de acolhimento.	Quantitativo – Estudo populacional descritivo	9.436 Refugiados Iraquianos 2756 Mulheres / 6680 Homens 1.169 Refugiados Sírios - 407 Mulheres / 762 Homens Faixa etária: entre 20 e 79 anos. País de Origem:	Individual: Diabetes. 2x mais prevalente entre refugiados comparado a população local Programática: - Social: -

			Síria/Iraque País de Destino: Holanda Tipo de refúgio: Urbano	
Autores: Javanbakht. A. et al Ano: 2019 Local: Estados Unidos Código: P11E1 Cenário: Duas clínicas de cuidados primários que fornecem triagem aos refugiados sírios.	Determinar a prevalência de Desordens mentais em refugiados Sírios nos Estados Unidos na APS.	Quantitativo – Estudo Transversal	157 Sírios de 18 a 65 anos País de Origem: Síria País de Destino: EUA Tipo de refúgio: Urbano	Individual: TEPT, ansiedade e depressão desenvolvidos principalmente após a migração forçada. Programática: - Social: -
Autores: Khader. A. et al Ano: 2012 Local: Jordânia Código: P12E1 Cenário: Clínicas de APS em Nuzha /Amman/ Jordânia	Ilustrar o método de relato de coorte de pessoas com diabetes mellitus (DM) em uma clínica de saúde primária em Amã, na Jordânia, atendendo a refugiados da Palestina com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços de atenção ao DM.	Quantitativo – Coorte	2851 pacientes com Diabetes. Adultos de 0 a > 60 anos País de Origem: Palestina País de Destino: Jordânia Tipo de refúgio: Urbano	Individual: Diabetes, cegueira, acidente vascular cerebral, doenças cardiovasculares e amputações. Programática: Falha em manter adesão ao tratamento após período de 12 meses. Falha da equipe em mensurar os parâmetros de medida e controle dentro do protocolo preconizado. Social: -
Autores: Khader. A. et al	Registrar, monitorar e relatar doenças crônicas	Quantitativo – Coorte	4130 refugiados com HAS de 0 a > 60 anos.	Individual: Diabetes, doenças cardiovasculares e hipertensão

Ano: 2012 Local: Jordânia Código: P13E1 Cenário: Clínica de APS em Amnan na Jordânia.	através do sistema de registro e notificação emprestados da estrutura DOTS		País de Origem: Palestina País de Destino: Jordânia Tipo de refúgio: Urbano	Programática: Falha no desempenho relacionado a medida de pressão arterial e testes de glicemia (rastreamento do diabetes). Social: -
Autores: Khader. A. et al Ano: 2014 Local: Jordânia Código: P14E1 Cenário: Seis clínicas de cuidados primários de saúde na Jordânia, atendendo a refugiados da Palestina com diagnóstico de diabetes mellitus (DM).	Relatar o número e as características de novos pacientes com DM registrados no segundo trimestre de 2013 e de todos os pacientes com DM registrados até 30 de junho de 2013, com os resultados do tratamento e a carga cumulativa de complicações tardias.	Quantitativo – Coorte	12 550 refugiados com Diabetes de 0 a > de 60 anos País de Origem: Palestina País de Destino: Jordânia Tipo de refúgio: Urbano	Individual: Diabetes tipo I e II, hipertensão, tabagismo, sedentarismo, obesidade. Complicações do diabetes: infarto agudo do miocárdio, doença renal em estágio final. Programática: - Social: -
Autores: Khader. A. et al Ano: 2014 Local: Jordânia Código: P15E1 Cenário: 06 clinicas de APS na Jordânia atendendo a refugiados da	Determinar o número, características, resultados do programa e medidas de controle da doença para os cadastrados até 30 de junho de 2013 e naqueles que compareceram à clínica no segundo	Quantitativo – Coorte	18 881 refugiados com Hipertensão de 0 a > de 60 anos País de Origem: Palestina País de Destino: Jordânia Tipo de refúgio: Urbano	Individual: Hipertensão, diabetes, obesidade, cardiopatia congestiva, obesidade, sedentarismo, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e cegueira. Programática: - Social: -

Palestina com diagnóstico de Hipertensão.	trimestre de 2013, a prevalência de complicações relacionadas à doença entre aqueles com hipertensão apenas e hipertensão associada ao diabetes mellitus			
Autores: Khader. A. et al Ano: 2014 Local: Jordânia Código: P16E1 Cenário: Clínica de APS em Nuzha, Amman, Jordânia.	Utilizar o E-Health para relatar os resultados de 12 meses, 24 meses e 36 meses e complicações em estágio final de uma coorte de refugiados da Palestina com diabetes mellitus (DM) registrados no segundo trimestre de 2010. em uma clínica de saúde primária em Amã, na Jordânia.	Quantitativo – Coorte	119 de 0 a >60 anos Diabéticos. País de Origem: Palestina País de Destino: Jordânia Tipo de refúgio: Urbano	Individual: Diabetes, obesidade, sedentarismo, doenças cardiovasculares Programática: Perda no acompanhamento do tratamento. Social: -
Autores: Khader. A. et al Ano: 2014 Local: Jordânia Código: P17E1	Determinar os resultados do tratamento estratificados pelas características basais de todos os pacientes com diabetes mellitus (DM).	Quantitativo – Coorte	2246 de 0 a >60 anos com Diabetes Mellitus País de Origem: Palestina País de Destino: Jordânia Tipo de refúgio: Urbano	Individual: Diabetes associado a Hipertensão. Diabetes descontrolado em 42% dos pacientes. Programática: Dificuldade da equipe em manter o acompanhamento do tratamento.

Cenário: Clínica de APS em Nuzha, Amman, Jordânia				Social: -
Autores: Saleh. S. et al Ano: 2018 Local: Líbano Código: P21E1 Cenário: Dezesesseis centros primários de saúde (oito controles, oito intervenções) localizados em áreas rurais e campos de refugiados palestinos em todo o Líbano foram incluídos neste estudo.	Avaliar o efeito do emprego de ferramentas de saúde móvel de baixo custo na acessibilidade aos serviços de saúde e melhoria dos indicadores de saúde de indivíduos com Doenças Não Transmissíveis em áreas rurais e campos de refugiados no Líbano.	Quantitativo – Estudo Clinico Randomizado Controlado	total = 2.359 1433 intervenção 926 controle 40 a >71 anos com DM e HAS País de Origem: Palestina País de Destino: Líbano Tipo de refúgio: Campo	Individual: Diabetes e hipertensão Programática: O programa demonstrou fragilidade em manter o check up oftalmológico anual em pacientes com diabetes e hipertensão. O programa revelou fragilidade na promoção da cessação do tabagismo. O SMSs direcionados para lembretes não geraram um efeito de intervenção claro na utilização dos serviços de APS pelos pacientes. Social: -
Autores: Torun. P. et al Ano: 2018 Local: Turquia Código: P22E1 Cenário: Casas/ Visitas Domiciliares em Stambul	Avaliar as necessidades de saúde dos refugiados urbanos que vivem em Istambul.	Quali-Quantitativo – Mixed Methods	111 famílias / 8901 pacientes País de Origem: Síria País de Destino: Turquia Tipo de refúgio: Urbano	Individual: Sintomas de infecção sexualmente transmissíveis, doenças crônicas, pulmonares, cardíacas, gastrointestinais, neurológicas, renais, psiquiátricas, musculoesquelética, hipertensão. Condições de trabalho ruins. Programática: Gestantes com dificuldades no acesso devido à barreira linguística, tempo de espera, filas, ambientes tensos e atitudes negativas da

				<p>equipe.</p> <p>Social: Alto índice de crianças que abandonaram a escola. Falta de ajuda para educação e aluguel. Não conheciam o direito ao acesso gratuito aos cuidados de saúde.</p>
<p>Autores: Van Loenen. T. et al</p> <p>Ano: 2017</p> <p>Local: Holanda</p> <p>Código: WS4E1</p> <p>Cenário: Centros de recepção de refugiados (APS).</p>	<p>Compreender melhor as necessidades em saúde, barreiras no acesso e desejos dos refugiados em relação a APS.</p>	<p>Qualitativo - Entrevista Semi estruturada/Análise temática</p>	<p>Sírios = 39</p> <p>Iraquianos = 12</p> <p>País de Origem: Síria/Iraque</p> <p>País de Destino: Grécia/Eslovênia/ Croácia/ Hungria/ Holanda/ Itália/ Áustria</p> <p>Tipo de refúgio: Urbano</p>	<p>Individual: -</p> <p>Programática: Falta de oferta de serviços de saúde mental na APS. Falta de continuidade no cuidado. Dificuldades em encontrar atendimento médico nas passagens de fronteiras mais movimentadas.</p> <p>Social: -</p>
<p>Autores: Kvittingen. A. et al</p> <p>Ano: 2018</p> <p>Local: Inglaterra</p> <p>Código: JRS2E1</p> <p>Cenário: Visitas domiciliares na Jordânia e Centros comunitários (ONGs).</p>	<p>Entender as experiências de refugiados sírios e iraquianos e suas aspirações migratórias.</p>	<p>Qualitativo – Entrevista em profundidade</p>	<p>Total = 62</p> <p>32 Iraquianos</p> <p>30 Sírios</p> <p>País de Origem:</p> <p>País de Destino:</p> <p>Tipo de refúgio:</p>	<p>Individual: Falta de emprego formal para os refugiados. Não conseguem residência legal.</p> <p>Programática: Os refugiados iraquianos relatam que o governo revogou o livre acesso à saúde e educação públicas e limitou o acesso à assistência humanitária internacional.</p> <p>Social: 50,0% dos entrevistados tinham</p>

				planos concretos para deixar a Jordânia devido a restrições e falta de oportunidades.
Autores: Hanquart. B. et al Ano: 2017 Local: EUA Código: JRS3E1 Cenário: Visitas domiciliares em 4 regiões do Líbano.	Caracterizar o acesso e utilização dos serviços de saúde no Líbano.	Quantitativo – Desenho não identificado / Survey	2.062 famílias de refugiados sírios. País de Origem: Síria País de Destino: Líbano Tipo de refúgio: Urbano	Individual: Doenças Transmissíveis, Doenças crônicas não transmissíveis, feridas, doenças de pele, complicações na gravidez, problemas ginecológicos, gastrointestinais e oftalmológicos. Programática: Maior dificuldade no acesso à medicamento que a população local. Social: -
Autores: Doocy.S; Burnham G. Ano: 2011 Local: EUA Código: JRS1E1 Cenário: Visitas domiciliares em Damasco e cidades vizinhas.	Providenciar informação sobre a economia familiar e meios de subsistência em relação aos refugiados iraquianos em área urbana da Síria.	Quantitativo – Desenho não identificado	800 famílias de refugiados iraquianos País de Origem: Iraque País de Destino: Síria Tipo de refúgio: urbano	Individual: Superlotação das acomodações. Apenas 12% com trabalho estável. Trabalho pesado. Trabalho infantil. Quantidade de horas semanal trabalhadas elevada. Subpagamento ou não pagamento pelo trabalho realizado. Programática: Não sabem onde obter serviços de planejamento familiar Social: Baixo status educacional foi associado ao maior risco à pobreza.

ANEXOS

ANEXO 1 – FICHA DO ALUNO

Aluno matriculado no Regimento da Pós-Graduação USP (Resolução nº 6542 em vigor a partir de 20/04/2013).

Última ocorrência: Matrícula Regular em 02/02/2018

Impresso em: 27/06/2018 13:59:16

Janus - Sistema Administrativo da Pós-Graduação

Universidade de São Paulo
Escola de Enfermagem
Documento sem validade oficial
FICHA DO ALUNO

7143 - 10412096/1 - Luiz Paulo de Lima Junior

Sigla	Nome da Disciplina	Início	Término	Carga Horária	Cred.	Freq.	Conc.	Exc.	Situação
ENS5914-2/2	Enfermagem em Saúde Coletiva na Atenção Primária (1)	09/03/2017	19/04/2017	90	6	100	A	N	Concluída
ENO5891-6/1	Metodologia de Pesquisa: Abordagem Qualitativa	02/08/2017	10/10/2017	90	6	100	A	N	Concluída
PSP5713-1/1	Direitos Humanos, Vulnerabilidade e Ciclos de Vida (Faculdade de Saúde Pública - Universidade de São Paulo)	22/08/2017	13/11/2017	60	4	100	A	N	Concluída
ENS5915-2/2	Políticas de Saúde e Atenção Primária	21/09/2017	09/11/2017	60	4	100	A	N	Concluída
PSP5515-1/2	Aspectos Pedagógicos do Ensino Superior em Saúde (Faculdade de Saúde Pública - Universidade de São Paulo)	29/09/2017	08/12/2017	45	0	-	-	N	Pré-matrícula indeferida
ENC5883-4/4	Prática Pedagógica no Ensino Superior	06/03/2018	22/05/2018	90	6	100	A	S	Concluída

	Créditos mínimos exigidos		Créditos obtidos
	Para exame de qualificação	Para depósito da dissertação	
Disciplinas:	0	20	20
Estágios:			
Total:	0	20	20

Créditos Atribuídos à Dissertação: 76

Observações:

1) Disciplina(s) cursada(s) isoladamente e aceita(s) pelo(a) orientador(a) do(a) candidato(a).

Conceito a partir de 02/01/1997:

A - Excelente, com direito a crédito; B - Bom, com direito a crédito; C - Regular, com direito a crédito; R - Reprovado; T - Transferência.

Um(1) crédito equivale a 15 horas de atividade programada.

Última ocorrência: Matrícula Regular em 02/02/2018

Impresso em: 27/06/2018 13:59:17