

Características do acesso aos serviços de saúde por refugiadas durante gravidez e puerpério: revisão integrativa

Characteristics of refugee women's access to health services during pregnancy and puerperium: an integrative review

Características del acceso a los servicios sanitarios por parte de las mujeres refugiadas durante el embarazo y el puerperio: una revisión integradora

Recebido: 14/06/2022 | Revisado: 28/06/2022 | Aceito: 30/06/2022 | Publicado: 09/07/2022

Leandro Xavier de Sousa Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4965-0587>

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, Brasil

E-mail: leandro.xavierdesousa@gmail.com

Paulo Henrique Fernandes dos Santos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4533-0129>

Universidade de Brasília, Brasil

E-mail: paulofs@unb.br

Lara Mabelle Milfont Boeckmann

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1213-559X>

Universidade de Brasília, Brasil

E-mail: lara.mabelle@unb.br

Resumo

Objetivo: Caracterizar o acesso aos serviços de saúde de mulheres refugiadas em seu ciclo gravídico-puerperal no contexto mundial. *Métodos:* Revisão integrativa da literatura cujas buscas foram conduzidas nas bases de dados PUBMED, LILACS e CINAHL. Observaram-se estudos publicados a partir de 1996 a 2021. *Resultados:* Foram selecionados 16 estudos para compor a amostra final conforme os critérios previamente estabelecidos. Evidenciaram-se duas temáticas: Características do acesso aos serviços de saúde por mulheres refugiadas no período gravídico-puerperal e estratégias utilizadas para promover melhor acesso à saúde. As análises e sínteses dos achados revelaram as seguintes características: barreiras idiomáticas, busca tardia por atendimento, dificuldades em obter seguro saúde, maior incidência de complicações na gestação e puerpério, maior incidência de depressão, problemas com meios de locomoção, estigma e discriminação cultural, dificuldades legais relacionadas à imigração entre outros, além de estratégias de sucesso pontuais e recomendações. *Conclusão:* Ao caracterizar o acesso, o estudo revelou barreiras encontradas pelas refugiadas em obter acesso à saúde. Desse modo, é essencial o estabelecimento de políticas públicas no âmbito mundial que possam oferecer o acesso adequado à assistência à saúde durante a gravidez e puerpério a esta população vulnerável.

Palavras-chave: Refugiados; Gestantes; Serviços de saúde; Acesso aos serviços de saúde.

Abstract

Objective: To characterize the access to health services of refugee women in their pregnancy-puerperal cycle in the global context. *Methods:* Integrative literature review whose searches were performed in PUBMED, LILACS and CINAHL databases. Studies published from 1996 to 2021 were observed. *Results:* Sixteen studies were selected for the final sample, according to the previously established criteria. Two themes were highlighted: Characteristics of access to health services by refugee women in the pregnancy-puerperal period and strategies used to promote better access to health. The analysis and synthesis of the results revealed the following characteristics: language barriers, late search for care, difficulties in obtaining health insurance, higher incidence of complications in pregnancy and puerperium, higher incidence of depression, problems with means of transportation, stigma and cultural discrimination, legal difficulties related to immigration, among others, as well as successful strategies and specific recommendations. *Conclusion:* By characterizing access, the study revealed barriers encountered by refugees in obtaining access to health care. Thus, it is essential to establish public policies worldwide that can provide adequate access to health care during pregnancy and puerperium to this vulnerable population.

Keywords: Refugees; Pregnant; Health services; Health services accessibility.

Resumen

Objetivo: Caracterizar el acceso a los servicios de salud de las mujeres refugiadas en su ciclo gravídico-puerperal en el contexto mundial. *Métodos:* Revisión bibliográfica integradora cuyas búsquedas se realizaron en las bases de datos

PUBMED, LILACS y CINAHL. Se observaron los estudios publicados entre 1996 y 2021. *Resultados:* Se seleccionaron dieciséis estudios para la muestra final según los criterios previamente establecidos. Se evidenciaron dos temas: Características del acceso a los servicios sanitarios por parte de las mujeres refugiadas en el periodo gravídico-puerperal y estrategias utilizadas para promover un mejor acceso a la salud. Los análisis y las síntesis de los participantes revelaron las siguientes características: barreras idiomáticas, tardanza en la atención, dificultades para obtener un seguro de salud, mayor incidencia de complicaciones en la gestación y el parto, mayor incidencia de depresión, problemas con los medios de locomoción, estigma y discriminación cultural, dificultades legales relacionadas con la inmigración, entre otras, además de estrategias de éxito ponderadas y recomendaciones. *Conclusión:* Al caracterizar el acceso, el estudio reveló las barreras encontradas por las refugiadas para obtener acceso a la salud. De este modo, es esencial el establecimiento de políticas públicas en el ámbito mundial que permitan ofrecer un acceso adecuado a la asistencia sanitaria durante el embarazo y el parto a esta población vulnerable. **Palabras clave:** Refugiados; Mujeres embarazadas; Servicios de salud; Accesibilidad a los servicios de salud.

1. Introdução

Estima-se que em 2017, 65,5 milhões de pessoas se refugiaram em outro país por motivos tais como: guerras, conflitos e/ou perseguições (Braga et al., 2019). O Brasil é o país que mais abriga refugiados em toda a América do Sul. Tem-se 10.145 pessoas reconhecidas como refugiadas e 86.007 solicitantes de refúgio advindas de 80 países. Cerca de 39% desse contingente é de origem síria e 34% corresponde a mulheres (Santana, 2018).

Com o surgimento da pandemia pelo Coronavírus Sars-Cov-2 agente etiológico da COVID-19 em 2020, acentuaram-se as dificuldades dos indivíduos à procura de refúgio. As medidas sanitárias resultaram no aumento das barreiras para as pessoas acessarem as fronteiras de outros países. O Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR) e a Organização Internacional de Migrações (OIM) interromperam os deslocamentos de refugiados devido às novas regras de isolamento social impostas por países para controlar a propagação da pandemia. Contudo, insistiram no apelo para que os deslocamentos fossem mantidos em situações consideradas críticas (Organização das Nações Unidas, 2020).

No cenário mundial, é preciso enfatizar que a necessidade de refúgio diversas vezes ocorre devido às questões religiosas, multiculturalismo, ascensão de partidos fundamentalistas e que a recepção desses refugiados acarreta em adequações dos recursos governamentais e desafios financeiros para os governos (Balaam et al., 2016).

Nesse contexto social, cultural e econômico, migrantes e refugiados são culpabilizados por disparidades estruturais, apesar de essas comunidades se encontrarem entre os grupos que padecem das desigualdades existentes. Acentuando-se a situação de vulnerabilidade, a chegada dos refugiados em um novo país pode significar mudanças na qualidade de vida e alívio para as tensões experimentadas em seus países de origem. No entanto, violências recorrentes no país de acolhida repetem-se com os refugiados, sendo racismo e a xenofobia os mais importantes (Rodrigues et al., 2020).

Em um contexto migratório, não voluntário, como é o caso de refúgio, onde um grande contingente de pessoas se desloca fugindo justamente da violência, esse tipo de ocorrência acaba potencializada. Esta proteção tão almejada ainda está distante de acontecer, pois historicamente, mulheres e crianças acabam sendo os grupos mais vulneráveis e uma das manifestações mais evidentes da desigualdade de gênero é a violência contra as mulheres (Schwinn & Costa, 2016).

Um estudo apontou que as mulheres estão em enorme vulnerabilidade num contexto migratório e, por conseguinte, estão expostas às múltiplas violências a que são submetidas, como por exemplo, violência física, financeira, sexual, psicológica, social e cultural (Goés & Borges, 2021). Em relação à população refugiada feminina residente no Brasil, percebe-se que há uma série de desafios enfrentados por elas, dentre os quais, destacam-se a dificuldade de encontrar abrigo ao chegar ao país, o impasse para a consecução de um emprego, a xenofobia no ambiente de trabalho e os entraves no acesso aos direitos fundamentais garantidos pela Constituição Federal (Serpa & Félix, 2018).

Em virtude dos desafios constantes, ao longo da história, é possível observar espaços públicos de reflexão sobre os direitos da pessoa refugiada. A assinatura da Convenção Relativa ao Estatuto dos Refugiados em Genebra no ano de 1951 comprova que esta temática demanda atenção mundial desde meados do século XX. Este documento trata dos direitos, das

obrigações e dos trâmites legais desta população, onde todos os países que fazem parte da Organização das Nações Unidas se comprometem a cumpri-lo (Organização das Nações Unidas, 1951). Já em 1967, foi assinado um Protocolo como um compromisso de Direito Internacional para preservação dos direitos humanos da população refugiada alocada em todos os países. A proteção aos refugiados se dá através de direitos individuais e responsabilidade estatal perante a crescente demanda desta população (Organização das Nações Unidas, 1967).

No tocante ao acesso dos serviços de saúde, as mulheres refugiadas enfrentam também desafios variados. Em um estudo sobre o aspecto da saúde reprodutiva em terras africanas, refugiadas declararam que sofreram xenofobia, encontraram dificuldades comunicacionais e outras divergências culturais, além de falta de profissionalismo, carência de educação em saúde e superlotação dos hospitais (Munyaneza & Mhlongo, 2019).

De acordo com o Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR), 90% dos refugiados procuram países em desenvolvimento para se alocarem. Nota-se que esses países possuem dificuldade em abarcar esse contingente estrangeiro, ocorrendo a fragilização de seus sistemas de saúde, apresentação de alta mortalidade materno-infantil e tem-se como consequência a saturação dos serviços de saúde prestados aos nativos (Tatah et al., 2008). Um estudo canadense apontou que as refugiadas possuem o dobro de entraves para acessar os sistemas de saúde quando comparadas às nativas. Os principais motivos para essa dificuldade de acesso são as barreiras linguísticas, o preconceito étnico, as responsabilidades familiares e o isolamento social (Floyd & Sakellariou, 2017).

Tendo em vista o cenário de desigualdades apresentado, e especialmente, na situação de maior vulnerabilidade das mulheres em busca de asilo, justificou-se analisar a atenção à saúde de mulheres refugiadas que estão no período gravídico-puerperal no contexto mundial, a partir da necessidade de ofertar um acesso mais igualitário a esta população. Ademais, têm-se como lacuna do conhecimento a escassez de estudos que versem sobre essa temática em âmbito nacional e mundial.

Nesse contexto, elaborou-se a seguinte questão norteadora: “Quais as características do acesso aos serviços de saúde por refugiadas durante a gravidez e puerpério no contexto mundial?” Portanto, objetivou-se caracterizar o acesso aos serviços de saúde por mulheres refugiadas em seu ciclo gravídico-puerperal no contexto mundial.

2. Metodologia

Tratou-se de uma revisão integrativa da literatura desenvolvida em seis etapas: i) identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; ii) determinação dos critérios de inclusão; iii) identificação dos estudos encontrados nas bases de dados científicas; iv) análise criteriosa dos estudos selecionados; v) classificação dos estudos; vi) interpretação dos resultados e apresentação dos dados encontrados no formato de revisão integrativa (Mendes et al., 2008).

Considerando a primeira etapa da revisão, foi utilizada a estratégia PCC (População, Conceito, Contexto) para definir a pergunta de pesquisa a seguir: “Quais as características do acesso aos serviços de saúde por refugiadas durante a gravidez e puerpério no contexto mundial?”, onde P: Refugiadas durante gravidez e puerpério; C: Características do acesso; C: Serviços de Saúde no contexto mundial (Joana Briggs Institute, 2014). Cabe ressaltar que foi adotada a definição que aborda o acesso como a forma como os usuários percebem a acessibilidade aos serviços de saúde, ou seja, como os usuários experimentam a busca de assistência nos diferentes cenários de prestação de cuidados de saúde (Starfield, 2002).

Na segunda etapa, foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: artigos nos idiomas português, inglês e espanhol indexados nas bases de dados, publicados na íntegra, com delimitação de intervalo de tempo até o ano completo de 2021, que versam sobre o acesso aos serviços de saúde por mulheres refugiadas durante gravidez e puerpério no contexto mundial. Foram excluídos os estudos de revisão, relatos de caso/relatos de experiência, editoriais, anais de congressos, protocolos, guias, entrevistas e artigos em outros idiomas.

Em seguida, na terceira etapa, selecionaram-se as bases de dados: *PubMed*, *Cumulative Index to Nursing and Allied*

Health Literature (CINAHL) e Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS). Para formular as estratégias de busca foram utilizados os Descritores em Ciências de Saúde (DeCS) da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), e *Medical Subject Headings* (MeSH) da *National Library*. As estratégias de busca foram adaptadas para cada base de dado utilizando os descritores DECS/MeSH e combinando os operadores booleanos AND e OR (Quadro 1). As buscas foram conduzidas em 22/08/2021 e atualizadas em 30/05/2022.

Quadro 1 - Estratégias de busca de acordo com as bases de dados selecionadas:

Base de dado	Estratégia de busca
PUBMED	<p><i>("serviços de saúde"[Decs Terms]OR "serviços de saúde"[Todos os campos] ("health services"[MeSH Terms] OR "health services"[All Fields]) AND ("refugiados"[Decs Terms] OR "refugiados"[All Fields] ("refugees"[MeSH Terms] OR Refugees[All Fields]) AND ("gestantes"[Decs Terms] OR "gestantes"[All Fields]) ("pregnant women"[MeSH Terms] OR Pregnant Women[All Fields]) ("postpartum period"[MeSH Terms] OR "postpartum period"[All Fields])</i></p>
CINAHL	<p><i>("serviços de saúde" AND "refugees")("serviço de saúde AND "gestantes") ("serviços de saúde AND "período pós-parto" ("health services" AND "refugees") ("health services AND "pregnant women") ("health services AND "postpartum period" ("servicios de salud" AND "refugiados")("servicios de salud AND "mujeres embarazadas") ("servicios de salud AND "período posparto"</i></p>
LILACS	<p><i>("serviços de saúde" OR "Health Services" OR "Servicios de Salud" ("gestantes" OR "pregnant women OR "mujeres embarazadas") ("período pós-parto"OR "postpartum period OR período posparto")</i></p>

Fonte: Elaborado pelos autores (2021).

A quarta etapa da revisão consistiu em: exportação dos artigos das bases de dados para o gerenciador de referências *End Note* (Clarivate, 2022) e exclusão das duplicatas; exportação dos artigos para a ferramenta *Rayyan* (Ouzzani et al., 2016), para a leitura e seleção de títulos e resumos em duplo cego por dois revisores de forma independente. Posteriormente houve a resolução dos conflitos; leitura na íntegra, análise criteriosa e seleção dos artigos em duplo cego pelo autor 1 e autor 2, seguidas da resolução dos conflitos junto ao autor 3, resultando na amostra final de artigos da revisão.

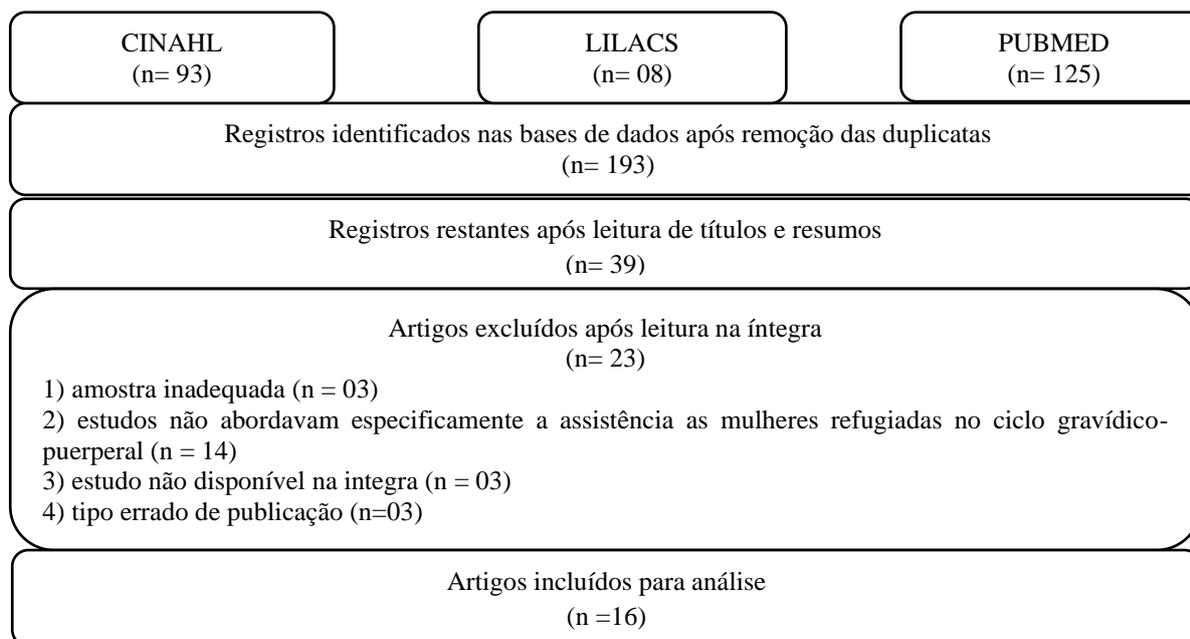
Após seleção dos artigos, os dados foram coletados utilizando um instrumento adaptado (Sousa et al., 2010), priorizando as variáveis: autor(es), ano de publicação, país, participantes, natureza do estudo, nível de evidência, e principais resultados que respondessem à questão norteadora da pesquisa.

Na quinta etapa, os estudos foram classificados de acordo com o nível de evidência, considerando a classificação proposta pela Prática Baseada em Evidências: evidências resultantes da meta-análise de múltiplos estudos clínicos controlados e randomizados (nível 1); evidências obtidas em estudos individuais com delineamento experimental (nível 2); evidências de estudos quase-experimentais (nível 3); evidências de estudos descritivos (não-experimentais) ou com abordagem qualitativa (nível 4); evidências provenientes de relatos de caso ou de experiência (nível 5); evidências baseadas em opiniões de especialistas (nível 6) (Sousa et al., 2010). Em seguida, na sexta etapa, foi realizada interpretação dos dados e apresentação dos resultados.

3. Resultados

Inicialmente foram identificadas 193 referências distribuídas nas três bases de dados, após remoção de 33 duplicatas no *EndNote*. As etapas de seleção, descritas na Figura 1, resultaram na seleção de 16 artigos para compor a amostra da revisão integrativa.

Figura 1 – Fluxograma dos artigos selecionados, a partir dos critérios de inclusão e exclusão.



Fonte: Elaborado pelos autores (2021).

Em relação aos locais da realização das pesquisas, observaram-se estudos publicados de 1996 a 2021, realizados nos seguintes continentes: América (Canadá e Estados Unidos), África (Etiópia e Quênia), Ásia (Irã, Líbano, Turquia e Tailândia), Europa (Alemanha e Países Baixos) e Oceania (Austrália).

Em relação aos aspectos metodológicos, a amostra dos estudos foi composta majoritariamente por mulheres refugiadas em seu período gravídico-puerperal. Alguns estudos tiveram como participantes profissionais da saúde ou mulheres nativas, além das refugiadas e migrantes. Quanto a natureza dos estudos, tinham abordagem qualitativa (50%), qualitativa (25%) ou quantitativa (25%), e todos com nível 4 de evidência que correspondem a estudos descritivos (não-experimentais) ou qualitativos. Os principais resultados dos estudos que compuseram a amostra desta revisão estão sintetizados no Quadro 2.

Quadro 2 - Caracterização dos artigos que atenderam à questão norteadora. Brasília, DF, Brasil, 2021.

Autor(es)/Ano	País (Continente)	Participantes	Natureza do estudo	Características do acesso aos serviços de saúde por mulheres refugiadas em seu período gravídico-puerperal
1.Kahler et al., 1996	EUA (América do Norte)	Gestantes Refugiadas	Quantitativo	Das 59 entrevistadas, 83% relatou não ter tido acesso à médicos durante a gestação. 95% tinham verminoses e muitas não tinham vacinação completa. No trajeto para busca de asilo, muitas sofreram violência sexual e sintomas depressivos foram identificados na maior parte da amostra. As mulheres tiveram acesso ao tratamento de saúde no Canadá.
2.Odero et al., 2001	Quênia (África)	Mulheres refugiadas e não-refugiadas	Quantitativo	Dentre as 4.280 refugiadas, percebeu-se uma maior taxa de pré-eclâmpsia, apresentação pélvica e atonia uterina e maior sofrimento fetal em partos de refugiadas quando comparadas às nativas. A taxa de cesariana entre os anos de 1996 e 1999 foi maior para as refugiadas quando comparada a das nativas. Tiveram acesso adequado e satisfatório aos serviços de saúde em comparação com a população anfitriã.
3.Correa-Velez & Ryan, 2012	Austrália (Oceania)	Mulheres refugiadas e profissionais de saúde	Qualitativo	Pesquisa com 168 profissionais e 23 refugiadas. Muitas delas foram identificadas com: anemia, circuncisão feminina, hepatite B, trombocitopenia e barreiras para acesso ao pré-natal. As taxas de cesarianas aumentaram ao longo do tempo. Os profissionais indicaram a necessidade de serviços de interpretação adequados, programas de educação e desenvolvimento para a equipe de saúde aumentar a capacidade de interação cultural.
4.Kabakian-Khasholian et al., 2013	Líbano (Ásia)	Puérperas refugiadas	Quali-quantitativo	Estudo com 1.015 puérperas. Apenas 34,5% relataram terem sido atendidas durante o deslocamento. As complicações de saúde durante o deslocamento (35,5%) foram significativamente maiores do que as que relataram complicações pré-natais antes do deslocamento (13,5%). Isso foi evidente para o grupo de mulheres que pariu durante o deslocamento. 52,1% relatou complicações de saúde.
5.Wilson-Mitchel & Rummens, 2013	Canadá (América do Norte)	Mulheres refugiadas, migrantes e não refugiadas	Quantitativo	Estudo com 453 mulheres refugiadas e migrantes enfrentaram barreiras aos cuidados de saúde devido à falta de seguro de saúde pública. A maioria que não possuía seguro saúde recebeu pré-natal precário e 6,5% não recebeu nenhum pré-natal. Mães sem seguro tiveram uma porcentagem maior de cesarianas devido à frequências cardíacas fetais anormais e necessitaram de mais reanimações neonatais do que as seguradas.
6.Owens et al., 2016	Austrália (Oceania)	Gestantes e puérperas refugiadas	Qualitativo	Estudo com 12 mulheres refugiadas que foram entrevistadas. Maior parte delas não possuía suporte social durante a gestação e tinha dificuldades em relação aos meios de transporte para chegar às consultas. Nenhuma das mulheres sem fluência em inglês foi acompanhada por intérprete na hora do parto. Ressaltaram-se barreiras para o acesso à saúde, dificuldade de locomoção e comunicação que interferiram negativamente na experiência da gestação.
7.Riggs et al., 2020	Austrália (Oceania)	Gestantes e puérperas e seus companheiros refugiados e	Qualitativo	Estudo com 16 mulheres, 14 companheiros e 36 profissionais. A comunicação precária com os profissionais constituíram barreiras para o acesso à informação de saúde na gestação e pós-parto. É provável que o fornecimento inconsistente de informações tenha contribuído para o baixo

		profissionais de saúde		nível de letramento em saúde e para os maus resultados de saúde materno-infantil.
8.Foster et al., 2017	Tailândia (Ásia)	Mulheres refugiadas e profissionais de saúde	Qualitativo	Estudo com 918 mulheres refugiadas e imigrantes. Tiveram acesso a um Programa de abortamento seguro para as que desejavam interromper a gestação. Devido à dedicação da equipe inferiu-se uma taxa de sucesso acima de 96% dos abortos programados. Taxa superior às de outros estudos apontados pelos autores, que variavam de 75 a 90%.
9.Ahmed et al.,2017	Canadá (América do Norte)	Gestantes e puérperas refugiadas	Quali-quantitativo	Estudo com 12 mulheres. Foram várias as dificuldades que enfrentaram no processo de estabelecimento. Destacaram-se as dificuldades linguísticas como um entrave para o acesso aos serviços de saúde aliados a falta de apoio social e as dificuldades econômicas que impactaram na saúde mental delas.
10.Getachew et al., 2018	Etiópia (África)	Gestantes refugiadas	Quali-quantitativo	Estudo com 320 gestantes identificou ausência de informações sobre a importância da suplementação de ácido fólico durante a gravidez associada negativamente à adesão do tratamento pelas refugiadas. Contudo, quanto tinham acesso há 4 ou mais consultas de pré-natal, maior era a adesão à suplementação com ácido fólico.
11. Abdin, 2018	Líbano (Ásia)	Mulheres refugiadas	Qualitativo	Estudo com 42 mulheres que foram entrevistadas. As grávidas tiveram dificuldade em compreender quais cuidados pré-natais eram oferecidos, quem disponibilizava a assistência e como acessá-la. Algumas delas relataram maus tratos de profissionais médicos e enfermeiros.
12. Henry et al., 2020	Alemanha (Europa)	Gestantes refugiadas	Qualitativo	Estudo com 12 mulheres demonstrou desafios para acesso à saúde, os quais: não gratuidade de exames, baixa alfabetização em saúde, experiências negativas pré-migração, dificuldades de comunicação pela barreira do idioma atrelada à falta de tradutores com consequente busca tardia aos serviços de saúde pelas gestantes.
13.Verschuuren et al., 2020	Países Baixos (Europa)	Gestantes refugiadas	Quali-quantitativo	Estudo com 344 mulheres refugiadas e 2.323 nativas. Quando comparadas às nativas, gestantes refugiadas tiveram maior taxa de mortalidade materno-infantil, tardia iniciação do pré-natal, não comparecimento às consultas por problemas de transporte e a falta de reconhecimento de sinais de alerta do parto foram apontados como possíveis causas para os piores resultados obstétricos desta população.
14.Dadras et al., 2020	Irã (Ásia)	Gestantes refugiadas	Qualitativo	Estudo com 30 mulheres que relataram os principais desafios enfrentados por elas ao tentarem acessar os serviços de saúde, os quais: serviços de saúde perinatal com preço inacessível, problemas com meios de locomoção, estigma e discriminação cultural, comunicação e questões legais relacionadas à imigração.
15.Bektas & Arkan., 2021	Turquia (Ásia)	Puérperas refugiadas	Quantitativo	Estudo com 150 mães sírias que foram assistidas em um centro de atendimento para refugiadas. Houve adesão à amamentação significativa. Os sistemas de apoio social demonstraram ser importantes para as mulheres aderirem satisfatoriamente e exclusivamente à amamentação por pelo menos seis meses.

16.Vurgec et al., 2021	Turquia (Ásia)	Mulheres refugiadas	Qualitativo	Estudo com 24 mulheres. Os achados indicaram que os suas experiências foram geralmente negativas ao acessar os serviços de saúde. Identificaram-se: barreira linguística, incompatibilidade cultural, diminuição do apoio social e informações inadequadas, sobressaindo-se a dificuldade com o idioma. O estudo sugere que aplicativos móveis que traduzem instantaneamente podem ser ferramentas úteis para melhorar a comunicação entre mulheres e profissionais de saúde.
------------------------	----------------	---------------------	-------------	---

Fonte: Autores.

Na análise e interpretação dos resultados dos artigos incluídos observaram-se duas temáticas em evidência: i) Características do acesso aos serviços de saúde por mulheres refugiadas no período gravídico-puerperal; ii) Estratégias utilizadas para promover melhor acesso à saúde; sendo as duas temáticas alinhadas à pergunta norteadora da presente revisão integrativa.

4. Discussão

Características do acesso aos serviços de saúde por mulheres refugiadas no período gravídico-puerperal

Os resultados da revisão integrativa revelaram em síntese, características do acesso aos serviços de saúde por mulheres refugiadas no período gravídico-puerperal. No deslocamento para o país de asilo, algumas mulheres sofreram violência sexual, e complicações na gestação (Kahler et al., 1996; Odero et al., 2001; Kabakian-Khasholian et al., 2013; Correa-Velez & Ryan, 2012; Kabakian-Khasholian et al., 2013; Verschuuren et al., 2020). Ao chegarem ao país de destino, apresentaram dificuldades em obter seguro de saúde, tiveram acesso tardio ao pré-natal e dificuldades para realizarem consultas e exames (Wilson-Mitchel & Rummens, 2013; Getachew et al., 2018). Várias doenças detectadas elevaram as taxas de cesarianas, depressão, complicações na gestação e no parto culminando com aumento da mortalidade materno-infantil quando comparadas às nativas (Kahler et al., 1996; Odero et al., 2001; Kabakian-Khasholian et al., 2013; Correa-Velez & Ryan, 2012; Kabakian-Khasholian et al., 2013; Verschuuren et al., 2020). Os estudos evidenciaram dificuldades econômicas, falta de apoio social, problemas de locomoção e de comunicação com baixo letramento junto aos profissionais de saúde. A xenofobia, as diferenças culturais e a barreira do idioma representaram os principais desafios e interferiu negativamente na experiência da gestação (Abdin, 2018; Ahmed et al., 2017; Henry et al., 2020; Dadras et al., 2020; Vurgec et al., 2021; Owens et al., 2016; Riggs et al., 2020).

Dois estudos com refugiadas e migrantes desta revisão apresentaram iniciativas pontuais de sucesso que favoreceram o acesso delas aos serviços de saúde como, por exemplo, a implantação de sistemas de apoio que obtiveram resultados satisfatórios ao proporcionarem maior adesão de mulheres à amamentação e outro programa que ofereceu assistência de saúde a mulheres refugiadas que desejaram abortar de forma segura e assistida (Bektas & Arkan, 2021; Vurgec et al., 2021).

Contudo, quase a totalidade dos estudos incluídos nesta revisão, excetuando-se os estudos de (Foster et al., 2017; Bektas & Arkan., 2021) revelou que os problemas são mais complexos e o acesso ao atendimento no ciclo gravídico-puerperal foi um desafio para grande parte das mulheres em situação de refúgio. Corroborando os achados, um estudo realizado no Líbano constatou uma redução de 45,7% ao comparar o acesso aos serviços de saúde às gestantes refugiadas antes e durante o deslocamento. O fato de que 17,9% da amostra não teve acesso a água tratada e 58,9% careceu de apoio social (Kabakian-Khasholian et al., 2013), sendo barreiras vivenciadas que juntamente com outros fatores, contribuíram para os maus resultados perinatais.

Uma pesquisa realizada na Nova Zelândia demonstrou a dificuldade de diálogo como entrave para uma efetiva

assistência em saúde para refugiados advindos de Butão. Foi constatado que havia a prestação de serviços de promoção em saúde que não se atentavam aos aspectos culturais e linguísticos da população butanesa. Uma das participantes afirmou que o serviço de pré-natal, gratuito para todas, deixava de ser usufruído por diversas refugiadas devido à barreira comunicacional (Shrestha-Ranjit et al., 2020), corroborando as evidências desta revisão.

A presença de um intérprete possui impacto positivo na qualidade da assistência prestada. Devido à escassez de recursos financeiros e de questões éticas, um artigo finlandês, com amostra de 18 gestantes refugiadas afirmou que o uso de um tradutor é limitado a situações específicas, tais como exame físico de recém-nascido e avaliações ginecológicas. Outras situações materno-infantis dependem da disponibilidade destes tradutores, não sendo um direito garantido (Leppälä et al., 2020), como constatado nos resultados desta revisão com destaque às barreiras culturais e idiomáticas verificadas.

Além da questão linguística, as mulheres refugiadas correm o risco de depressão perinatal devido a estressores experimentados antes, durante e após a migração (Fellmeth et al., 2021). A dificuldade em se compreender um novo sistema de saúde, a discriminação étnica, a exclusão social e o baixo status social são apontados como os principais impasses vividos por elas (Desa et al., 2020), similarmente aos achados desta revisão.

Entretanto em algumas situações, quando a equipe de saúde se empenha em promover ações que alcancem essa população, percebem-se dificuldades para adesão das pacientes em virtude da pobre educação em saúde, crenças culturais e priorização de outras demandas do dia-a-dia. Um estudo realizado na Austrália evidenciou que mulheres africanas refugiadas não aderiam às ações preventivas de vacinação e de rastreio de câncer de mama e de colo do útero (Babatunde-Sowole et al., 2020), de forma semelhante ao encontrado neste estudo com relação ao baixo letramento em saúde (Henry et al., 2020; Riggs et al., 2020), à vacinação precária e as dificuldades relatadas com consequente acesso tardio às consultas e exames (Kahler et al., 1996; Correa-Velez & Ryan, 2012; Kabakian-Khasholian et al., 2013; Wilson-Mitchel & Rummens, 2013; Owens et al., 2016; Verschuuren et al., 2020; Riggs et al., 2020; Dadras et al., 2020; Abdin, 2018; Vurgec et al., 2021).

A maneira como funciona o sistema de saúde do país de origem das refugiadas também pode influenciar a forma como elas deduzem a assistência no local de refúgio. Estudo alemão realizado com 12 mulheres em situação de refúgio demonstrou que cuidados pré-natais eram parciais ou totalmente desconhecidos por elas devido à ausência de serviços similares em seus países de origem. A dificuldade em acessar informações sobre gravidez e o desconhecimento do momento certo para ir à maternidade também foram levantados como entraves vivenciados por essa amostra (Henry et al., 2020).

Destacou-se também nesta revisão, o despreparo da equipe de saúde frente às especificidades das mulheres refugiadas, evidentes nos achados de (Wilson-Mitchel & Rummens, 2013) e de (Abdin, 2018) sobre o atendimento precário ou inexistente no pré-natal e relatos das refugiadas acerca de maus tratos dos profissionais médicos e enfermeiros respectivamente. Corroborando a presente revisão, estudo realizado com médicos e enfermeiros no Canadá inferiu que alguns deles negavam atendimento pré-natal às gestantes, apesar de elas possuírem direito legal em relação a essa assistência. Falta de conhecimento, alta carga laboral e questões burocráticas foram alegadas como os principais motivos para o não atendimento por parte da equipe de saúde (Stewart et al., 2018).

Estratégias utilizadas para promover melhor acesso à saúde

Pesquisa desenvolvida por Winn et al. (2018) revelou estratégias que podem ser utilizadas pelos profissionais de saúde para oferecerem cuidado a essa população, destacando-se a importância do apoio às refugiadas para promoção do acesso à saúde perinatal. Os profissionais indicaram a necessidade de serviços de intérpretes para as refugiadas e imigrantes, programas de educação e desenvolvimento para a equipe de saúde aumentar a capacidade de interação cultural com fornecimento de uma abordagem baseada em equipe, comunicação criativa, coordenação de cuidados, construção de relacionamento e uma dedicação geral à natureza única do atendimento às refugiadas.

Estudo conduzido na Austrália acerca de pessoas que deixaram seus países nativos aponta que é importante entender que essa população estrangeira vivencia diversos desafios quando se pensa em comunicação, educação em saúde, meios de locomoção e custo de serviços de saúde. Da mesma forma, os resultados desta revisão ressaltaram tais barreiras. No entanto, é essencial superar esses entraves através de estratégias de atendimento nos diversos níveis de saúde, garantindo que a assistência a essa população seja oferecida de forma acessível, culturalmente apropriada e com preços mais baratos (Javanparast et al., 2020), reforçando que é possível melhorar a assistência, diante das recomendações por exemplo, dos estudos que apresentaram ótimos resultados com os sistemas de apoio às mulheres refugiadas.

Vale também ressaltar que ao atender uma gestante refugiada, é necessário ter em mente o contexto conturbado que ela pode ter vivenciado até chegar ao país de refúgio, por exemplo, gestações passadas no contexto de guerra. Essa situação exige uma avaliação minuciosa e o fornecimento de cuidados obstétricos adequados, para que haja a desvinculação das experiências traumáticas anteriores (Henry et al., 2020).

Uma estratégia positiva apontada pelo estudo libanês desta revisão recomenda oferecer assistência ao público em questão, o uso de “clínicas móveis” como estratégia para suprir as demandas de saúde de gestantes sírias em situação de refúgio, espalhadas por todo o Líbano. Compostas por equipes multiprofissionais e financiadas pelo governo e por Organizações Não-Governamentais, essas vinte e três clínicas possuem como objetivo oferecer assistência médico-hospitalar às refugiadas (Abdin, 2018), minimizando o impacto negativo das dificuldades inerentes ao acesso à saúde dessas mulheres.

Outra iniciativa, adotada na Turquia, para fortalecer a assistência em saúde da população refugiada é a legalização de atendimento de urgência para refugiados não registrados no país e o atendimento em algumas especialidades para os refugiados registrados. Campanhas de vacinação para a profilaxia de doenças da infância também são importantes com o objetivo de alcançar crianças refugiadas residentes em solo turco (Sahin et al., 2020).

A correta orientação profissional é outra ação de extrema relevância para o alcance de uma maior qualidade da assistência à saúde. Uma pesquisa qualitativa, realizada no Irã, inferiu que o fornecimento de informações inconsistentes e incompletas às pacientes estrangeiras contribui para a baixa alfabetização em saúde e resultados ruins de saúde materno-infantil (Riggs et al., 2020). Adicionalmente, na Turquia, pesquisa com refugiadas sírias no período pós-parto demonstrou que centros de apoio às mulheres refugiadas facilitaram o acesso à saúde e que tais iniciativas representaram maior adesão a amamentação dessas mulheres (Bektas & Arkan., 2021), revelando-se assim a importância do apoio social do país anfitrião.

Outro estudo realizado na Turquia com mulheres refugiadas onde se destacou a barreira do idioma, os autores sugeriram o uso de aplicativos móveis que traduzem instantaneamente como uma ferramenta para promover melhoria da comunicação entre mulheres imigrantes e profissionais de saúde (Vurtec et al., 2021).

Ainda são numerosos os desafios para reduzir as iniquidades na distribuição e acesso aos recursos para o contingente de refugiados em todo o mundo. Portanto, a contribuição desta revisão pauta-se na síntese e análise dos resultados encontrados sobre a situação de mulheres refugiadas, especificamente, de mulheres no período gravídico-puerperal. Tais achados são importantes para dar maior visibilidade a este grupo vulnerável e fornecer base científica para profissionais que atendem esses grupos na sociedade, pesquisadores, formuladores e executores das políticas públicas de saúde.

As limitações foram próprias da metodologia escolhida que proporcionou apenas um recorte dos inúmeros desafios que as mulheres refugiadas enfrentam em todo mundo. Outra limitação consistiu na pesquisa em apenas três bases de dados, o que restringiu a análise de outros estudos que possam estar disponíveis em outras bases eletrônicas. Ademais, a escassez de estudos sobre o assunto limitou a discussão e uma visão mais aprofundada das questões apresentadas. No entanto, os achados são relevantes ao suscitarem reflexões e recomendações acerca da realização de mais pesquisas sobre a temática, sobretudo, no Brasil, onde não foram encontrados estudos relacionados.

5. Conclusão

Esta revisão permitiu identificar as características do acesso aos serviços de saúde por mulheres refugiadas em seu período gravídico-puerperal. Foi possível analisar e compreender que as barreiras, dificuldades, e desafios para acessar os serviços de saúde perinatal, tais como entraves comunicacionais, carência de intérpretes, incipiente preparo dos profissionais de saúde, falta de suporte social e escassez de educação em saúde entre outros configuraram barreiras a serem superadas pelas autoridades de saúde em âmbito mundial. O uso de clínicas móveis, a legalização da assistência em saúde a refugiados, distribuição de recursos e uma efetiva educação em saúde estão entre as principais estratégias para que uma assistência de qualidade e inclusiva seja ofertada a este estrato populacional.

É de suma importância que mais pesquisas sejam desenvolvidas tendo em vista a escassez de estudos e as peculiaridades da população refugiada e suas demandas. Espera-se que as evidências apresentadas tragam visibilidade a este grupo vulnerável, especialmente, ao revelar a lacuna do conhecimento de um aspecto específico de mulheres refugiadas em seu ciclo gravídico puerperal para que possam obter seus direitos à saúde integral e dignidade ao acessarem os serviços de saúde.

Referências

- Abdin, L. (2018). Challenges for pregnant syrian refugees in Lebanon. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 24(10):1026–9.
- Ahmed, A., Bowen, A., & Feng, C. X. (2017). Maternal depression in Syrian refugee women recently moved to Canada: A preliminary study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 17(1):1–11.
- Babatunde-Sowole, O. O., Power, T., Davidson, P. M., DiGiacomo, M., & Jackson, D. (2020) Health screening and preventative health care in refugee women: A qualitative analysis. *Contemporary Nurse*, 56(1):62–79.
- Balaam, M. C., Kingdon, C., Thomson, G., Finlayson K., & Downe, S. (2016). We make them feel special: The experiences of voluntary sector workers supporting asylum-seeking and refugee women during pregnancy and early motherhood. *Midwifery*, 34:133–40.
- Bektas I., & Arkan G. (2021). The Effect of Perceived Social Support of Syrian Mothers on Their Infant Feeding Attitudes. *Journal of Pediatric Nursing*. 57:e40-e45.
- Braga, B. C., Martins, B. L., & Pereira, C. M. (2019). Filhos das fronteiras: revisão de literatura sobre imigração involuntária, infância e saúde mental. *CES Psicologia*, 12(2):26–40.
- Clarivate. (2022). EndNote. https://clarivate.com/wp-content/uploads/dlm_uploads/2020/12/Clarivate-Website-copyright-notice-January-2022.pdf
- Correa-Velez, I., & Ryan, J. (2012). Developing a best practice model of refugee maternity care. *Women and Birth*, 25(1):13–22.
- Desa, S., Gebremeskel, A. T., & Yaya, S. (2020). Barriers and facilitators to access mental health services among refugee women in high-income countries: Study protocol for a systematic review. *Systematic Reviews*, 9(1):4–9.
- Dadras, O., Taghizade, Z., Dadras, F., Alizade, L., Seyedalinaghi, S., Ono-Kihara, M., Kihara, K., & Nakayama T. (2020). “it is good, but i can’t afford it ...” potential barriers to adequate prenatal care among Afghan women in Iran: A qualitative study in South Tehran. *BMC Pregnancy Childbirth*, 20(1):1–10.
- Fellmeth, G., Plugge, E., Fazel, M., Nosten, S., Oo, M.M., Pimanpanarak, M., Pichitpadungtham, Y., Fitzpatrick, R., & McGready, R. (2021). Perinatal depression in migrant and refugee women on the Thai-Myanmar border: does social support matter? *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 21:376(1827):20200030.
- Floyd, A., & Sakellariou, D. (2017). Healthcare access for refugee women with limited literacy: Layers of disadvantage. *International Journal for Equity in Health*, 16(1):1–10.
- Foster, A. M., Arnott, G., & Hobstetter, M. (2017). Community-based distribution of misoprostol for early abortion: evaluation of a program along the Thailand–Burma border. *Contraception*, 96(4):242–7.
- Getachew, M., Abay, M., Zelalem, H., Gebremedhin, T., Grum, T., & Bayray, A. (2018). Magnitude and factors associated with adherence to Iron-folic acid supplementation among pregnant women in Eritrean refugee camps, northern Ethiopia. *BMC Pregnancy Childbirth*, 18(1):1–8.
- Henry, J., Beruf, C., & Fischer, T. (2020). Access to Health Care for Pregnant Arabic-Speaking Refugee Women and Mothers in Germany. *Qualitative Health Research*, 30(3):437–47.
- Goés, E. D. A., & Borges, A. V. B. (2021). Entre a cruz e a espada: múltiplas violências contra mulheres refugiadas. *SER Social* 49 (3); 318-37.
- Joana Briggs Institute. (2014) Reviewer’s Manual. <https://nursing.lsuhsoc.edu/JBI/docs/ReviewersManuals/ReviewersManual.pdf>
- Javanparast, S., Naqvi, S. K. A., & Mwanri, L. (2020). Health service access and utilization amongst culturally and linguistically diverse populations in regional South Australia: a qualitative study. *Rural Remote Health*, 20(4):5694.

- Kabakian-Khasholian, T., Shayboub, R., & El-Kak, F. (2013). Seeking Maternal Care at Times of Conflict: The Case of Lebanon. *Health Care Women International*, 34(5):352–62.
- Kahler, L. R., Sobota, C. M., Hines, C. K., & Griswold, K. (1996). Pregnant women at risk: An evaluation of the health status of refugee women in buffalo, New York. *Health Care Women International*, 17(1):15–23.
- Leppälä, S., Lamminpää, R., Gissler, M., & Vehviläinen-Julkunen, K. (2020). Hindrances and facilitators in humanitarian migrants' maternity care in Finland: qualitative study applying the three delays model framework. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 34(1):148–56.
- Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. de C. P., & Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Revista Texto & Contexto – Enfermagem*, 17(4):758–64.
- Munyaneza, Y., & Mhlongo, E. M. (2019). Challenges of women refugees in utilising reproductive health services in public health institutions in Durban, Kwazulu-natal, South Africa. *Health SA Gesondheid*, 24:1–8.
- Odero, W., & Otieno-Nyunya, B. (2001). Major obstetric interventions among encamped refugees and the local population in Turkana district, Kenya. Vol. 78, *East African Medical Journal*, 78(12):666–72.
- Organização das Nações Unidas. (2020). Covid-19: Agencies temporarily suspend refugee resettlement travel. <https://news.un.org/en/story/2020/03/1059602>
- Organização das Nações Unidas. (1951). Agência da ONU para refugiados. Convenção relativa ao Estatuto dos Refugiados. <https://www.acnur.org/portugues/convencao-de-1951/>
- Organização das Nações Unidas. (1967). Protocolo de 1967 relativo ao estatuto dos refugiados. https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/portugues/BDL/Protocolo_de_1967_Relativo_ao_Estatuto_dos_Refugiados.pdf
- Owens, C., Dandy, J., & Hancock, P. (2016). Perceptions of pregnancy experiences when using a community-based antenatal service: A qualitative study of refugee and migrant women in Perth, Western Australia. *Women and Birth*, 29(2):128–37.
- Ouzzani, M., Hammady, H., Fedorowicz, Z., & Elmagarmid, A. (2016). Rayyan — a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews*. 5:210.
- Riggs, E., Yelland, J., Szwarc, J., Duell-Piening, P., Wahidi, S., Fouladi, F., Casey, S., Chesters, D., & Brown, S. (2020). Afghan families and health professionals' access to health information during and after pregnancy. *Women and Birth*, 33(3):e209–15.
- Rodrigues, I. D. A., Cavalcante, J. R., & Faerstein, E. (2020). Pandemia de Covid-19 e a saúde dos refugiados no Brasil. *Physis* 30 (03).
- Sahin, E., Dagli, T. E., Acarturk, C., & Dagli, F. S. (2020). Vulnerabilities of Syrian refugee children in Turkey and actions taken for prevention and management in terms of health and wellbeing. *Child Abuse & Neglect*, : 104628.
- Santana C. (2018)Humildade cultural: conceito estratégico para abordar a saúde dos refugiados no Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 34(11):e00098818.
- Serpa, P. F., & Félix, S. (2018). A efetividade dos direitos humanos sociais das mulheres refugiadas no Brasil. *Revista Argumentum*, 19(2):397–412.
- Souza, M. T., Silva, M. D., & Carvalho R. (2010). Integrative review: what is it? How to do it? *Einstein*, 8(1 Pt 1):102-106.
- Starfield, B. (2002). Atenção primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços de saúde. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000130805>
- Schwinn, S. A., & Costa, M. M.M. (2016). Mulheres refugiadas e vulnerabilidade: a dimensão da violência de gênero em situações de refúgio e as estratégias do Acnur no combate a essa violência. *Revista Signos*, ano 37, n. 2: 216-234.
- Stewart, E. W., De Souza, L. R., & Yudin, M. H. (2018). Access to prenatal care for pregnant refugee women in Toronto, Ontario, Canada: An audit study. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 29(2):687–700.
- Shrestha-Ranjit, J., Patterson, E., Manias, E., Payne, D., & Koziol-Mclain, J. (2020). Accessibility and acceptability of health promotion services in New Zealand for minority refugee women. *Health Promotion International*, 35(6):1484–94.
- Tatah, L., Delbiso, T. D., Rodriguez-Llanes, J. M., Cuesta, J. G., & Guha-Sapir, D. (2016). Impact of refugees on local health systems: A difference-in-differences analysis in Cameroon. *PLoS One*, 11(12):1–11.
- Verschuuren, A. E. H., Postma, I. R., Riksen, Z. M., Nott, R. L., Feijen-De Jong, E. I., & Stekelenburg, J. (2020). Pregnancy outcomes in asylum seekers in the North of the Netherlands: A retrospective documentary analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*, 20(1):1–10.
- Vurtec, B., Surucu, S., Köroglu, C., & Ezzo, H. (2021). Perinatal care experiences of immigrant Syrian women: a qualitative phenomenological study. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 27(12):1173-1181.
- Wilson-Mitchel, K., & Rummens, J. A. (2013). Perinatal outcomes of uninsured immigrant, refugee and migrant mothers and newborns living in Toronto, Canada. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10(6):2198–213.
- Winn, A., Hetherington, E., Tough, S. (2018). Caring for pregnant refugee women in a turbulent policy landscape: Perspectives of health care professionals in Calgary, Alberta. *International Journal for Equity in Health*, 17(1):1–14.