

Acesso à saúde por parte dos refugiados recolocados

Estratégias de acolhimento e integração das instituições da sociedade civil portuguesa

Bárbara Bäckström¹

Universidade Aberta

barbara.backstrom@uab.pt

Portugal

Lúcio Manuel Gomes de Sousa²

Universidade Aberta

lucio.sousa@uab.pt

Portugal

Paulo Manuel Costa³

Universidade Aberta

pmcosta@uab.pt

Portugal

Olga Magano⁴

Universidade Aberta

olga.magano@uab.pt

Portugal

Rosana de Sousa Albuquerque⁵

Universidade Aberta

rosana.albuquerque@uab.pt

Portugal

*Access to healthcare for relocated refugees
Reception and integration strategies of
Portuguese civil society institutions.*

Recibido: 5 de enero de 2023

Aceptado: 1 de marzo de 2023

Resumo

1) Investigadora integrada no CICS NOVA/ FCSH UNL Universidade Aberta; Centro de Estudos Globais, UAb; Centro de Estudos das Migrações e das Relações Interculturais, UAb; ORCID: 0000-0002-5844-3854.

2) Institute for the Study of Literature and Tradition (NOVA-FCSH) ORCID:000-0002-8619-867.

3) Centre for Functional Ecology (University of Coimbra) ORCID: 0000-0003-0862-1429.

4) Centro de Investigação e Estudos de Sociologia (CIES_Iscte) ORCID: 0000-0001-9661-6261.

5) Centro de Estudos das Migrações e das Relações Interculturais, Uab Centro de Estudos Globais ORCID: 0000-0002-9398-6715.

O texto aborda a saúde no contexto do processo de recolocação de refugiados em Portugal, a partir das instituições da sociedade civil que acolheram os refugiados, no contexto do processo de recolocação que ocorreu na sequência da crise de 2015. O olhar sobre a saúde debruça-se sobre a relação institucional com as entidades oficiais, com os serviços de saúde; as estratégias utilizadas no acesso aos cuidados de saúde; as principais dificuldades nesse acesso e os problemas de saúde referidos. Partimos quer das respostas aos questionários, quer das entrevistas realizados no âmbito de uma investigação sobre o papel e as práticas das instituições de acolhimento na integração de refugiados em Portugal entre 2017-2019. Concluímos que apesar do acesso à saúde estar previsto e garantido, surgem obstáculos no dia-a-dia, nos contextos reais locais, devido principalmente a barreiras linguísticas e culturais, falta de respostas no sistema de saúde público para algumas especialidades, sobretudo ao nível da saúde mental. A rede de apoio e o papel dos voluntários foram essenciais. Recomenda-se a criação de uma rede estruturada de mediadores interculturais e intérpretes para fazer o acompanhamento sistemático dos refugiados recolocados.

Palavras-Chave

Saúde, Refugiados, Integração, Instituições de acolhimento.

Abstract

The text addresses health in the context of the refugee relocation process in Portugal, from the civil society institutions that welcomed the refugees, in the context of the relocation process that took place following the 2015 crisis. The look at health focuses on the institutional relationship with official entities, with health services; the strategies used in accessing health care; the main difficulties in this access and the health problems mentioned. We start from of both the responses to the questionnaires and the interviews carried out within the scope of an investigation into the role and practices of host institutions in the integration of refugees in Portugal between 2017-2019. We conclude that although access to health care is foreseen and guaranteed, obstacles arise in everyday life, in real local contexts, mainly due to linguistic

and cultural barriers, lack of answers in the public health system for some specialties, especially in terms of mental health. The support network and the role of volunteers were essential. It is recommended that a structured network of intercultural mediators and interpreters be created to systematically accompany the relocated refugees.

Key Words

Health, Refugees, Integration, Relocation institutions.

Introdução

Portugal participou no processo de acolhimento e integração dos refugiados recolocados de 2015 a 2018, na sequência da decisão da União Europeia, de acordo com a Resolução do Conselho de Ministros n.º 5/2016. Para tal, foi criado um grupo de trabalho para a Agenda Europeia da Migração (GTAEM, 2016) com uma representação multidisciplinar de vários ministérios, entre os quais o Ministério da Saúde, através da Direção-Geral da Saúde (DGS/MS).

O modelo implementado nessa altura para o acolhimento em contexto nacional adoptou a dispersão geográfica e o envolvimento de múltiplas instituições da sociedade civil e entidades locais no processo de recolocação de refugiados. No terreno, a nível local, as instituições deveriam assegurar todas as condições necessárias em termos de habitação, alimentação, admissão nos serviços de saúde, acesso à educação, aprendizagem da língua portuguesa, reconhecimento de habilitações escolares, o acesso ao mercado de trabalho e a qualificação/formação profissional. Esta intervenção no terreno organizou-se em articulação com entidades oficiais em áreas-chave do acolhimento (das quais o Ministério da Saúde), mas também exigiu a ativação de parcerias com atores locais que poderiam fornecer respostas às necessidades consoante as especificidades das comunidades e dos refugiados acolhidos.

Este trabalho propõe abordar a dimensão da saúde no contexto do processo específico de recolocação de refugiados em causa, debruçando-se sobre a relação institucional entre as entidades

oficiais e com os serviços de saúde; as estratégias formais e alternativas no acesso aos cuidados de saúde, o acesso aos serviços de saúde por parte dos refugiados e as dificuldades nesse acesso, os cuidados de saúde propriamente ditos, os problemas de saúde e as principais necessidades de saúde dos refugiados.

Desenvolvimento

Problemática

A experiência dos refugiados é caracterizada pela exposição a múltiplos eventos traumáticos tanto no país de origem, como durante o trajeto até ao país de acolhimento. Vários estudos encontraram uma relação entre os eventos traumáticos pré-migratórios, os eventos stressores pós-migratórios e o impacto na saúde mental dos refugiados. Quer os eventos traumáticos pós-migratórios quer o trauma cumulativo estão associados a um aumento da prevalência de problemas de saúde mental (Morina, Nickerson, 2018).

No processo de migração forçada, os refugiados deparam-se com elevados graus de *stress*, ansiedade, traumas, antes, durante e depois da chegada ao país de acolhimento e encontram barreiras no acesso a cuidados de saúde adequados para lidar com esses problemas (WHO, 2017).

Alguns dos maiores desafios para as populações migrantes nos países de acolhimento incluem: lidar com as barreiras “estruturais” (Ager, 2014), o acesso aos serviços de saúde, assim como as “barreiras legais e económicas que refletem as políticas nacionais e as condições de reinstalação” (Ager, 2014: 439), “as influências sociais e culturais na saúde” (Ager, 2014: 440). Para além destas, barreiras ainda há a falta de conhecimento sobre os direitos aos cuidados de saúde e os sistemas de cuidados de saúde; fraco domínio da língua; diferentes sistemas de crenças e expectativas culturais para cuidados de saúde; e uma falta geral de confiança nos profissionais e autoridades. “Os determinantes da saúde não são só fatores percebidos normalmente como referentes ao âmbito da saúde, mas englobam outros fatores que igualmente têm um impacto na saúde das pessoas. São definidos como fatores interligados e geralmente classificados em fatores constitucionais, estilos de vida, redes sociais e comunitárias, condições de vida e de trabalho e condições socioeconómicas, culturais e ambientais” (Padilla, 2013, p. 54). Todavia, não podemos colocar somente do

lado dos refugiados este peso. Não podemos esquecer a sociedade de acolhimento e o papel do estado, por força dos compromissos decorrentes dos instrumentos internacionais que subscreveu, e que também tem responsabilidades neste processo.

A definição de saúde, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), “é o completo bem-estar físico, mental e social, e não só a ausência de doenças” (WHO, 2020). O conceito de saúde que queremos analisar é o da saúde como acesso aos serviços e cuidados de saúde; como direitos de saúde; e como as condições de saúde físicas e mentais. A saúde (ou a ausência desta) não é meramente o ato médico em si, mas todo um processo que inclui o diagnóstico, os sintomas, a capacidade de expressar os sentimentos (muitas vezes de violência e sofrimento vividos), o diálogo entre médico e refugiado, e a utilização de uma linguagem comum a ambos. A saúde, para além da parte da garantia do acesso aos serviços de saúde, aspeto objetivo de carácter operacional e neutro, comporta uma componente subjetiva das vivências individuais, o desconhecimento, as dificuldades de comunicação, entre outros.

As necessidades de saúde específicas dos refugiados são as que estão relacionadas com o contexto cultural de referência, como por exemplo a perceção do corpo, da saúde e doença, que pode variar de cultura para cultura; os problemas de comunicação inerentes às barreiras linguísticas existentes entre refugiados e profissionais de saúde; outros saberes, discursos e práticas; bem como a existência de traumas provocados inicialmente por uma experiência dramática no país de origem (Ager, 2014; Santinho, 2016).

Para além da escassez de recursos no país de origem destes refugiados em particular, e a experiência vivida de guerras, toda a viagem e travessia até chegarem a Portugal faz com que os refugiados possam vir fragilizados e debilitados em termos de algumas patologias e sofrimento, quer a nível físico, quer mental. Para além disso, a saúde pode degradar-se a médio e a longo prazo, sobretudo se permanecerem indocumentados, e à margem da sociedade, o que pode vir a agravar o seu estado de saúde físico e mental.

A saúde pode ser vista como um *pivot* central para a maioria das outras áreas de integração, dado que a saúde interfere nas outras áreas relevantes, como aprender uma língua e aceder ao

mercado de trabalho. Embora a saúde física e emocional precária possa pré-existir à chegada, como resultado de experiências durante a fuga, factores relacionados com o processo de asilo, a incerteza, a ansiedade e o isolamento social têm impacto na saúde após a chegada (ACNUR, 2013). Os problemas de saúde mental afetam vários indicadores de integração e adaptação dos refugiados. Os factores de risco para o desenvolvimento de transtornos mentais podem ocorrer antes, durante e depois da migração. Antes da migração, perseguições, experiências de conflito traumático e dificuldades económicas. Durante a migração, podem sofrer danos físicos e a separação de membros da família. Após a migração, as más condições socioeconómicas, o isolamento social e o desemprego (Priebe et al, 2016).

O trauma é um importante fator de risco, mas muitos outros factores sociais e de integração, contribuem significativamente para o sofrimento mental. As dificuldades de integração e adaptação dos refugiados estão intimamente associadas a sintomas psicológicos, *stress*, condições adversas (Priebe et al. 2016; Santinho, 2012; Santinho, 2016; Schick et al. 2016). Todavia, há uma crítica a esta visão centrada nos factores pré-fuga, descurando as condições mais latas em que se encontram e, em particular os “stressantes de aculturação” (Ager, 2014: 441), e que omitem de uma forma geral, a agência e as capacidades adaptativas dos refugiados (Ager, 2014, 441).

No processo de integração de refugiados, as questões de saúde e trauma tornam-se centrais, pelo facto dos refugiados estarem debilitados, por causa do percurso realizado e por terem sido sujeitos a violência, e muitos ainda terem nos países de origem familiares em situação de risco. A pesquisa sobre refugiados e saúde é muitas vezes entrelaçada com pesquisas noutras áreas de políticas onde a saúde torna-se um fator de influência. Não obstante, não podemos olhar para estes refugiados como seres passivos. Há estudos que demonstram que os refugiados reinstalados apresentam uma maior capacidade de lidar com as adversidades (Ager, 2014). A maioria dos refugiados demonstra resiliência, e em geral integram-se com sucesso nos países de acolhimento (Annamalai, 2020; Morina, Nickerson, 2018).

Castles (2002) questiona o que define uma integração bem-sucedida e plena, e quais os aspetos mais importantes na integração

dos refugiados: os jurídicos, os económicos, sociais ou psicológicos. Dado que a maior parte dos refugiados passa por um processo de mobilidade descendente na sociedade de acolhimento, as políticas de integração devem ser transversais, respondendo de uma forma holística a todas as necessidades de integração dos refugiados, ou seja, o processo de acolhimento deve integrar as várias dimensões do ser humano, de modo que os mesmos usufruam dos mesmos direitos e deveres que os outros cidadãos.

O acesso aos serviços de saúde

O acesso à saúde refere-se à capacidade de as pessoas efetivamente utilizarem os serviços de saúde. A “igualdade de acesso” não é determinada apenas pelo direito ao uso do sistema de saúde, mas também pela disponibilidade de informação para todos acerca do sistema de saúde, tornando-o acessível e minimizando as barreiras linguísticas e culturais (Rechel et al., 2011); inclui os direitos de uso dos serviços, mas também a capacidade financeira para aceder aos mesmos, relacionada com a capacidade de usufruir dos serviços de saúde, ou seja, a acessibilidade aos cuidados. É neste aspeto que surgem as maiores dificuldades ou barreiras no acesso à saúde entre as populações migrantes, as minorias étnicas e outros grupos vulneráveis, incluindo os refugiados.

Mesmo com a garantia de acesso ao serviço de saúde universal e gratuito dos refugiados e requerentes de asilo ao Serviço Nacional de Saúde, em determinados contextos ou devido a determinadas conjunturas, surgem bloqueios, obstáculos que têm de ser contornados. O acesso ao Serviço Nacional de Saúde, embora seja um direito dos requerentes de asilo e refugiados, nem sempre ocorre de forma facilitada, salientando a importância das redes informais de entajuda (ERS, 2015; Padilla 2013; Santinho, 2010).

A acessibilidade aos serviços de saúde é limitada ou restringida por muitas barreiras, desde as económicas, à localização geográfica, aos fatores sociais e culturais e/ou étnicos, assim como à falta de infraestruturas públicas na prestação dos serviços; a falta de domínio da língua, a dificuldade de comunicação, atuam igualmente como barreira importante.

Por vezes, o acesso é limitado por insuficiências de transporte, por desconhecimento, falta de informação, falta de conhecimento relativamente ao funcionamento do serviço nacional de

saúde, e também por receio ou medo (ERS, 2015; Padilla, 2013). Outras vezes, as barreiras vêm do lado dos serviços, com falta de formação e informação dos administrativos, excesso de burocracia, falta de acesso a serviços de tradução, limitação do sistema informático, falta de sensibilidade cultural e socioeconómica por parte de alguns profissionais de saúde que condicionam o acesso, algum desconhecimento e falta de sensibilização por parte dos administrativos (ERS, 2015).

Enquadramento jurídico e legal

Portugal possibilita, em termos legais, aos refugiados e requerentes de asilo, a acessibilidade aos serviços de saúde. O artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa (CRP), relativo à saúde, consagra a proteção da saúde como um dever, mas, sobretudo, como um direito de todos, realizado através de um serviço nacional de saúde (SNS) universal, geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito (CRP). O Despacho n.º 25360/2001 e a Circular Informativa n.º 12/DQS/ DMD/2009 do Ministério da Saúde 2009 vieram esclarecer as dúvidas existentes sobre o acesso destes cidadãos imigrantes e refugiados. Igualmente, nos termos da legislação em vigor, é reconhecido aos requerentes de asilo ou de proteção subsidiária e respetivos membros da família o acesso ao Serviço Nacional de Saúde.

O Artigo 52.º da Lei n.º 27/2008, de 30 de junho, reconhece aos requerentes de asilo, desde o momento da emissão de declaração comprovativa da apresentação do pedido de asilo, o acesso ao sistema de saúde, nos termos fixados pela Portaria n.º 30/2001, 17 de janeiro e Portaria n.º 1042/2008, de 15 de setembro.

Os requerentes de asilo têm acesso gratuito ao sistema de saúde para efeitos de cuidados de urgência, incluindo diagnóstico e terapêutica, e de cuidados de saúde primários, bem como assistência medicamentosa, a prestar pelos serviços de saúde da sua área de residência (Artigo 52.º da Lei n.º 27/2008). A Lei n.º 26/2014, de 5 de maio, fez a primeira alteração à lei de asilo 27/2008, nomeadamente na área da saúde. O Artigo 73.º sobre os cuidados de saúde garante que os beneficiários do estatuto de refugiado ou de proteção subsidiária e respetivos membros da família têm acesso ao Serviço Nacional de Saúde, nas mesmas condições que os cida-

dãos nacionais. Está previsto no ponto 2 deste Artigo 73.º que são assegurados cuidados de saúde adequados, incluindo tratamento de perturbações mentais, quando necessários, aos beneficiários do estatuto de refugiado ou de proteção subsidiária que se integrem nos grupos de pessoas particularmente vulneráveis, nas mesmas condições que aos cidadãos nacionais.

Na sequência dos compromissos assumidos pelo Estado Português, relativamente ao acolhimento de requerentes de asilo e refugiados, foi publicada uma Circular Informativa conjunta elaborada conjuntamente entre a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) e a Direção-Geral da Saúde (DGS), tendo em vista assegurar o acesso, sem problemas ou entraves, destes novos utentes ao Serviço Nacional de Saúde, em conformidade, aliás, com a legislação em vigor (Circular Informativa Conjunta n.º 13/2016/CD/ACSS, de 12/5/2016).

Em 2020, a Direção Geral da Saúde publicou uma nova informação com orientações técnicas para migrantes, refugiados e profissionais que exercem funções e atendimento e apoio a migrantes e refugiados. Nesta circular informativa é expressamente dito que não são permitidas quaisquer barreiras administrativas de acesso ao SNS, legitimando-se que os migrantes e os refugiados, independentemente do seu estatuto, estejam numa situação documental legalizada ou não, por razões de proteção da saúde pública, têm direito de acesso ao SNS, nas mesmas condições previstas para os cidadãos nacionais que dele beneficiam” (Informação n.º 010/2020). Como refere a mesma circular Informativa, “*Portugal tem das melhores práticas, reconhecidas a nível internacional, na integração de migrantes e no acolhimento de refugiados, sendo que estes cidadãos têm consolidado o seu acesso ao Serviço Nacional de Saúde (SNS), em igualdade de direitos e deveres com os cidadãos nacionais*”, estando o acesso à saúde consolidado e garantido. Apesar deste indicador referir-se apenas aos imigrantes, também o MIPEX de 2020 refere que houve melhorias no acesso a cuidados de saúde para requerentes de asilo e o envolvimento dos migrantes nas informações de saúde (Solano, Huddleston, 2020).

Metodologia

O projeto “Integração de Refugiados em Portugal: papel e práticas das instituições de acolhimento” visou obter um conhecimen-

to de como decorreram as práticas das instituições de acolhimento no processo de integração dos refugiados em Portugal, através do trabalho das instituições participantes no estudo, e que medidas concretas foram desenvolvidas pelas instituições no sentido de integrar os refugiados nas comunidades locais.

De notar que decorreu a manifestação voluntária de disponibilidade para participar no processo e a adesão de instituições da sociedade civil, do poder local, que usualmente não trabalhavam com estas matérias.

Neste trabalho temos a visão das instituições locais, através do olhar e experiência dos técnicos que acompanharam os refugiados, pelo que são relatos e testemunhos sobre os refugiados e não dos próprios refugiados. Foi uma opção dos investigadores, recolher o olhar de quem acolhe os refugiados, dado que o fenómeno é novo em Portugal. Optou-se por escutar quem está no terreno a lidar com esta realidade, ouvindo as suas experiências, através de um interlocutor, técnico da instituição que estava ligado ao processo e acompanhamento dos refugiados. Para além disso esta opção refletiu também algumas limitações em termo de financiamento da investigação.

No projeto de pesquisa, estabelecemos três etapas em termos de desenvolvimento metodológico. Na primeira etapa realizámos entrevistas exploratórias a responsáveis de entidades interlocutoras, com intervenção no processo de acolhimento. Fizemos 10 entrevistas exploratórias a representantes de entidades nacionais que intervieram na organização do processo de receção de refugiados e que atuaram como intervenientes chave no processo de recolocação.

Numa segunda etapa, um questionário foi aplicado online às instituições locais que receberam e acompanharam os refugiados, a fim de saber suas motivações, como correu o processo e fazer o balanço do próprio processo. Para a aplicação do questionário, o universo de instituições era de 151. Foram validadas 97 respostas (taxa de resposta de 64,24%), a margem de erro foi de 5,97%, com uma taxa de confiança de 89,5%.

Por fim, numa terceira etapa, foram realizadas 20 entrevistas a técnico/as das instituições participantes no questionário, efetuadas presencialmente em instituições de Norte a Sul do país.

O período em que se realizaram os questionários e entrevistas foi entre dezembro de 2017 (efetuado um pré-teste) até 2 de

março de 2018 para a aplicação do inquérito por questionário. Em relação às 20 entrevistas, o trabalho de campo foi realizado, fundamentalmente, em novembro e dezembro de 2018, com duas entrevistas a serem realizadas em janeiro de 2019 e uma em fevereiro de 2019.

Vamos utilizar o que foi referido em termos da vertente da saúde, tanto no inquérito por questionário, como nas entrevistas. Em termos de análise e tratamento dos dados, foram sujeitos a um tratamento estatístico com o *SPSS*, no caso do questionário online. As entrevistas foram gravadas, transcritas e codificadas, e foi feita a análise de conteúdo, com recurso ao *software Maxqda*.

Resultados

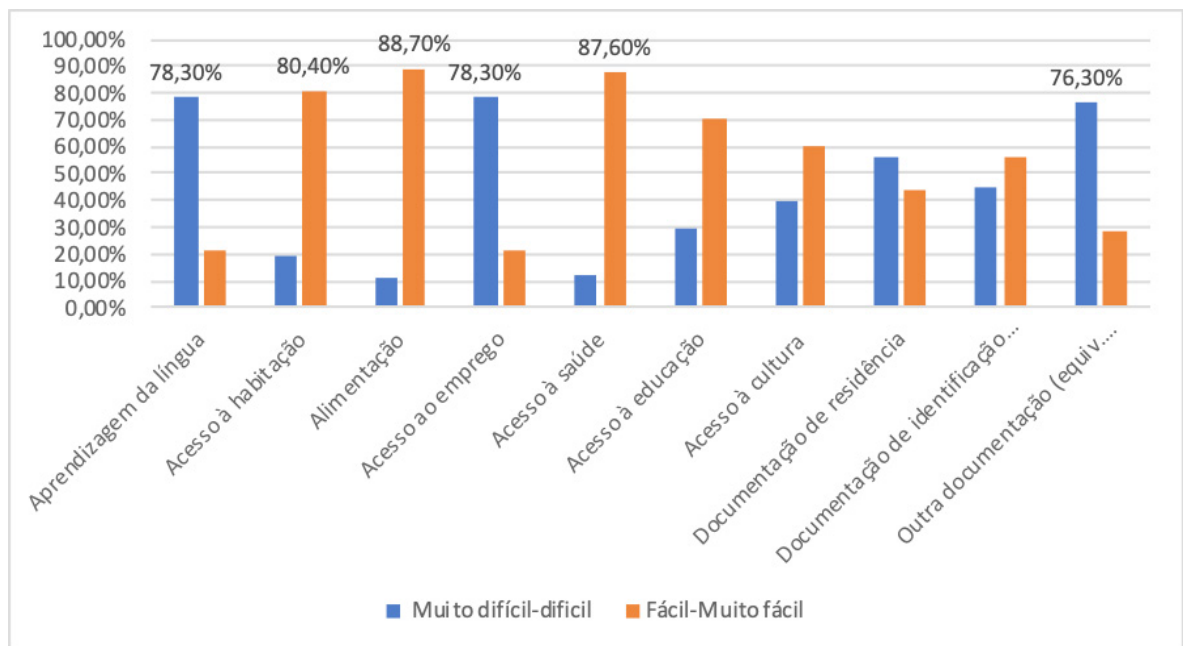
Fazendo uma primeira análise dos dados do questionário aplicado às 97 instituições, as respostas indicam que a vertente da saúde foi assegurada e que o acesso à saúde dos refugiados recolocados foi garantido. No entanto, na análise das entrevistas, veremos que são referidos alguns obstáculos no acesso aos cuidados de saúde, que surgiram no terreno, no dia a dia e nas práticas diárias dos contextos locais estudados. As instituições que responderam ao questionário online são instituições religiosas (26,8%), instituições particulares de solidariedade social (23,7%), fazem parte da Cruz Vermelha Portuguesa (16,5%), Misericórdias (15,5%) e Câmaras Municipais (13,4%). Entre as 97 instituições, 45% têm mais de 50 funcionários. Quanto ao número de utentes que acompanham 44,3% têm entre 101 a 500 utentes, e 14,4% acompanham mais de 1,000 pessoas.

A saúde numa perspetiva institucional e a relação das i nstituições locais com os serviços de saúde

Na questão colocada sobre quais foram as dificuldades sentidas por parte das instituições para satisfazer as necessidades de saúde

e do acesso aos serviços de saúde por parte dos refugiados acolhidos, podemos concluir que essas foram sentidas pelos técnicos das instituições, como fáceis e muito fáceis de resolver (num total de 87,6%), quando comparadas com a satisfação de outras necessidades, como por exemplo de aprendizagem da língua portuguesa ou acesso ao emprego, que foram sentidos como difícil ou muito difícil de satisfazer. Agregando as respostas “fácil e muito fácil de resolver”, conforme é possível ver no gráfico 1, as questões relacionadas com a saúde ocupam o segundo lugar, com 87,6%, só superadas pela necessidade de alimentação (88,7%).

Gráfico 1. Dificuldades sentidas na satisfação de necessidades



Fonte: auto feito

Todavia, entre os principais motivos de contacto dos refugiados com as instituições de acolhimento estão as questões de acesso à saúde, problemas de saúde do próprio ou de elementos da família, como motivos de contacto e de procura de auxílio por parte dos refugiados junto das instituições que os acolheram, sendo o quarto motivo, depois de documentação, aprendizagem da língua e emprego.

No questionário, sobre o que concerne às condições locais proporcionadas aos refugiados em matéria de acesso à saúde, as mesmas foram consideradas boas (65) e muito boas (31) pelos técnicos das instituições. As instituições trabalharam com um conjunto de entidades oficiais, como o Alto Comissariado para

as Migrações (ACM) ou o Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF), o Centro de Emprego, o Centro de Saúde e as Escolas, assim como com entidades locais, como foi o caso dos Municípios.

Tendo sido pedido que classificassem o modo como decorreu a relação com essas entidades oficiais, verificou-se no caso do Centro de Saúde, que a relação correu “Muito bem” (38 casos) ou “Bem” (56 casos), com apenas 3 respostas a afirmar que correu “Mal”.

A articulação com as entidades de saúde envolvidas, no geral resultou de forma muito positiva, principalmente quando houve uma preparação prévia do processo, como se pode ver nestes excertos de entrevistas:

O que acho que resultou muito bem, é que nós preparámos antecipadamente, reunimos entidades locais que nos poderiam ajudar e colaborar em rede. Nomeadamente o hospital local...houve a disponibilização de técnicos e de médicos para verificarem o estado de saúde tanto das mães como das crianças, tiveram acesso gratuito à saúde. correu tudo muito bem nesse aspeto e foi de louvar essa coordenação. E14

O trabalho em rede e em parceria funcionou bem com as entidades oficiais, e a relação das entidades com os serviços de saúde (públicos ou privados) foi muito positiva:

o próprio Programa da PAR, (...) nós teríamos de nos preocupar com a integração deles em termos de trabalho, de língua, de saúde (...) Tivemos logo consultas para todos, vacinação. Quer no hospital, quer no Centro de Saúde. Eles são logo isentos de taxas moderadoras porque com o estatuto que eles vêm ficam isentos E20

Houve casos em que a relação entre as instituições e algumas entidades oficiais não correram bem, em que surgiram bloqueios que afetaram também a questão do acesso à saúde, como foi o caso da relação com o SEF. A Segurança Social ou o Instituto de Emprego e Formação Profissional (IEFP) foram outras das entidades oficiais onde a relação também não foi muito positiva e afetou o acesso á saúde dos refugiados:

No caso, nós sentimos que as instituições fundamentais para o processo foi a Segurança Social, o SEF e a saúde e o IEF, as quatro bases. Pronto sentimos no início uma ligeira dificuldade e eu penso que os serviços ainda não estavam alinhados em termos locais para isso, que foi a questão do centro de saúde também, foi muito complicado, porque elas não tinham depois o número de saúde, ainda não tinham os cartões para as consultas, foi um bocadinho difícil. E16

Estas barreiras estruturais são factores que desencadeiam instabilidade e ansiedade junto dos refugiados (Ager, 2014; Padilla, 2013; WHO, 2017).

As estratégias formais e as estratégias alternativas no acesso aos cuidados de saúde

De acordo com as relações formais e institucionais referidas, foram utilizados os recursos do Serviço Nacional de Saúde, através dos Centros de saúde. Esses recursos funcionaram muito bem e como o previsto:

O Centro de Saúde... um louvor absoluto à saúde e os refugiados. Isso orgulho-me muito. Desde as vacinas, ao médico de família, a tudo a ajudar. Mais, há aqui um pormenor de uma médica de família... desta daqui, com a minha. Nós pedimos um tradutor e ela disse que não queria! Era entre ela e o doente. Haviam de se entender. Portanto, saúde, cinco estrelas para a saúde”. E5

O papel dos técnicos das instituições, enquanto mediadores entre as instituições de cuidados de saúde e os refugiados, foi crucial, e permitiu desbloquear situações de acesso aos serviços de saúde. *“O acompanhamento ao SEF, às consultas quando foi da gravidez, problemas de saúde que tinham, que eu tinha que ir com eles, muitas vezes, de noite para o hospital ou aqui para o centro de saúde.”* E17

Para além do apoio e acompanhamento dos técnicos das instituições, que foi central para desbloquear situações de

acesso aos cuidados de saúde, houve igualmente um enorme envolvimento da comunidade local enquanto rede de apoio, bem como o papel muito presente e ativo dos voluntários, que foram centrais na “mediação” no acesso à saúde dos refugiados “(...) sentirem que têm uma rede de pessoas que cuida delas. Que se for preciso alguma coisa, têm. Por exemplo, quando era preciso ir ao hospital, sabiam que havia quem ia com eles ao hospital.” E12

O envolvimento dos técnicos foi total e houve um enorme investimento em tempo e emocional, com uma base de boa vontade e muitas horas extra às tarefas de cada um dos técnicos das instituições. Este relato exemplifica bem o envolvimento que houve neste processo: “Porque, nós investíamos, quando era preciso ir a algum lado, eram os nossos carros que iam, era o nosso técnico que ia, ou seja, envolvia um investimento, houve um investimento grande” E2

Se os técnicos e voluntários desempenharam um papel essencial, num primeiro tempo, com o passar do tempo e progressivamente, as pessoas passaram a ir de forma autónoma (Costa, et al, 2019; Sousa et al, 2021), “Nós fizemos esse percurso, passaram a ir ter eles diretamente com o centro de saúde, passado uns tempos eu já não precisava de ir com eles” E10

A propósito desta gradual independência, no questionário, quando se perguntou sobre quais as principais dificuldades sentidas para a autonomização dos refugiados, 9% das respostas referiram a falta de capacidade de gestão pessoal, a falta de estabilidade emocional, e problemas de saúde de elementos da família, em comparação com 63% das respostas que referiram a situação do emprego e da capacidade económica para assegurar a subsistência e a dificuldade com a língua portuguesa.

Em termos de estratégias alternativas, no acesso aos serviços de saúde, foram mobilizados recursos próprios da instituição, ou redes pessoais de conhecimentos e de voluntários. Estas respostas alternativas vieram colmatar alguma falta de resposta dos Centros de Saúde e acessos pelos canais institucionais, pela dificuldade em conseguir consultas de especialidade no SNS e haver outras respostas alternativas no local. Foram mais fáceis e mais rápidas estas respostas alternativas, por via das redes de relações pessoais,

mais do que das através das vias institucionais: “...então fizemos um acordo e substituímos o Centro de Saúde, aos fins-de-semana que isto está sempre aberto e tem sempre aqui enfermeiros e médico.” E9
No início, não tão fácil porque A. tinha questões muito complexas de saúde, a nível de coração e da coluna. Mas depois... a nossa diretora é médica, fruto de relações pessoais, conseguiu consultas de especialidade (não é uma coisa fácil). Por isso, aqui acho que mais através da via das redes de relação do que das vias institucionais. E18

A participação de pessoas voluntárias pode também ser reveladora da adesão e do envolvimento da comunidade local. Interessante atender ao relato de uma instituição que, em jeito de balanço do processo, identifica, no seu caso, a inexistência de voluntários como um aspeto a alterar numa atuação futura:

envolver mais voluntários para estas questõeszinhas, que era preciso ir ao Centro de Saúde, era preciso ir a uma Urgência, não contavam com ninguém. A miúda ficava doente, era preciso ir à Urgência do São João tinha que ir alguém com eles E10

Os principais problemas de saúde dos refugiados

Podemos distinguir dois tipos de problemas em saúde, problemas de saúde física e mental propriamente ditos e problemas de acessibilidade aos cuidados de saúde, ou barreiras e obstáculos no acesso aos serviços de saúde.

Em termos de saúde física e mental, a saúde dentária e a saúde mental foram os problemas de saúde (ou doenças) mais referidos, nas entrevistas aos técnicos das instituições. Os problemas graves de saúde dentária foram referidos por alguns técnicos, tal como ilustram os excertos seguintes

foi quase todo em dentistas, eles tinham pouca higiene nestes percursos todos que fizeram, a higiene dentária e que foi (...) nós fomos sempre dando esse dinheiro nas consultas que eles foram fazendo, pelo sistema nacional de saúde eles nunca mais lá chegavam. E9

O menino, quando chegou, não tinha dentes à frente porque

estavam cariados. A cárie era tal que eles estavam carcomidos. tentámos várias coisas, foi visto na Faculdade Medicina Dentária... a saúde dentária, em Portugal, é o nosso calcanhar de Aquiles E19; “todos querem arranjar os dentes, (...) todos trazem os dentes estragados, todos.” E15

No que toca a saúde dentária, não há apoio específico para este tipo de problemas, tendo sido resolvidos por via de relações pessoais e estratégias informais:

Mas isto a todo o nível, desde a nossa dentista que se ofereceu para acompanhar os adultos (...) E depois, a parte não oficial, a parte dentária que eles vêm sempre com uns problemas, imediatamente duas dentistas nossas conhecidas se ofereceram, uma porque era de adultas e a outra que a especialidade era crianças e mal soube que nós íamos acolher uma família disse “eu acompanho e estou disponível para todos os miúdos” e refez um dente a um deles, que andava sempre tristíssimo porque tinha um dente todo partido, mas mesmo as coisas oficiais também funcionaram bem, as questões das vacinas e das urgências, a parte de senhoras, tudo aquilo funcionou. E3

Na literatura internacional, os problemas dentários entre refugiados surgem devido à acessibilidade limitada a serviços odontológicos nos países de origem, mas também no de acolhimento. O custo destes serviços e a falta de cobertura, constituem barreiras para o acesso a cuidados de saúde bucal. De acordo com Brown, Ramaiya e Cronkright (em Annamalai, 2020), a prevalência de distúrbios dentais entre refugiados varia de 22% a 51%, e a prevalência de cárie dentária é significativamente maior entre os refugiados. O trauma físico violento resulta muitas vezes em complicações de saúde bucal, assim como a alteração alimentar e a má nutrição (Brown, Ramaiya e Cronkright, em Annamalai, 2020).

Em relação aos problemas de saúde mental referidos, os traumas e a ansiedade:

E a parte psicológica deles, relativamente a esses traumas. Principalmente os mais novos. Vi eles descompensarem de uma maneira que eu assustei-me mesmo. Ele tentou o suicí-

dio. Não o consegui, graças a deus. Portanto, essa gente vem deprimida, vem com um grande stress...vem com grandes expectativas. Vem completamente desestruturado. Nós tentávamos dar apoio psicológico. Para já, eu era mulher. Lá está, eu enquanto mulher foi uma dificuldade. Eu sou psicóloga. E8

Em Portugal não existem medidas especiais, nem recursos para questões de saúde mental dirigidas para os refugiados. Em 2018, no âmbito deste projeto organizou-se o seminário “Psiquiatria com requerentes de asilo e refugiados: que desafios?”, que pretendeu explorar os desafios que as experiências vividas pelos requerentes de asilo e refugiados colocam à psiquiatria, nomeadamente os principais problemas sentidos pelas pessoas com experiências migratórias e quais os principais desafios que se colocam a quem com elas desenvolve prática clínica. Foram convidados a dar o seu testemunho dois profissionais na área. Algumas iniciativas pontuais e de pequena escala foram implementadas (por exemplo, em Lisboa, no Centro de Acolhimento Temporário de Refugiados, existe um psicólogo) (OECD, 2019). Também

o protocolo entre a Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP) e o ACM, assinado em Julho de 2016, em que a OPP ficou encarregue por proceder a uma avaliação de riscos psicossociais dos refugiados chegados ao abrigo de mecanismos europeus, comprometendo-se a disponibilizar instrumentos de avaliação, de acompanhamento e de monitorização com vista à atuação nas áreas de riscos psicossociais. A OPP comprometeu-se ainda a disponibilizar uma lista de psicólogos que realizaram a formação a “1000 Psicólogos para Situações de Catástrofe” e que se encontram disponíveis para, sem custos associados, serem ativados pelo ACM ou por estruturas distritais para apoio no processo de acolhimento dos refugiados que chegam a Portugal. O ACM comprometeu-se, por sua vez, a receber psicólogos estagiários em estágios profissionais nas suas áreas de atuação. (Oliveira, 2020, p. 215).

Neste aspeto, é muito complexo o problema da saúde mental e não existem estruturas específicas nem adequadas, enquanto serviços disponíveis a este público, sobretudo em meios pequenos e com poucos recursos. Como referem Rebelo, Abdullah e Hussein

(2020), muitas destas pessoas colocadas em meios pequenos têm dificuldade em encontrar cuidados de saúde mental, e “não há nenhum prestador disponível”, ou “não há intérpretes”. Este é um dos aspetos que pode ser considerado um obstáculo, subjacente à opção pela dispersão geográfica dos refugiados.

Ou seja, as instituições asseguraram facilmente o acesso ao SNS e uma rápida inscrição no SNS dos refugiados, no entanto à semelhança de outros estudos (Oliveira, 2020) faltam infraestruturas de apoio no domínio da saúde dentária e da saúde mental, existe dificuldade de acesso a serviços de especialidade, nomeadamente o apoio psicológico por todos os traumas que passaram no seu país e na travessia.

Efetivamente, como afirma Oliveira (2020), *no caso da saúde, se é facto que há uma rápida inscrição no SNS dos refugiados, há reporte também, porém, de algumas situações de dificuldade de acesso a serviços de especialidade ou demora no acompanhamento da saúde dos refugiados em algumas regiões do país.*

No que toca os problemas de acessibilidade aos cuidados de saúde, podemos considerar algumas barreiras financeiras, linguísticas e de comunicação.

No acesso aos serviços de saúde, também surgiram alguns problemas ao nível de pagamentos de taxas moderadoras, obtenção de receitas e comparticipação de medicamentos: *“Houve aqui uma dificuldade em passar receitas do Serviço Nacional de Saúde para os refugiados. Eles podiam ir, mas depois a receita eletrónica, que faz com seja comparticipado, era uma dificuldade. Pronto, isso conseguiu-se e eles começaram a ter.”* E5

Barreiras linguísticas e de comunicação

Podemos considerar que apesar da saúde ser um aspeto que é garantido, existem os obstáculos inerentes à barreira da língua, da comunicação, da falta de informação e conhecimento. Um dos problemas que prejudica tanto a acessibilidade dos serviços de saúde e a qualidade dos serviços é a existência de barreiras linguísticas. Os refugiados enfrentam várias barreiras ao acesso a cuidados de saúde devido a barreiras linguísticas, questões culturais, problemas

estruturais e barreiras burocráticas (Kramer, Fischer 2019).

A barreira da comunicação pode ser particularmente difícil ao trabalhar com refugiados devido a fatores múltiplos, tais como as diferenças linguísticas e culturais, o efeito da cultura nos sintomas e no comportamento da doença, diferenças na estrutura familiar, aculturação e conflito intergeracional.

Pode constituir um entrave em diferentes momentos que passa pelas marcações de consultas e de exames, a leitura e interpretação de documentos, a marcação de uma consulta, a compreensão de receitas, ou de tratamentos, a realização de exames complementares, ou mesmo na adesão terapêutica.

As barreiras linguísticas podem funcionar igualmente como fontes de tensão causando problemas físicos e psicológicos que condicionam a adaptação e a integração à nova sociedade (Padilla, 2013). Para além disso existem receios, tabus, medos, desconfianças que impedem uma boa comunicação entre os refugiados e profissionais de saúde, o que pode ser um fator de bloqueio na prevenção ou no tratamento de certos sintomas. “É difícil, porque temos o problema da língua, neste caso, este que teve o problema mais grave falava inglês, pronto, os médicos era mais fácil. Agora não é fácil arranjar um psicólogo que fale árabe.” E9

Em termos de problemas relacionados ao acesso aos serviços de saúde, enquanto barreiras e obstáculos, as barreiras de comunicação e da língua foram contornadas em muitas situações com ajuda de tradução, mediação via tradutores, para o acesso à saúde:

“...nós recorremos a um médico sírio, da urgência, que nos ajudou imenso, também... Foi tradutor...” E8. Estas dificuldades podem ser resolvidas por meio de intérpretes treinados, reuniões com famílias e organizações comunitárias (Annamalai, 2020): *“Os médicos também era uma situação nova que não sabiam como lidar com a situação, portanto, foi preciso acionar a tradução, a linha de tradução.”* E15

Aspectos culturais e de género: a saúde física e mental das mulheres

Surgiram, em termos culturais, algumas condicionantes de género

que tiveram de ser também contornadas e estes elementos também foram essenciais na mediação e o acesso à saúde, como por exemplo, em situações relacionadas com acesso à saúde e género, mulheres grávidas e crianças, e no acompanhamento destes aos serviços de saúde. No exemplo destes excertos de entrevistas, tiveram de ser médicas a observar estas mulheres refugiadas e o marido acompanhou a mulher para dentro do gabinete médico: *“tem que ser uma médica e não um médico, porque se for um médico, pronto, já há ali problemas culturais, ela não vai deixar ser observada por um médico.”* E15

A própria questão médica. Os exames médicos, por exemplo. Com esta família, teve que ser muito bem trabalhada. Por causa da questão cultural. A mulher entrar no gabinete sozinha. Ele ter que entrar, também, para uma médica. O fazer um Raio X, uma coisa simples... E7

No caso das mulheres refugiadas e o acesso à saúde, como refere Santinho (2016, p. 249) *“A falta de serviços de saúde adaptados às necessidades de mulheres refugiadas e às questões de género, torna-se um entrave à procura de bem-estar por parte destas mulheres asiladas em Portugal”*. Grande parte das mulheres entrevistadas pela autora (Santinho, 2016, p. 250) referia que

apesar de se sentirem fragilizadas e com vontade de ver resolvida a ansiedade em relação ao seu mal-estar, não encontravam apaziguamento na consulta do Centro de Saúde, ou por não serem ouvidas com tempo, ou por existirem barreiras linguísticas, ou ainda por terem receio de serem atendidas por um homem e não por uma mulher.

Deveria existir uma intervenção culturalmente adaptada e programas culturalmente apropriados que abordem os muitos desafios específicos das comunidades de refugiados, de forma a apoiar as mulheres e oferecer serviços abrangentes, assistência médica e social (Coutinho et al., 2018; Gonçalves, Matos, 2016). Seria necessário haver um atendimento de saúde otimizado de profissionais treinados em questões específicas para esta população (Gonçalves, Matos, 2016; Pussetti, 2009). Uma outra solução passaria também por recorrer a profissionais de saúde e intérpretes femininas para estarem na linha de frente com este

grupo de mulheres (Annamalai, 2019).

Os riscos corridos pelas mulheres imigrantes, e em particular refugiadas, nestes contextos são muito elevados, sendo um dos grupos mais expostos ao sofrimento contínuo. Frequentemente, expostas à violência com mais gravidade do que os homens, por razões relacionadas com a desigualdade sexual no contexto dos processos migratórios, mas também expostas a desigualdades existentes tanto nos seus países de origem, como nos países de asilo. As mulheres refugiadas encontram-se assim numa situação de dupla exposição em relação à violência: enquanto refugiadas e enquanto mulheres (Farmer, 2001, Freedman e Jamal 2008, citado por Annamalai, 2020).

Em Portugal, os profissionais de saúde ainda não estão alertados para detetar as consequências da violência contra as mulheres refugiadas, num contexto de guerra, como de fuga, como na esfera doméstica, mesmo quando estas se dirigem às consultas nos centros de saúde. A violência interpessoal, que também constitui um problema de saúde física e de saúde mental grave, frequentemente escondida do olhar público, afeta um largo espectro de mulheres refugiadas (Santinho, 2012).

No caso específico de duas mulheres, uma delas grávida, cujo parceiro tem traumas e distúrbios, vivem em situações de medo, vítimas de agressividade, ansiedade, *stress* pós-traumático, tendo havido alguns pedidos de apoio psicossocial:

Ele tinha picos elevados de ansiedade, que o levavam a ter que recorrer às urgências, quer aqui no centro de saúde, quer mesmo ao nível hospitalar (...) havia agressão da parte dele, não só verbal, como também física. A mulher, ela era muito mais apagada nesse sentido, portanto, no comunicar as coisas por cultura...uma pessoa que sofria muito com a personalidade do marido E17

A prevalência de eventos traumáticos específicos muitas vezes difere de acordo com o género. A literatura internacional é unânime em considerar que as mulheres refugiadas podem ser particularmente vulneráveis à violência de género durante conflitos armados, fugas de conflitos e em campos de refugiados (Morina,

Nickerson, 2018).

É necessário enfrentar uma série de dificuldades, relacionadas com a área da saúde, de ordem psicológica, bem como jurídica e administrativa, o que requer uma equipa multidisciplinar, na qual médicos, enfermeiras, parteiras, psicólogos e pediatras são essenciais. No entanto, esta equipa para funcionar de forma eficaz necessita igualmente de um mediador cultural que se responsabilize não apenas pela tradução do idioma, mas também pela interpretação das crenças e necessidades culturais destas mulheres (Kramer, Fischer, 2019).

Conclusões

Como sabemos, os refugiados recolocados têm direito à saúde e cuidados de saúde, só que, por vezes, não basta o serviço nacional de saúde para se resolverem certas situações urgentes, e o recurso aos privados pode ser oneroso, e não estar ao alcance de muitos deles devido aos rendimentos que auferem.

Como concluem Rebelo, Abdullah e Hussein (2020) um refugiado que foge de conflitos diretos e da violência política, tentando encontrar segurança numa “sociedade humana”, imaginada e acaba por ser confrontado com um elevado risco de pobreza, vida precária e desafios psicossociais. O mesmo se passa caso permaneça a dificuldade em encontrar casa ou emprego, o que acaba por ter implicações graves na saúde física e mental dos refugiados. *“A saúde também depende da adequabilidade dos recursos sociais como a obtenção de habitação e principalmente de um trabalho, através do qual os requerentes de asilo possam sentir-se valorizados e independente”* (Santinho, 2010, p. 117-118).

Neste projeto de investigação podemos concluir que o acesso aos serviços de saúde por parte dos refugiados acolhidos através do programa de recolocação verificou-se relativamente fácil apesar de ser necessário algum apoio e acompanhamento no início e em certos casos específicos. De igual forma, o trabalho em rede e em parcerias com as entidades locais funcionou de forma eficaz e essa rede de apoio, bem como o papel dos voluntários foram essenciais, o que vai ao encontro de outros estudos que também referiram a importância das redes informais de entajuda (ERS, 2015; Padilla 2013; Santinho, 2010).

O papel da comunidade local, em particular o apoio e acom-

panhamento dos técnicos das instituições, foi fundamental para a gradual autonomização e o desbloqueio de situações de acesso aos cuidados de saúde. As instituições recorreram a estratégias formais e a estratégias alternativas com recursos da própria instituição, redes pessoais, e recurso a voluntários.

Para uma integração de sucesso, segundo Jacobsen (2001), esta é efectiva quando deixa de existir a distinção entre autóctones e refugiados ao nível de direitos e deveres, ou seja, para além de estarem livres de perigo físico, possuírem o direito à habitação, ao trabalho, ter acesso à saúde, educação e disporem de redes sociais na comunidade de acolhimento.

Para os técnicos das instituições participantes neste estudo, o processo de integração de refugiados na sociedade portuguesa, passa por nomeadamente terem direito à saúde e acesso garantido aos cuidados de saúde, e que os refugiados percebam os mecanismos de funcionamento do sistema em todas as suas vertentes, primeiro com acompanhamento e apoio, posterior e gradualmente, de forma autónoma: *“Quer o direito à saúde, (...) todo esse processo que foi feito na integração, não é?! Para terem os direitos de um cidadão português”* E17

Podemos considerar dois elementos-chave para o sucesso deste processo de integração. Por um lado, o papel dos atores envolvidos fundamental para apoio inicial, conduzindo progressivamente a uma total autonomia, à semelhança do referido por Costa, et al (2019) e Sousa et al (2021). Por outro lado, a agência dos refugiados recolocados, ou seja, a dinâmica, iniciativa dos refugiados e que contribui para que se integrem com sucesso nos países de acolhimento (Ager, 2014; Annamalai, 2020; Morina, Nickerson, 2018).

Discussão, reflexão e recomendações

Vimos que existem lacunas no SNS em matéria de necessidades específicas de algumas especialidades médicas, para a população em geral e para esta população em particular. Apesar do acesso aos cuidados de saúde ser protegido pela lei de asilo, não existem programas concretos no domínio da saúde, adequados às necessidades específicas dos refugiados por parte do SNS. Também, das instituições parceiras houve algumas situações que foram resolvidas por via de contactos pessoais, com recurso à ajuda de médicos do setor privado.

Embora haja respostas no acesso aos serviços e cuidados de

saúde, estas não se adequam às necessidades sociais e de saúde, concretas de alguns refugiados (Santinho, 2016). São necessárias estruturas específicas e adequadas à saúde mental dos refugiados, enquanto serviços disponíveis a este público, bem como programas concretos no domínio da saúde, adequados às suas necessidades específicas.

Recomenda-se um maior investimento no acesso à saúde, sobretudo nas situações que carecem de acompanhamento de médicos especialistas e acesso às especialidades no sistema de saúde público, e um maior reforço nas respostas ao nível da saúde mental.

O processo de integração de refugiados engloba a saúde, que se manifesta em todos os níveis. A saúde transcende a doença em si e abarca um leque alargado de situações, desde a promoção da saúde, prevenção da doença, o acesso aos serviços e cuidados de saúde, o tratamento e a reabilitação, assim como também a acessibilidade linguística, cultural e material (Padilla, 2013). A patologia e sofrimento dos refugiados é sobretudo ao nível da saúde mental, causados tanto pelos traumas vividos no passado, como pela ansiedade face ao momento presente (Morina, Nickerson, 2018; Santinho, 2016).

Tal como afirma Farmer (2003, 2008 conforme citado por Santinho, 2016, p. 89) *“uma das formas mais efetivas de garantir os direitos humanos, é através do enfoque na saúde, como um dos lugares a partir dos quais se podem centrar também os direitos sociais e económicos”*.

Para tal, e como garantia é necessário que haja uma boa preparação prévia, o trabalho em rede e em parceria, o conhecimento de quem vai chegar, uma resposta adequada das autoridades, da sociedade civil. Por outro lado, é necessária uma maior e melhor preparação prévia dos refugiados quanto às condições que encontrarão no país de acolhimento. Ou seja, é necessário informar antecipadamente os refugiados sobre o contexto e a realidade que vão encontrar. É fundamental que no terreno sejam disponibilizadas condições reais adequadas ao perfil dos refugiados acolhidos.

Os refugiados acolhidos ao abrigo dos programas de reinstalação e recolocação são particularmente vulneráveis. Sabemos que estão sujeitos ao direito comum, mas dada a sua grande vulnerabilidade ligada, em particular, à sua trajectória de fuga, as suas

necessidades médicas devem ser antecipadas antes da sua chegada, obtendo informações com a maior antecedência possível sobre o seu estado de saúde (Gouvernement, 2018).

Esta planificação e antecipação pode ser pensada na lógica da recolocação e da reinstalação de refugiados, mas não podemos esquecer os refugiados espontâneos, que se inscrevem numa lógica diferente.

É imprescindível um acompanhamento sistemático e estruturado para a integração nos mecanismos de funcionamento do sistema de saúde, através de uma rede de mediadores interculturais e intérpretes. É muito importante que os serviços tenham em conta a diversidade e a diferença cultural e saibam como estas se podem reflectir nas necessidades das pessoas e nas respostas das instituições. No entanto, sabemos que é complicado ou quase impossível haver estruturas específicas de intervenção somente para os refugiados, porque são um grupo heterogéneo.

Os prestadores de cuidados de saúde mais flexíveis e sensíveis às necessidades interculturais serão mais eficazes, assim como a aposta na formação dos mesmos na área das competências culturais. O conceito de humildade cultural enfatiza uma atitude de abertura ao invés de conhecimento de outras culturas. É necessário desenvolverem uma autoconsciência cultural e aprender algumas habilidades específicas, como trabalhar com intérpretes (Annamalai, 2020).

Reis et al. (2018; 2020) analisam a importância da mediação intercultural que estabelece uma ponte entre populações imigrantes e os profissionais de saúde. A figura do mediador, enquanto elo facilitador da comunicação entre imigrantes ou refugiados e os profissionais de saúde, favorece a relação entre as partes, promove a ponte necessária, quando os profissionais de saúde se deparam com indivíduos provindos de um contexto sociocultural diferente do que lhes é familiar.

Recomenda-se que haja apoio com a tradução, mediação linguística via tradução para ultrapassar a barreira da língua. Pensamos que existe a necessidade de criação de uma rede estruturada de mediadores interculturais, e de intérpretes, para fazer o acompanhamento sistemático dos refugiados recolocados, e um ajustamento das estruturas de saúde, para acolhimento de pessoas de origens culturais diferentes.

Referências

- Ager, A. (2014). Health and forced migration, in Fiddian-Qasmiyeh E.; Loescher G; Long K.; Sigona N. (ed.), *The Oxford handbook of refugee and forced migration studies* http://www.mrcg.ac.in/RLS_Migration/Reading_List/Module_F/5.%20Oxford%20handbook.pdf
- Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR) (2013). Um Novo Começo: Integração de Refugiados na Europa. <https://www.refworld.org/docid/522980604.html>
- Annamalai A., (Editor) (2020). *Refugee Health Care-An Essential Medical Guide*. Springer Nature Switzerland AG. <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-030-47668-7>
- Castles, S., Korac, M., Vasta, E. Vertovec, V. (2002). Integration: Mapping the Field, Home Office Online Report 28/03. Londres: Home Office. <https://forcedmigrationguide.pbworks.com/w/page/7447907/Integration%3A%20Mapping%20the%20Field>
- Constituição da República Portuguesa Decreto de aprovação da Constituição - Diário da República n. 86/1976, Série I de 1976-04-10, artigo 64 <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/decreto-aprovacao-constituicao/1976-34520775-49467775>
- Costa, P., Sousa, L., Bäckström, B., Magano, O. & Albuquerque, R. (2019). O acolhimento de refugiados recolocados em Portugal: a intervenção das instituições locais. In A. M. C. e Silva, I. Macedo & S. Cunha (ed.), *Livro de atas do II Congresso Internacional de Mediação Social: a Europa como espaço de diálogo intercultural e de mediação* (pp. 113-133). Braga: CECS - Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade. http://www.lasics.uminho.pt/ojs/index.php/cecs_ebooks/article/view/3021
- Coutinho, E.C., Rodrigues, E.C., Carvalho, A.C. e Parreira, V.C. (2018). A Competência Cultural em Enfermagem e a Mediação Intercultural preventiva. *Revista Migrações - Número Temático Mediação Intercultural, Observatório das Migrações* (OM), dezembro 2018, (15) ACM, 66-81. https://www.om.acm.gov.pt/documents/58428/709083/PAG_66-81_EMILIA+COUTINHO.PDF/614bbf39-c81b-4961-8086-

- Direcção-Geral da Saúde, Ministério da Saúde (2009). Acesso dos Imigrantes ao Serviço Nacional de Saúde. Circular Informativa nº 12/DQS/ DMD/2009. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/circular-informativa-n-12dqsdmd-de-07052009-pdf.aspx>
- Diário da Republica, 2ª série, nº 286, 12 de dezembro de 2001, p. 20 597-20598, Despacho nº 25360/2001 (2.a série). <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/25360-2001-3622857>
- Diário da Republica, 1ª série B, N.º 14 — 17 de Janeiro de 2001, ministérios da administração interna e da saúde, Portaria n.º 30/2001 de 17 de Janeiro, p. 249. https://www.comillas.edu/images/Portaria_302001.pdf
- Diário da República, 1.ª série — N.º 178 — 15 de setembro de 2008, ministérios da administração interna e da saúde, Portaria n.º 1042/2008 de 15 de setembro, p. 6706. <https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/1042-2008-453854>
- Direção Geral de Saúde. Ministério da Saúde (2020) covid-19: fase de mitigação. Migrantes e Refugiados. Circular informativa nº 010/2020, de 08/05/2020. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/informacoes/informacao-n-0102020-de-08052020-pdf.aspx>
- Direcção Geral de Saúde. Ministério da Saúde e ACSS. Ministério da Saúde (2016). Acesso dos requerentes de asilo e beneficiário de proteção internacional ao Serviço nacional de Saúde. refugiados. Circular Informativa Conjunta n.º 13/2016/CD/ACSS, de 12/5/2016. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/acolhimento-de-requirentes-de-asilo-e-refugiados.aspx>
- Direcção Geral de Saúde. Ministério da Saúde (2015). Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. Acolhimento de refugiados: Alimentação e necessidades nutricionais em situações de Emergência. <https://nutrimento.pt/activeapp/wp-content/uploads/2015/12/Acolhimento-de-refugiados-manual-PNPAS.pdf>
- Entidade Reguladora da Saúde (ERS) (2015). Acesso a cuidados de saúde por imigrantes. <https://www.ers.pt/uploads/wri->

[ter file/document/1480/Estudo ERS - Acesso a Cuidados de Saude por Imigrantes v2 .pdf](#)

Farmer, P. (2001). *Infections and Inequalities: The Modern Plagues*, University of California Press.

Ferreira, A. (2017). Integração dos refugiados nos cuidados Primários de saúde. Projecto de investigação. Área científica de medicina geral e familiar. Mestrado integrado em medicina – trabalho final. Faculdade de medicina da faculdade de Coimbra. Disponível em <https://eg.uc.pt/bitstream/10316/82730/1/Ana%20Rita%20Ferreira%20-%20Tese%20Final.pdf>

Gonçalves, M., Matos, M. (2016). Cultural Competence in Intervention with Immigrants: A Comparative Analysis Between Health Professionals, Social Workers and Police Officers. *Acta Médica Portuguesa*, [S.l.], 29(10), 629-638. ISSN 1646-0758. <https://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/7121>

Gouvernement - Délégation interministérielle à l'accueil et à l'intégration des réfugiés (2018) Stratégie nationale pour l'accueil et l'intégration des personnes réfugiées. <https://www.gouvernement.fr/strategie-nationale-pour-l-accueil-et-l-integration-des-personnes-refugiees-l-acces-au-logement>

Grupo de Trabalho da Agenda Europeia das Migrações -GTAEM (2016). Acolhimento e integração de refugiados. Manual de procedimentos para as entidades de acolhimento. *Alto Comissariado para as Migrações*. https://www.acm.gov.pt/documentos/10181/47480/manual_procedimentos_feinnt.pdf/e345b-07f-de8a-4dbf-b68a-9613caa8ce8d

Jacobsen, Karen (2001). The forgotten solution: local integration for refugees in developing countries Fletcher School of Law & Diplomacy and Feinstein International Famine Center, Tufts University, USA, working paper n.º45. <https://www.unhcr.org/research/working/3b7d24059/forgotten-solution-local-integration-refugees-developing-countries-karen.html>

Kramer, A., Fischer, F. (2019). *Migration, Minorities and Modernity, Refugee Migration and Health. Challenges for Germany and Europe*. Springer International Publishing. <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-030-03155-8>

- Lebano, A., Hamed, S., Bradby, H. et al. (2020). Migrants' and refugees' health status and healthcare in Europe: a scoping literature review. *BMC Public Health*, 20(1), 1039. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08749-8>
- Lei n.º 27/2008 - Diário da República n.º 124/2008, Série I de 2008-06-30. As condições e procedimentos de concessão de asilo ou protecção subsidiária e os estatutos de requerente de asilo, de refugiado e de protecção subsidiária. <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/lei/2008-74902145>
- Lei nº 26/2014- Diário da República n.º 85/2014, Série I de 2014-05-05, páginas 2606 – 2637. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/26-2014-25343767>.
- Morina, N; Nickerson, A., (2018). *Mental Health of Refugee and Conflict-Affected Populations- Theory, Research and Clinical Practice*. Springer International Publishing. <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-319-97046-2?noAccess=true>
- OECD (2019). *Finding their way: the integration of refugees in Portugal*. OECD Publishing: Paris. <https://www.oecd.org/els/mig/finding-their-way-the-integration-of-refugees-in-portugal.pdf>
- Oliveira, C.R. (2020). Entrada, Acolhimento e Integração de Requerentes e Beneficiários de Protecção Internacional em Portugal, Caderno Estatístico Temático #3, *Coleção Imigração em Números do OM*, ACM. <https://www.om.acm.gov.pt/documents/58428/440932/Relatorio-Asilo-2020-OM.pdf/9f22513a-46ff-4f4b-a292-93347463d71c>
- Oliveira, C.R. (2021). Requerentes e Beneficiários de Protecção Internacional em Portugal: Relatório Estatístico do Asilo 2021, *Coleção Imigração em Números do OM*, ACM. <https://www.om.acm.gov.pt/documents/58428/1489887/Relat%C3%B3rio+Asilo+2021+OM.pdf/7110ed6d-c02c-498d-bd-01-bd19d8418717>
- Padilla, B. (2013). Saúde dos imigrantes: multidimensionalidade, Desigualdades e acessibilidade em Portugal. *Rev. Internacional de Mobilidade Humana.*, Brasília, Ano XXI(40), 49-68. <https://www.redalyc.org/pdf/4070/407042017004.pdf>
- Priebe S, Giacco D, El-Nagib R. (2016). Public Health Aspects of Mental Health Among Migrants and Refugees: A Review

of the Evidence on Mental Health Care for Refugees, Asylum Seekers and Irregular Migrants in the WHO European Region. WHO Regional Office for Europe. Health Evidence Network Synthesis Report, No. 47. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK391045/>

Pussetti, C. (ed) (2009). Migrantes e Saúde Mental: a construção da competência cultural, *Estudo 33 da Coleção de Estudos do Observatório da Imigração*, OI, ACIDI, Lisboa. https://www.om.acm.gov.pt/documents/58428/177157/OI_33.pdf/dd8920c5-2d49-44d2-90a0-73d178a6a39d

Rebelo, D., Abdullah, A., Hussein, M. (2020). Solidarity with refugees in Portugal: a collaborative research. *Community Psychology in Global Perspective. CPGP, Comm. Psych. Glob. Persp.*, 6(1), 36–51. <http://siba-ese.unisalento.it/index.php/cpgp/article/view/20471>

Rechel, B., Mladovsky, P., Devillé, W., Rijks, B., Petrova-Benedict, R., McKee, M. (2011). Migration and health in the European Union. *The European Observatory on Health Systems and Policies*. Maidenhead: Open University Press. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/161560/e96458.pdf

Reis, A., Spínola, A., Bäckström, B., Chaves, C., Santiago, C., Santinho, C., Coutinho, E., Quintela, MM., Karimo, N., Dénis, T. (2018). Projeto Meios: Da estratégia aos resultados preliminares identificados em contextos de cuidados de saúde. *Revista da UIIPS – Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*, VI(2), 13-19, ISBN: 2182-9608. <https://revistas.rcaap.pt/uiips/article/view/16125>

Reis, A., Spínola, A., Chaves, C., Santiago, C., Coutinho, E., Karimo, N., Dénis, T. (2020). Mediação intercultural em contextos de cuidados de saúde – Projeto Meios, *Revista da UIIPS – Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*, 8(1), 3-16, ISBN: 2182-9608. <https://revistas.rcaap.pt/uiips/article/view/19873>

Ribeiro, M. J. Fernandes (2017). Políticas de acolhimento de refugiados recolocados em Portugal. ISCTE-IUL, 2017. *Dissertação de mestrado*. [www:<http://hdl.handle.net/10071/14993>](http://hdl.handle.net/10071/14993).

Santinho, C. (coord.) (2010). Quando Não existe Uma Segunda Casa: Saúde dos Refugiados e Requerentes de Asilo Numa Perspec-

tiva de Vulnerabilidade, Lisboa, *Fundação Calouste Gulbenkian*. https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/5921/1/Projecto_Estudo_Quando%20nao%20existe%20uma%20segunda%20casa.pdf

Santinho, M.C. (2012). A importância da competência cultural no atendimento de saúde a refugiados e requerentes de asilo. *Forum Sociológico* [Online], 22. <http://journals.openedition.org/sociologico/594>

Santinho, M.C. (2016). Refugiados e requerentes de asilo em Portugal: Contornos Políticos no Campo da Saúde de Maria Cristina Santinho. *Coleção teses, Tese 48, Observatório das Migrações, Alto Comissariado para as Migrações*. https://www.om.acm.gov.pt/documents/58428/179891/Tese48_paginacao_06_lr.pdf/700654fe-64e8-401d-9d8d-3b13b2da125c

Schick, M., Zumwald, A., Knöpfli, B., Nickerson, A., Bryant, R. A., Schnyder, U., Müller, J., & Morina, N. (2016). Challenging future, challenging past: the relationship of social integration and psychological impairment in traumatized refugees. *European journal of psychotraumatology*, 7, 28057. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v7.28057>

Solano, G., Huddleston, T. (2020). Migrant Integration Policy Index 2020. ISBN: 978-84-92511-83-9. <https://www.migpolgroup.com/wp-content/uploads/2021/02/Solano-Giacomo-Huddleston-Thomas-2020-Migrant-Integration-Policy-Index-2020.pdf>

Sousa, L., Costa, P., Albuquerque, S., Magano, O. e Bäckström, B. (2021). Integração de Refugiados em Portugal: o papel e práticas das instituições de acolhimento. *Coleção de Estudos - Observatório das Migrações, Vol. 68*. Observatório das Migrações/ACM. – 1ª ed. –ISBN: 978-989-685-115-6. <https://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/10711>

WHO/Europe (2017). Migration and health - Migrant populations, including children, at higher risk of mental health disorders. <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/migration-and-health/news/news/2017/04/migrant-populations,-including-children,-at-higher-risk-of-mental-health-disorders>

WHO (2020). Basic Documents, Forty-ninth edition Including amendments adopted up to 31 May 2019. https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf