



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

LEANDRO XAVIER DE SOUSA SILVA

**AS CARACTERÍSTICAS DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE POR
MULHERES REFUGIADAS EM SEU PERÍODO GRAVÍDICO-PUERPERAL:
REVISÃO INTEGRATIVA**

Brasília-DF

2020

AS CARACTERÍSTICAS DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE POR MULHERES REFUGIADAS EM SEU PERÍODO GRAVÍDICO-PUERPERAL: REVISÃO INTEGRATIVA¹

RESUMO

Introdução: mulheres refugiadas no ciclo gravídico-puerperal passam por diversos desafios quando necessitam de assistência à saúde. **Objetivo:** identificar as características do acesso aos serviços de saúde por mulheres refugiadas em seu ciclo gravídico-puerperal. **Método:** revisão integrativa da literatura, cujas buscas foram conduzidas nas bases de dados PUBMED, LILACS e CINAHL e resultaram em 134 referências após exclusão das duplicatas. **Resultados:** foram selecionados 15 estudos para compor a amostra conforme os critérios estabelecidos. Da análise dos estudos emergiram duas temáticas: barreiras de acesso às ações e serviços de saúde pelas mulheres refugiadas em seu ciclo gravídico-puerperal e estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde para oferta de cuidados. **Conclusão:** tendo em vista as barreiras de acesso identificadas, aponta-se a necessidade de estabelecimento de políticas públicas para essa população específica e que favoreçam o acesso a assistência à saúde no âmbito mundial.

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

ABSTRACT

Background: refugee women in the pregnancy-puerperal cycle go through several challenges to access health assistance. **Objective:** to identify the main characteristics of access to health services by refugee women in their pregnancy-puerperal cycle. **Method:** integrative literature review, whose searches were conducted in the PUBMED, LILACS and CINAHL databases and resulted in 134 references after excluding duplicates. **Results:** 15 studies were selected to compose the sample according to the criteria considered. Two themes emerged from the analysis of the studies: barriers to access to health actions and services by refugee women in their pregnancy-puerperal cycle and strategies used by health professionals to offer care to this population. **Conclusion:** due to the barriers identified for access to the health, the need to establish public policies for this specific population is pointed out and it may favour access to the health care worldwide.

Key words: Refugee; Pregnant; Health Services; Access to Health Services.

¹Trabalho de Conclusão de Curso do aluno Leandro Xavier de Sousa Silva, orientado pelo Prof. Paulo Henrique Fernandes dos Santos e co-orientado pela Prof. Lara Mabelle Milfont Boeckmann – Departamento de Enfermagem / UnB. O manuscrito foi formatado de acordo com as normas de uma Revista Científica.

INTRODUÇÃO

Estima-se que em 2017, 65,5 milhões de pessoas se refugiaram em outro país por motivos de guerras, conflitos e/ou perseguições(BRAGA BEZERRA; MARTINS BORGES; PEREIRA CUNHA, 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).

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 serviços básicos da sociedade(SERPA; FÉLIX, 2018).

Ao expandir o olhar para um contexto mundial, precisa-se ter em mente que a necessidade de refúgio diversas vezes ocorre devido a questões religiosas, multiculturalismo, ascensão de partidos fundamentalistas e que a recepção dessas refugiadas acarreta em adequações dos recursos nacionais e desafios financeiros(BALAAM et al., 2016).

Há tempos se pensa nos direitos da população 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 (ONU) se comprometem a cumpri-lo(UNITED NATIONS, 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(UNIDAS, 1967).

No tocante ao acesso dos serviços de saúde, as mulheres refugiadas enfrentam desafios variados. Em um estudo sobre o aspecto da saúde reprodutiva em terras africanas, refugiadas declararam que sofrem xenofobia, encontram dificuldades comunicacionais e outras divergências culturais, 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 ocorrendo como consequência a saturação dos serviços de saúde prestados aos nativos(TATAH et al., 2016). 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).

Um estudo realizado em solo canadense revelou que gestantes sírias em situação de refúgio não falavam sobre questões psicossociais em suas consultas devido ao estigma pejorativo que a depressão possui em sua cultura e ao receio da ausência do sigilo profissional. Entretanto, percebeu-se que 58,3% delas possuía depressão(AHMED; BOWEN; FENG, 2017). Sabe-se que a depressão pós-parto é uma condição amplamente conhecida e preocupante. Uma pesquisa realizada em Portugal definiu que numa amostra de 857 puérperas, 10,6% apresentou diagnóstico de depressão materna. Apesar da extrema relevância dos cuidados em saúde mental, a população refugiada segue, por diversas vezes, sem a atenção necessária(FERREIRA et al., 2018).

Justifica-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, tendo em vista o cenário de desigualdades apresentado. Decidiu-se volver o olhar para o contexto mundial, pois há uma lacuna de que versem sobre essa temática em âmbito nacional.

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

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa 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 científicos; iv) análise criteriosa dos estudos selecionados; v) classificação dos estudos; vi) interpretação dos resultados

apresentação dos dados encontrados no formato de revisão integrativa(MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Considerando a primeira etapa da revisão, foi utilizada a estratégia PCC (População, Conceito, Contexto) para definir a pergunta de pesquisa a seguir: “Quais são as características do acesso aos serviços de saúde por mulheres refugiadas em seu período gravídico-puerperal?”, onde P: Mulheres refugiadas em seu período gravídico-puerperal; C: Características do acesso; C: Serviços de Saúde(INSTITUTE, 2020). Cabe ressaltar que foi adotada a definição que aborda acesso como a forma como os usuários percebem a acessibilidade aos serviços de saúde, ou seja, como os usuários experimentam essa característica 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, sem delimitação de intervalo de tempo, que versam sobre as características do acesso aos serviços de saúde por mulheres refugiadas em seu período gravídico-puerperal no contexto mundial. Foram excluídos estudos de revisão da literatura, relatos de caso/relatos de experiência, editoriais, anais de congressos, protocolos, guias, entrevistas e artigos em outros idiomas.

Em seguida, na terceira etapa, selecionaram as bases de dados para proceder com as buscas: *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*. Os descritores selecionados foram: “*health services*”, “*refugee*” e “*pregnant women*”. 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 26/04/2020.

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

Base de dado	Estratégia de busca
PUBMED	("health services"[MeSH Terms] OR "health services"[All Fields]) AND ("refugees"[MeSH Terms] OR Refugees[All Fields]) AND ("pregnant women"[MeSH Terms] OR Pregnant Women[All Fields])
CINAHL	"health services" AND "refugees" AND "pregnant women"

LILACS	<i>“Health Services” OR “Servicios de Salud” OR “Serviços de Saúde” AND “Refugees” OR “Refugiados” OR “Refugiados” AND “Pregnant Women” OR “Mujeres Embarazadas” OR “Gestantes”</i>
--------	---

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

A quarta etapa da revisão consistiu em: exportação dos artigos das bases de dados para o gerenciador de referências *EndNote Web* e exclusão das duplicatas; exportação dos artigos para a ferramenta *Rayyan*, para a leitura e seleção de títulos e resumos em duplo cego pelo revisor 1 (sigla do nome: LXSS) e revisor 2 (sigla do nome: PHFS). Posteriormente houve a resolução dos conflitos; leitura na íntegra, análise criteriosa e seleção dos artigos em duplo cego pelo revisor 1 e revisor 2, seguidas da resolução dos conflitos, resultando na amostra final de artigos da revisão.

Após seleção dos artigos, os dados foram coletados utilizando um instrumento adaptado (CARVALHO, 2010), priorizando as variáveis: autor(es), ano de publicação, país, participantes, natureza do estudo, nível de evidência, principais resultados que respondessem a 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) (CARVALHO, 2010)

Em seguida, na sexta etapa, foi realizada interpretação dos dados e apresentação dos resultados.

RESULTADOS

Inicialmente foram identificadas 134 referências distribuídas nas três bases de dados, após remoção das duplicatas. As etapas de seleção, descritas na Figura 1, resultaram na seleção de 15 artigos para compor a amostra da revisão integrativa.

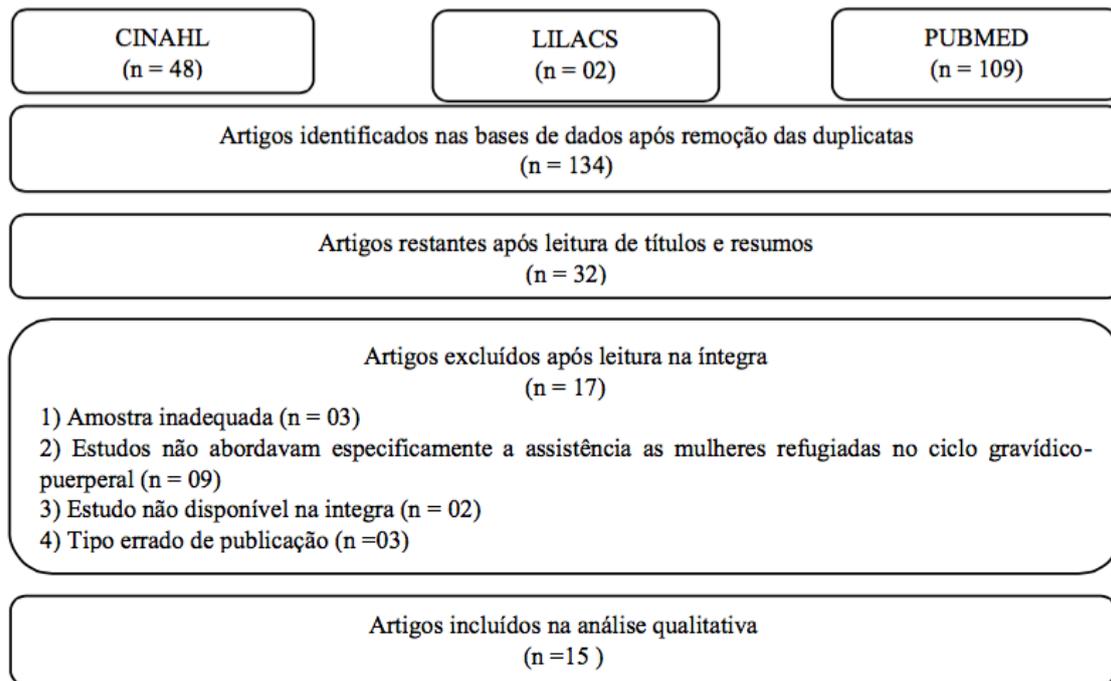


Figura 1 – Fluxograma dos artigos selecionados, a partir dos critérios de inclusão e exclusão.
Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Em relação aos locais da realização das pesquisas, observou-se estudos publicados de 1996 a 2020, realizados nos continentes: americano (Canadá e Estados Unidos), africano (Etiópia e Quênia), asiático (Líbano e Tailândia), europeu (Alemanha) e oceania (Austrália).

Em relação aos aspectos metodológicos, a amostra dos estudos foi composta por mulheres refugiadas em seu período gravídico-puerperal e por profissionais da saúde, tinham abordagem qualitativa (46,6%), quali-quantitativa (20%) ou quantitativa (33,4%), e todos com nível de evidência nível 4.

Na análise qualitativa dos artigos observou-se duas temáticas em evidência: i) barreiras encontradas pelas mulheres refugiadas no período gravídico-puerperal no acesso às ações e serviços de saúde e ii) estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde para oferecerem cuidado à essa população; sendo as duas temáticas alinhadas à pergunta norteadora da presente revisão integrativa.

As principais características e 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, 2020.

Autor(es)/ Ano	País (Continente)	Participantes	Natureza do estudo	Principais características do acesso aos serviços de saúde por mulheres refugiadas em seu período gravídico-puerperal
Khler LR, Sobota CM, Hines CK, 1996 (KAHLER et al., 1996)	EUA (América do Norte)	Mulheres refugiadas	Quantitativo	Das entrevistadas, 83% relatou não ter visto um médico para averiguar suas questões de saúde durante a gestação. Sintomas depressivos foram altamente constatados na presente amostra. O Departamento de Cidadania e Imigração Canadense preconiza que todos os refugiados tenham acesso a raios-x e assistência médica no Canadá.
Odero W, Otieno-Nyunya B, 2001 (ODERO; OTIENO-NYUNYA, 2001)	Quênia (África)	Mulheres refugiadas e não-refugiadas	Quantitativo	Dentre as refugiadas percebeu-se uma maior taxa de pré-eclâmpsia, apresentação pélvica e atonia uterina quando comparadas às nativas. Houve maior sofrimento fetal em partos de gestantes refugiadas quando comparadas às nativas. Numa amostra de 11.910 gestantes, a taxa de cesariana entre os anos de 1996 e 1999 foi maior comparada a das nativas.
Correa-Velez I, Ryan J, 2012 (CORREA-VELEZ; RYAN, 2012)	Austrália (Oceania)	Mulheres refugiadas e profissionais de saúde	Qualitativo	As mulheres apontaram que materiais informativos traduzidos são insuficientes pois muitas delas são analfabetas e que as informações oferecidas pareciam ser incompletas, gerando insegurança na hora do parto. Uma política para a combate à circuncisão feminina foi elaborada no hospital com foco nas mulheres grávidas refugiadas africanas.
Kabakian-Khasholian T, Shayboub R, El-Kak F, 2013(KABAKIAN-KHASHOLIAN; SHAYBOUB; EL-KAK, 2013)	Líbano (Ásia)	Mulheres refugiadas	Quali-quantitativo	Das entrevistas, 58,1% afirmou não conseguir atendimento médico durante o deslocamento; 58,9% relatou não ter apoio social. Inferiu-se também que mulheres que enfrentavam intercorrências em saúde tinham três vezes mais chances de acessar os serviços de saúde após o deslocamento.
Wilson-Mitchell K, Rummens JA, 2013 (WILSON-MITCHEL; RUMMENS, 2013)	Canadá (América do Norte)	Mulheres refugiadas e não refugiadas	Quantitativo	As gestantes não seguradas procuraram os serviços de obstetrixes significativamente mais do que as seguradas, 36,3% versus 4,0%; 6,5% das mulheres não seguradas não receberam atendimento pré-natal. Por outro lado, todas as mulheres seguradas receberam atendimento.
Owens C, Dandy J, Hancock P, 2016 (OWENS; DANDY; HANCOCK, 2016)	Austrália (Oceania)	Mulheres refugiadas	Qualitativo	A maioria das entrevistadas não possuía suporte social durante a gestação e tinha dificuldades em relação aos meios de transporte para chegar nas consultas (algumas acessavam quatro ônibus para chegar ao serviço de saúde). Nenhuma das mulheres sem fluência em inglês foram acompanhadas por intérprete na hora do parto.
Riggs E, Yelland J,	Austrália	Mulheres e	Qualitativo	As crenças de saúde, o medo de tratamento

Shankumar R, Kilpatrick N, 2016. (RIGGS et al., 2020)	(Oceania)	homens refugiados, profissionais de saúde		odontológico e as mensagens confusas dos profissionais de saúde constituíam barreiras significativas para a busca de atendimento odontológico durante a gravidez. Os dentistas relataram que as mulheres grávidas raramente compareciam ao serviço para fazer um check-up. Muitas participantes disseram ter recebido cartas de serviços odontológicos em inglês e não conseguiram lê-las. As obstetrias que prestaram atendimento as mulheres, em nenhum momento da gravidez ou pós-parto discutiam a saúde bucal materna.
Banks T, Khang J, 2016(BANKS et al., 2016)	Tailândia (Ásia)	Mulheres refugiadas	Quantitativo	As gestantes refugiadas tinham acesso à testagem de Hepatite B. De uma amostra de 511 mulheres 8,2% delas testaram positivo para Hepatite B.
Foster AM, Arnott G, Hobstetter M, 2017(FOSTER; ARNOTT; HOBSTETTER, 2017)	Tailândia (Ásia)	Mulheres refugiadas e profissionais de saúde	Qualitativo	Houve a elaboração de um Programa de Oferta de Misoprostol para refugiadas, residentes na Tailândia que desejavam interromper a gestação. Devido à dedicação da equipe e a eficácia do medicamento escolhido, 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%.
Ahmed A, Bowen A, Feng CX; 2017(AHMED; BOWEN; FENG, 2017)	Canadá (América do Norte)	Mulheres refugiadas	Quanti- Qualitativo	As dificuldades linguísticas se apresentaram como um entrave para o acesso aos serviços de saúde pelas gestantes refugiadas no Canadá. Este fator, a falta de apoio social e as dificuldades econômicas impactam severamente a saúde mental deste contingente populacional.
Winn A, Hetherington E, Tough S, 2018 (WINN; HETHERINGTON; TOUGH, 2018)	Canadá (América do Norte)	Profissionais de saúde	Qualitativo	Entre as estratégias utilizadas pelos profissionais para otimização do acesso aos serviços de saúde por gestantes refugiadas evidenciou-se: o 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; Os profissionais de saúde coordenam ultrassonografias e consultas especializadas, além de acompanhar as pacientes após cada consulta para garantir que as informações sejam transmitidas corretamente a elas.
Getachew M, Abay M, Zelalem H, Gebremedhin T, Grum T, Bayray A, 2018(GETACHEW et al., 2018)	Etiópia (África)	Mulheres refugiadas	Quanti- qualitativo	A ausência de informações sobre a importância da suplementação de ácido fólico durante a gravidez foi associada negativamente à adesão do tratamento pelas refugiadas. Quanto mais visitas de pré-natal eram realizadas, maior era a adesão à suplementação com ácido fólico.
Abdin L.; 2018	Libano (Ásia)	Mulheres refugiadas	Qualitativo	As grávidas tiveram dificuldade de acesso ao serviço pré-natal. Algumas delas sofreram

(ABDIN, 2018)				destrato dos médicos e enfermeiros e outras só procuravam os serviços de saúde se pensassem que algo estava errado. As “clínicas móveis”, financiadas pelo Governo e por Organizações não-governamentais, têm sido utilizadas para atender essa população refugiada que se desloca da Síria para o Líbano; essas clínicas são compostas por equipe multiprofissional e têm alcance de zonas rurais. O sistema de saúde libanês não é prontamente acessível às grávidas refugiadas devido aos altos custos e os hospitais públicos estão sobrecarregados.
Malebranche M, et al, 2020 (MALEBRANCHE et al., 2020)	Canadá (América do Norte)	Mulheres refugiadas e bebês	Quantitativo,	As gestantes requerentes de asilo levaram um tempo maior para buscar atendimento médico quando em comparação com as refugiadas e estavam mais suscetíveis a receber cuidado pré-natal inadequado.
Henry J, Beruf C, Fischer T, 2020 (HENRY; BERUF; FISCHER, 2020)	Alemanha (Europa)	Mulheres refugiadas	Qualitativo	As grávidas relataram que a limitação de gratuidade a três ultrassons pelo seguro de saúde estatutário é uma falha nos cuidados médicos prestados às refugiadas na Alemanha. A combinação de baixa alfabetização em saúde, experiências ruins de pré-migração, informações insuficientes sobre o tempo adequado para comparecer a um hospital e a carência de uma rede social adequada teve como consequência a procura por atendimento de forma tardia pelas gestantes.

DISCUSSÃO

Os resultados da revisão integrativa revelaram barreiras encontradas pelas mulheres refugiadas no período gravídico-puerperal no acesso às ações e serviços de saúde, bem como estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde para oferecerem cuidado à essa população.

O acesso ao atendimento no ciclo gravídico-puerperal é um desafio para grande parte das mulheres em situação de refúgio. Um dos artigos oriundo do Líbano, concluiu que numa amostra de 1.015 mulheres, 65,5% relatou não ter acesso a cuidados perinatais básicos durante o deslocamento ocasionado pela Guerra do Líbano em 2006(KABAKIAN-KHASHOLIAN; SHAYBOUB; EL-KAK, 2013).

Quanto às barreiras que dificultam o acesso, outro estudo realizado no Líbano, inferiu que há um nítido despreparo da equipe de saúde em lidar com demandas específicas das gestantes refugiadas sírias. Além da dificuldade de acesso aos serviços pré-natais, algumas delas relataram destrato por parte de médicos e enfermeiros(ABDIN, 2018).

Referente a falta de preparo dos profissionais, estudo com gestantes muçulmanas em situação de refúgio no solo canadense revelou que elas se sentiram desconfortáveis ao

perceberem que a falta de conhecimento dos membros da equipe de saúde tinha como consequência o preconceito. O uso de burca e as crenças religiosas-culturais eram vistas de forma pejorativa e as pacientes percebiam essa discriminação na fala e na expressão facial dos profissionais(REITMANOVA; GUSTAFSON, 2008), o que pode dificultar o acesso dessas mulheres aos serviços de saúde como evidenciado nesta revisão.

Uma pesquisa qualitativa realizada na Alemanha com 12 grávidas refugiadas indicou que a limitação de três ultrassons gratuitos para refugiadas era um fator de entrave para a realização de um pré-natal adequado(HENRY; BERUF; FISCHER, 2020). Já no Líbano, a sobrecarga do sistema público e o alto custo de consultas particulares se constituem como mais uma barreira para o acesso efetivo ao pré-natal seguro para as grávidas sírias(ABDIN, 2018).

Chama a atenção a disparidade constatada num estudo de auditoria feito no Canadá, concluiu-se que a cobertura de pré-natal de gestantes refugiadas era de 35%, número muito inferior à cobertura de 95% correspondente às gestantes não refugiadas(STEWART; DE SOUZA; YUDIN, 2018).

A oferta de meios de transportes para chegar aos serviços de saúde é outro fator que demanda atenção. Um estudo realizado na Austrália, parte integrante desta revisão, elucidou que em um grupo de doze mulheres refugiadas a locomoção até as consultas pré-natais era um problema recorrente. Uma das entrevistadas afirmou que necessitava acessar quatro ônibus para conseguir chegar ao local de atendimento (OWENS; DANDY; HANCOCK, 2016).

Convergente a esta situação, em uma amostra de 30 gestantes refugiadas afegãs, situadas no Irã, 43,3% delas viviam longe da unidade de saúde na qual faziam acompanhamento pré-natal. A oferta inadequada de transportes coletivos públicos era motivo de não comparecimento às consultas(DADRAS et al., 2020).

Uma pesquisa alemã, parte desta revisão, abordou o impasse comunicacional entre grávidas em situação de refúgio e profissionais de saúde. As mulheres afirmaram que os desafios em se comunicar na hora do parto e durante a realização de procedimentos médicos eram enormes(HENRY; BERUF; FISCHER, 2020).

No aspecto da comunicação, a presença de um intérprete faz toda diferença 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), o que reforça a

evidência oriunda de um dos estudos supracitados sobre a dificuldade de comunicação como barreira linguística e cultural para uma efetiva adesão à saúde dessas mulheres (RIGGS et al., 2020).

Uma pesquisa incluída na revisão ratificou a prevalência das barreiras linguísticas no contexto assistencial às gestantes em situação de refúgio. Este fator, a falta de apoio social e as dificuldades econômicas impactam severamente a saúde mental desse contingente populacional (AHMED; BOWEN; FENG, 2017).

Portanto, 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. Esta situação exige uma avaliação minuciosa e o fornecimento de cuidados obstétricos adequados, para que haja a desvinculação das experiências traumáticas anteriores (HENRY; BERUF; FISCHER, 2020).

Ressalta-se que outro estudo desta revisão inferiu que as barreiras comunicacionais/culturais, a escassez de recursos, o status legal das refugiadas e a ignorância acerca do fluxo hospitalar são fatores de entrave para uma eficaz assistência às grávidas em situação de refúgio (WINN; HETHERINGTON; TOUGH, 2018).

Em relação às estratégias utilizadas para oferecer assistência ao público em questão, frente à especificidade do contingente refugiado, um artigo libanês da presente revisão expôs que o uso de “clínicas móveis” é uma boa 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).

Um estudo realizado na Austrália, partícipe desta revisão, depreendeu que a acessibilidade necessita ser pensada com um olhar mais amplo, enquanto estratégia para alcançar essas mulheres. Africanas em situação de refúgio relataram que a tradução dos materiais diversas vezes é ineficaz, pois há um grande contingente analfabeto. Outro fator recorrente são as informações prestadas de forma incompleta pelos profissionais às gestantes africanas, causando receio e apreensão na hora de seus partos (CORREA-VELEZ; RYAN, 2012).

A correta orientação profissional é um fator de suma importância 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).

Apesar da revisão ter contemplado artigos abrangendo a realidade de mulheres em seu período gravídico-puerperal no contexto internacional, respondendo à pergunta do estudo, aponta-se como limitação a busca ter sido realizada somente em três de bases de dados, permitindo depreender que outros estudos que abordam a temática podem não ter sido contemplados no presente estudo.

CONCLUSÃO

Esta revisão permitiu identificar o acesso aos serviços de saúde por mulheres refugiadas em seu período gravídico-puerperal. Foi possível caracterizar que as barreiras de acesso aos serviços de saúde perinatal, tais como entraves comunicacionais, carência de intérpretes, falta de preparo dos profissionais de saúde, falta de suporte social e escassez de educação em saúde configuram desafios a serem superados pelas autoridades de saúde em âmbito mundial. O alcance e o tratamento de refugiadas marginalizadas, o uso de clínicas móveis e uma efetiva educação em saúde estão entre as principais estratégias para que uma melhor assistência em saúde seja ofertada a este estrato populacional.

É de suma importância que este tema de pesquisa seja mais explorado tendo em vista a escassez de estudos no âmbito nacional e a heterogeneidade da população refugiada e suas respectivas demandas. Espera-se também que as mulheres refugiadas em seu ciclo gravídico puerperal de fato tenham acesso à uma assistência em saúde, e isto só se dará através de políticas públicas específicas para esta população no âmbito mundial.

REFERÊNCIAS

- ABDIN, Lena. Challenges for pregnant syrian refugees in Lebanon. **Eastern Mediterranean Health Journal**, [S. l.], v. 24, n. 10, p. 1026–1029, 2018. DOI: 10.26719/2018.24.10.1026.
- AHMED, Asma; BOWEN, Angela; FENG, Cindy Xin. Maternal depression in Syrian refugee women recently moved to Canada: A preliminary study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, [S. l.], v. 17, n. 1, p. 1–11, 2017. DOI: 10.1186/s12884-017-1433-2.
- BALAAM, Marie Clare; KINGDON, Carol; THOMSON, Gill; FINLAYSON, Kenneth; DOWNE, Soo. “We make them feel special”: The experiences of voluntary sector workers supporting asylum seeking and refugee women during pregnancy and early motherhood.

Midwifery, [S. l.], v. 34, p. 133–140, 2016. DOI: 10.1016/j.midw.2015.12.003. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2015.12.003>.

BANKS, Tristan et al. High hepatitis B seroprevalence and risk factors for infection in pregnant women on the Thailand-Myanmar border. **Journal of Infection in Developing Countries**, [S. l.], v. 10, n. 4, p. 377–383, 2016. DOI: 10.3855/jidc.7742.

BRAGA BEZERRA, Cecília; MARTINS BORGES, Lucienne; PEREIRA CUNHA, Maiara. Filhos das fronteiras: revisão de literatura sobre imigração involuntária, infância e saúde mental. **CES Psicologia**, [S. l.], v. 12, n. 2, p. 26–40, 2019. DOI: 10.21615/cesp.12.2.3.

CARVALHO, Marcela Tavares de Souza; Michelly Dias da Silva; Rachel De. Revisão Integrativa: o que é e como fazer. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, [S. l.], v. 8, n. 1, p. 102–106, 2010. DOI: 10.1590/S1679-45082010RW1134. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n3/v12n3a14%0Ahttp://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000400002&lng=pt&tlng=pt%0Ahttp://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=pt&tlng=pt%0Ahttp://www.ncbi

CORREA-VELEZ, Ignacio; RYAN, Jennifer. Developing a best practice model of refugee maternity care. **Women and Birth**, [S. l.], v. 25, n. 1, p. 13–22, 2012. DOI: 10.1016/j.wombi.2011.01.002. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2011.01.002>.

DADRAS, Omid; TAGHIZADE, Ziba; DADRAS, Fateme; ALIZADE, Leyla; SEYEDALINAGHI, Seyedahmad; ONO-KIHARA, Masako; KIHARA, Masahiro; NAKAYAMA, Takeo. “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 and Childbirth**, [S. l.], v. 20, n. 1, p. 1–10, 2020. DOI: 10.1186/s12884-020-02969-x.

FERREIRA, Cátia; SILVA, Vanessa; GUERRA, Cláudia; SILVA, Ana Isabel; ROSÁRIO, Rafaela. Depressão pós-parto: detecção precoce e fatores associados. **Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa**, [S. l.], v. 12, n. 4, p. 262–267, 2018.

FLOYD, Annette; SAKELLARIOU, Dikaios. Healthcare access for refugee women with limited literacy: Layers of disadvantage. **International Journal for Equity in Health**, [S. l.], v. 16, n. 1, p. 1–10, 2017. DOI: 10.1186/s12939-017-0694-8.

FOSTER, Angel M.; ARNOTT, Grady; HOBSTETTER, Margaret. Community-based distribution of misoprostol for early abortion: evaluation of a program along the Thailand–Burma border. **Contraception**, [S. l.], v. 96, n. 4, p. 242–247, 2017. DOI: 10.1016/j.contraception.2017.06.006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2017.06.006>.

GETACHEW, Mekdemariam; ABAY, Mebrahtu; ZELALEM, Hiwet; GEBREMEDHIN, Tirhas; GRUM, Teklit; BAYRAY, Alemayehu. Magnitude and factors associated with adherence to Iron-folic acid supplementation among pregnant women in Eritrean refugee camps, northern Ethiopia. **BMC Pregnancy and Childbirth**, [S. l.], v. 18, n. 1, p. 1–8, 2018. DOI: 10.1186/s12884-018-1716-2.

HENRY, Julia; BERUF, Christian; FISCHER, Thomas. Access to Health Care for Pregnant Arabic-Speaking Refugee Women and Mothers in Germany. **Qualitative Health Research**, [S. l.], v. 30, n. 3, p. 437–447, 2020. DOI: 10.1177/1049732319873620.

INSTITUTE, Joanna Briggs. Manual para revisores JBI. [S. l.], n. March, 2020. Disponível

em: <https://wiki.joannabriggs.org/display/MANUAL/Job+Reviewer%27s+Manual>.

KABAKIAN-KHASHOLIAN, Tamar; SHAYBOUB, Rawan; EL-KAK, Faysal. Seeking Maternal Care at Times of Conflict: The Case of Lebanon. **Health Care for Women International**, [S. l.], v. 34, n. 5, p. 352–362, 2013. DOI: 10.1080/07399332.2012.736570.

KAHLER, Lucinda R.; SOBOTA, Catherine M.; HINES, Candace K.; GRISWOLD, Kim. Pregnant women at risk: An evaluation of the health status of refugee women in buffalo, new york. **Health Care for Women International**, [S. l.], v. 17, n. 1, p. 15–23, 1996. DOI: 10.1080/07399339609516216.

LEPPÄLÄ, Satu; LAMMINPÄÄ, Reeta; GISSLER, Mika; VEHVILÄINEN-JULKUNEN, Katri. Hindrances and facilitators in humanitarian migrants' maternity care in Finland: qualitative study applying the three delays model framework. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, [S. l.], v. 34, n. 1, p. 148–156, 2020. DOI: 10.1111/scs.12716.

MALEBRANCHE, Mary et al. Antenatal Care Utilization and Obstetric and Newborn Outcomes Among Pregnant Refugees Attending a Specialized Refugee Clinic. **Journal of Immigrant and Minority Health**, [S. l.], v. 22, n. 3, p. 467–475, 2020. DOI: 10.1007/s10903-019-00961-y. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10903-019-00961-y>.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [S. l.], v. 17, n. 4, p. 758–764, 2008. DOI: 10.1590/s0104-07072008000400018.

MUNYANEZA, Yvonne; MHLONGO, Euphemia M. Challenges of women refugees in utilising reproductive health services in public health institutions in durban, kwazulu-natal, south africa. **Health SA Gesondheid**, [S. l.], v. 24, p. 1–8, 2019. DOI: 10.4102/hsag.v24i0.1030.

ODERO, W.; OTIENO-NYUNYA, B. **Major obstetric interventions among encamped refugees and the local population in Turkana district, Kenya** *East African Medical Journal*, 2001. DOI: 10.4314/eamj.v78i12.8938.

OWENS, Collette; DANDY, Justine; HANCOCK, Peter. 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**, [S. l.], v. 29, n. 2, p. 128–137, 2016. DOI: 10.1016/j.wombi.2015.09.003. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2015.09.003>.

REITMANOVA, Sylvia; GUSTAFSON, Diana L. “They can't understand it”: Maternity health and care needs of immigrant Muslim women in St. John's, Newfoundland. **Maternal and Child Health Journal**, [S. l.], v. 12, n. 1, p. 101–111, 2008. DOI: 10.1007/s10995-007-0213-4.

RIGGS, Elisha; YELLAND, Jane; SZWARC, Josef; DUELL-PIENING, Philippa; WAHIDI, Sayed; FOULADI, Fatema; CASEY, Sue; CHESTERS, Donna; BROWN, Stephanie. Afghan families and health professionals' access to health information during and after pregnancy. **Women and Birth**, [S. l.], v. 33, n. 3, p. e209–e215, 2020. DOI: 10.1016/j.wombi.2019.04.008. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.04.008>.

SANTANA, Carmen. Humildade cultural: conceito estratégico para abordar a saúde dos refugiados no Brasil. **Cadernos de saúde pública**, [S. l.], v. 34, n. 11, p. e00098818, 2018. DOI: 10.1590/0102-311X00098818.

SERPA, Paola Flores; FÉLIX, Silva. A efetividade dos direitos humanos sociais das mulheres

refugiadas no brasil. *[S. l.]*, p. 397–412, 2018.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços de saúde**. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde.

STEWART, Emily W.; DE SOUZA, Leanne R.; YUDIN, Mark H. Access to prenatal care for pregnant refugee women in Toronto, Ontario, Canada: An audit study. **Journal of Health Care for the Poor and Underserved**, *[S. l.]*, v. 29, n. 2, p. 687–700, 2018. DOI: 10.1353/hpu.2018.0052.

TATAH, Lamed; DELBISO, Tefera Darge; RODRIGUEZ-LLANES, Jose Manuel; CUESTA, Julita Gil; GUHA-SAPIR, Debarati. Impact of refugees on local health systems: A difference-in-differences analysis in Cameroon. **PLoS ONE**, *[S. l.]*, v. 11, n. 12, p. 1–11, 2016. DOI: 10.1371/journal.pone.0168820.

UNIDAS, Organização das Nações. 1967 R. *[S. l.]*, v. 606, n. Xli, p. 5–8, 1967.

UNITED NATIONS. Convenção Relativa Ao Estatuto Dos Refugiados (1951)1. **Cultural Anthropology**, *[S. l.]*, v. 189, n. 1951, p. 1–14, 1951.

WILSON-MITCHEL, Karline; RUMMENS, Joanna Anneke. Perinatal outcomes of uninsured immigrant, refugee and migrant mothers and newborns living in Toronto, Canada. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, *[S. l.]*, v. 10, n. 6, p. 2198–2213, 2013. DOI: 10.3390/ijerph10062198.

WINN, Anika; HETHERINGTON, Erin; TOUGH, Suzanne. Caring for pregnant refugee women in a turbulent policy landscape: Perspectives of health care professionals in Calgary, Alberta. **International Journal for Equity in Health**, *[S. l.]*, v. 17, n. 1, p. 1–14, 2018. DOI: 10.1186/s12939-018-0801-5.