



**CENTRO UNIVERSITÁRIO LA SALLE**  
**Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento Humano**

**MAURÍCIO DA SILVA ROXKOW FRAGA**

**OS FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS INFECTOCONTAGIOSAS EM  
REFUGIADOS**

**CANOAS, 2020**

MAURÍCIO DA SILVA ROXKOW FRAGA

**OS FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS INFECTOCONTAGIOSAS EM  
REFUGIADOS**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento Humano do Centro Universitário La Salle Canoas, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Orientação: Prof. Dr. Alexandre Ramos Lazzarotto

CANOAS, 2020

MAURÍCIO DA SILVA ROXKOW FRAGA

## Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

F811f Fraga, Maurício da Silva Roxkow.

Os fatores de risco para doenças infectocontagiosas em refugiados [manuscrito] / Maurício da Silva Roxkow Fraga – 2020.

48 f.; 30 cm.

Dissertação (Mestrado em Saúde e Desenvolvimento Humano) – Universidade La Salle, Canoas, 2020.

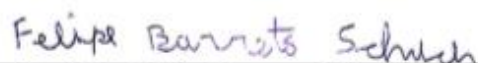
“Orientação: Prof. Dr. Alexandre Ramos Lazzarotto.”

1. Doenças infectocontagiosas. 2. Migrantes. 3. Refugiados. I. Lazzarotto, Alexandre Ramos. II. Título.

CDU: 616.9

MAURICIO DA SILVA ROXKOW FRAGA

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do título de mestre, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento Humano da Universidade La Salle.



---

Prof. Dr. Felipe Barreto Schuch  
Universidade Federal de Santa Maria



---

Prof. Dr. José Alberto Antunes de Miranda  
Universidade La Salle



---

Prof. Dr. Rafael Fernandes Zanin  
Presidente da Banca -Universidade La Salle



---

Prof. Dr. Alexandre Ramos Lazzarotto  
Orientador- Universidade La Salle

**Área de concentração:** Saúde e Desenvolvimento Humano

**Curso:** Mestrado Profissional em Saúde e Desenvolvimento Humano

Canoas, 24 de março de 2020.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Pai Maior pela oportunidade de estar na jornada, aos meus adorados pais, Paulo Eduardo Roxkow Fraga e Carmen Lucia da Silva Fraga, que me legaram os mais preciosos dos bens: a dignidade, fé e a perseverança.

Agradeço a minha esposa Kelli Maria Dias de Fraga, que me incentivou a buscar meus sonhos e esteve ao meu lado em todos os momentos com palavras de apoio e valorização de todo este trabalho, que orientou meu caminho desviando-me dos espinhos e me acolheu com seu abraço caloroso após cada aula e frente a cada anseio assim como ao meu filho Carlos Eduardo de Fraga Roxkow que através de sua presença e seu olhar cativante norteou meu objetivo e me fez lutar com garra durante toda esta jornada.

Ao meu Professor e Orientador deste trabalho, Dr. Alexandre Ramos Lazzarotto, sua paciência e dedicação que me fortaleceram nos momentos mais difíceis. Obrigado pelos ensinamentos, pela orientação e exemplo de comprometimento, competência e profissionalismo que vou sempre ter como referência em minha trajetória profissional.

Ao Centro Ítalo Brasileiro de Assistência e Instrução as Migrações (CIBAI) e toda sua incansável equipe pelo belíssimo trabalho de acolher, encaminhar e angariar meios para confortar os migrantes que buscam no Brasil um novo recomeço, uma nova vida.

## RESUMO

O termo refugiado denomina associação à pessoa que, em razão de fundados temores busca por melhores condições fora de seu país de origem. Frente à demanda crescente em todo o mundo, o Brasil tornou-se um país de grande procura por estrangeiros que anseiam melhores condições de vida, com isso buscou-se conhecer a realidade das estruturas governamentais responsáveis por receber esta população. A falta de avaliação e precariedade no processo de acolhimento da população estrangeira torna-se um agravo, principalmente em relação as condições de saúde. O objetivo geral foi identificar os fatores de risco e os indicadores de doenças infectocontagiosas dos refugiados recebidos no Centro Ítalo Brasileiro de Assistência e Instrução as Migrações (CIBAI), localizado no município de Porto Alegre. Estudo caracterizado por delineamento transversal, realizado com migrantes em situação de refúgio recém-chegados ao Brasil, com idade superior à 18 anos, convidados com o auxílio de interprete nos idiomas inglês, francês e espanhol que compreenderam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) também traduzidos. A amostra do estudo (261 participantes) composta predominantemente por Venezuelanos (50,6%) e Haitianos (44%), do sexo masculino (146: 56,7%). A média de idade foi 33,38 ( $\pm$  7,30) e a escolaridade de 10,42 ( $\pm$  2,09) anos. A quantidade de sintomas para cada uma das dez patologias demonstrou maior frequência para Influenza (9,3%), coqueluche (8%), difteria (6,4%) e tuberculose (5,9%). O estudo apresentou uma correlação importante entre a presença dos sintomas nas quatro patologias com maior prevalência para a população Haitiana. Concluímos que frente à demanda crescente de entrada de estrangeiros no Brasil, existe precariedade observada na avaliação das condições de saúde na chegada do indivíduo ao país, o estudo evidenciou a carência de um processo de acolhimento integrativo que possua visão holística e também priorize a educação sobre a abrangência do Sistema Único de Saúde – SUS para a população recém chegada, com isso, protocolos de acompanhamento do migrante com foco no diagnóstico e tratamento são indispensáveis.

Palavras-chave: migrante, refúgio, infectocontagiosas.

## **ABSTRACT**

The term refugee refers to association with a person who, due to well-founded fears, seeks better conditions outside his country of origin. In view of the growing demand around the world, Brazil has become a country of great demand for foreigners who crave better living conditions, thus seeking to know the reality of the government structures responsible for receiving this population. The lack of evaluation and precariousness in the process of welcoming the foreign population becomes an aggravation, especially in relation to health conditions. The general objective was to identify the risk factors and indicators of infectious diseases of refugees received at the Italo Brazilian Center for Assistance and Instruction on Migration (CIBAI), located in the city of Porto Alegre. Study characterized by cross-sectional design, carried out with refugees recently arrived in Brazil, aged over 18, invited with the help of an interpreter in English, French and Spanish who understood and signed the Free and Informed Consent Form (TCLE) also translated. The study sample (261 participants) was predominantly composed of Venezuelans (50.6%) and Haitians (44%), male (146: 56.7%). The average age was 33.38 ( $\pm$  7.30) and education was 10.42 ( $\pm$  2.09) years. The number of symptoms for each of the ten pathologies showed a higher frequency for Influenza (9.3%), pertussis (8%), diphtheria (6.4%) and tuberculosis (5.9%). The study showed an important correlation between the presence of symptoms in the four pathologies with the highest prevalence for the Haitian population. We conclude that in view of the growing demand for foreigners to enter Brazil, there is precariousness observed in the evaluation of health conditions upon the individual's arrival in the country, the study showed the lack of an integrative welcoming process that has a holistic view and also prioritizes education on the scope of the Unified Health System - SUS for the newly arrived population, therefore, protocols for monitoring migrants with a focus on diagnosis and treatment are indispensable.

Keywords: migrant, refuge, infectious diseases.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1	– Perfil sócio demográfico dos participantes.....	31
Figura 1	– Quantidade de fatores associados a cada doença observada.	33
Tabela 2	– Associação dos fatores de risco da Influenza, Coqueluche, Difteria e Tuberculose com as demais variáveis de estudo .....	33



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CIBAI	Centro Ítalo Brasileiro de Apoio e Instrução aos Migrantes
ACNUR	Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados
CONARE	Comitê Nacional para os Refugiados
OIM	Organização Internacional para as Migrações
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
RS	Rio Grande do Sul
IMC	Índice de Massa Corporal
SUS	Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	10
2	<b>OBJETIVOS.....</b>	14
2.1	<b>Objetivo Geral.....</b>	14
2.2	<b>Objetivo Específico.....</b>	14
3	<b>REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	15
3.1	<b>Movimento de Refugiados no Mundo.....</b>	15
3.2	<b>Movimento de Refugiados no Brasil.....</b>	17
3.3	<b>Transculturalidade e Saúde.....</b>	19
3.4	<b>Centro Ítalo Brasileiro de Instrução e Apoio ao Migrante... </b>	22
3.5	<b>Políticas Nacionais de Saúde.....</b>	23
4	<b>MATERIAL E MÉTODOS.....</b>	27
4.1	<b>Delineamento Geral.....</b>	27
4.2	<b>Participantes da Pesquisa.....</b>	27
4.3	<b>Local.....</b>	27
4.4	<b>Coleta de Dados.....</b>	27
4.5	<b>Intervenção.....</b>	28
4.6.	<b>Análise estatística.....</b>	30
4.7	<b>Aspectos Éticos.....</b>	30
5	<b>RESULTADOS.....</b>	30
6	<b>DISCUSSÃO.....</b>	35
7	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	40
8	<b>PRODUTO SOCIAL.....</b>	41
9	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	43
Apêndice A	<b>PROTOCOLO DE ADMISSÃO EM SAÚDE – PAS.....</b>	46

## 1 INTRODUÇÃO

A Organização Internacional para as Migrações (OIM) descreve o fenômeno da migração como o movimento de uma pessoa ou um grupo de pessoas, tanto através de fronteiras internacionais, como dentro de um estado nacional. É um movimento populacional, que compreende qualquer movimento de pessoas, independentemente de sua duração, composição e causas. Estima-se que atualmente haja cerca de mais de 272 milhões de migrantes em todo o mundo (ONU, 2019), sendo que 244 milhões de migrantes são internacionais, segundo informações do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais da ONU (DESA) (ACNUR, 2018).

Durante a trajetória da evolução humana a migração esta presente desde os primórdios no qual o seu principal objetivo era a busca por alimentos em áreas consideradas melhores para o cultivo. Nos dias atuais, o termo migrante possui diferentes significados sendo que a ação de migrar pode ser relacionada à migração voluntária ou forçada (INTEGRAÇÃO, 2017). A migração forçada se refere a toda pessoa que muda seu lugar de residência para outro por um tempo indeterminado, em geral este indivíduo é denominado como refugiado, pois, busca por um novo local de convivência assim como, possibilidades de trabalho, segurança, saúde e social satisfatórios (GEORGE, 2005).

O termo refugiado esta diretamente associado a pessoa que, em razão de fundados temores de perseguição devido à sua raça, religião, nacionalidade, desastres naturais ou má condições de vida encontra-se fora de seu país de origem e devido a violação de direitos humanos, é obrigado a deixar seu país de nacionalidade para buscar refúgio em outros estados (ACNUR,2011; MOTA, 2014).

Atualmente existem vários tipos de refugiados no mundo, alguns por condições de perseguição política, outros pela existência de conflitos armados, guerrilhas além dos que sofrem com a fome, discriminação racial, social, religiosos e até mesmo refugiados por questões ambientais. O direito internacional de migrar é uma regra atribuída a todos os seres humanos conforme a Declaração Universal dos Direitos Humanos, conforme esta declaração ninguém é obrigado a ficar dentro do seu próprio território,

principalmente quando situações preocupantes no que tange a proteção dos direitos humanos estão em jogo (ONU, 2014).

Os dados divulgados pelo Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR) revelam um drama crescente em razão dos conflitos nacionais existentes em várias partes do mundo onde, o número de refugiados vem aumentando exponencialmente. Em 2019, esse número chegou a 70,8 milhões de pessoas, cerca de 22 milhões a mais em comparação com a década anterior, sendo mais da metade desses refugiados é menor de idade (ACNUR, 2019).

Apesar de alarmante, o que mais agrava a situação dos refugiados é que seu número em todo o mundo continua em uma curva ascendente devido principalmente aos principais conflitos atuais presentes na África, Ásia e destacando-se o Oriente Médio.

Uma característica marcante é o fato da maioria dos refugiados, cerca de 86% deslocarem-se em direção aos países emergentes do hemisfério sul, e não para países localizados no continente Europeu ou Norte-americano, principais destinos migratórios da atualidade. A razão para isso é a maior permissividade que os países menos desenvolvidos possuem (ACNUR, 2019).

No século XIX, o Brasil era visto pela Europa e países como Japão como um país de muitas oportunidades. Pessoas que passavam por dificuldades econômicas enxergaram uma ótima chance de prosperarem já que após a abolição da escravatura (1888), muitos fazendeiros negavam-se em empregar e pagar salários aos ex-escravos, preferindo o imigrante europeu como mão-de-obra. Neste contexto, o governo brasileiro criou campanhas para trazer imigrantes europeus.

A partir deste contexto muitas pessoas também viram no Brasil uma oportunidade de refúgio e migraram fugindo do perigo provocado pelas duas grandes guerras mundiais. Estas guerras resultaram na devastação econômica da Europa, proporcionando grande significado da migração para o continente americano (MOTA, 2014).

Atualmente o Brasil recebe um alto número de refugiados, sendo que somente no ano de 2018 atingiu a marca de 41.915 mil solicitações de refúgio, segundo o Comitê Nacional para Refugiados (CONARE), representando o triplo de solicitações de refúgio no ano de 2016. Desse total em termos de

nacionalidade, a maior parcela de solicitações é composta por Venezuelanos (62,75) seguidos por Cubanos (7,01%), Haitianos (6,97%) e Chineses (4,32%) (CONARE, 2019).

Mediante a demanda crescente de solicitações de refúgio, as estruturas para receber e acolher estes indivíduos apresentam cada vez mais lacunas importantes que representam grande impacto para quem chega ao país. O sofrimento começa na área de desembarque dos aeroportos, pois, é lá onde os refugiados ficam enquanto aguardam a permissão para entrar no Brasil, sendo que muitos chegam sem qualquer documento, em alguns casos apenas com a roupa do corpo, como o depoimento citado abaixo:

*“Fiquei na sala de desembarque por duas semanas, isso porque já havia falado com uma entidade que me ajudou a entrar em contato com as autoridades certas, mas tem gente que fica bem mais do que isso”, afirma o bengali Partha Sarker, 37 anos, há um ano e quatro meses no Brasil.*  
<https://tab.uol.com.br/refugiados>.

Na busca por acolher e acompanhar refugiados recém chegados ao país, instituições não-governamentais realizam ações de cunho voluntário com o objetivo de engajar o recém chegado às políticas brasileiras de acessibilidade, educação e trabalho, assim como na defesa dos direitos humanos e deveres governamentais.

Em Porto Alegre existe o Centro Ítalo Brasileiro de Assistência e Instrução as Migrações (CIBAI), fundado em 16 de abril de 1958, que tem como proposta elaborar e desenvolver ações humanitárias da Missão Pompeia, voltando seu trabalho às migrações, além de ser integrante do Fórum Permanente de Mobilidade Humana e do COMIRAT-RS.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) “Saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”. Dentre os inúmeros fatores determinantes da condição de saúde, incluem-se também os condicionantes biológicos (idade, sexo, características pessoais eventualmente determinadas pela herança genética), o meio físico (condições geográficas, características da ocupação humana, fontes de água para consumo, disponibilidade e qualidade dos alimentos, condições de habitação), bem como, o meio socioeconômico e cultural, que expressa os

níveis de ocupação e renda, o acesso à educação formal e ao lazer, os graus de liberdade, hábitos e formas de relacionamento interpessoal, a possibilidade de acesso aos serviços voltados para a promoção e recuperação da saúde (SANTOS, 2011).

Frente ao contexto apresentado, este estudo buscou conhecer o perfil sócio demográfico e o histórico de saúde dos refugiados recebidos pelo Centro Ítalo Brasileiro de Assistência e Instrução as Migrações (CIBAI), localizado no município de Porto Alegre. Como benefício foi elaborado um protocolo de atendimento aos refugiados, identificando a presença de patologias infectocontagiosas cujo tratamento é disponibilizado de forma gratuita pelo Sistema Único de Saúde através da rede básica de saúde do município. Para os participantes que apresentaram sintomas para as patologias presentes no protocolo foram encaminhados através de contato prévio para o atendimento na unidade de saúde referência da rede municipal.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Identificar os fatores de risco e sintomas de doenças infectocontagiosas dos refugiados recebidos no Centro Ítalo Brasileiro de Assistência e Instrução as Migrações (CIBAI), localizado no município de Porto Alegre.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Conhecer o perfil sócio demográfico dos refugiados atendidos.
- Identificar o Índice de Massa Corporal (IMC).
- Verificar os sintomas de Doenças Infectocontagiosas.
- Verificar a presença e a intensidade de dor.
- Identificar a percepção sobre qualidade de vida.

### **3 REFERENCIAL TEÓRICO**

Ao passar dos anos o termo refugiado vem se intensificando e obtido relevância mundial, tanto pela expressiva dimensão de seus fluxos quanto pelo desrespeito à dignidade humana e condição de extrema vulnerabilidade. Ao longo da história, fatores como conflitos e perseguições provocaram migrações forçadas, porém, na contemporaneidade novos fatores como economia, catástrofes ambientais, qualidade de vida e trabalho estão envolvidos no aumento dos deslocamentos forçados tornando complexa a realidade dos refugiados em todo o mundo.

#### **3.1 Movimento de Refugiados no Mundo**

A questão dos refugiados vive atualmente seu maior desafio depois da Segunda Guerra Mundial. Nos últimos anos estatísticas alertam para dados que não param de crescer, pois, sempre foi um fenômeno mundial, mas atualmente, atinge países nunca antes afetados com o seu fluxo, como o Brasil que tornou-se destino de muitos refugiados (SILVA, 2017). Outra característica marcante, é o padrão atual de deslocamento forçado com dispersão ampla, em diferentes escalas, tanto regional quanto global, assim como o prolongamento de sua situação neste processo (BRAGA, 2009; ZETTER, 2015).

O prolongamento de conflitos armados fizeram com que o mundo quebrasse em 2016 um novo recorde no número de pessoas que se deslocam de seus países de origem por situações de violência e de perseguição. De acordo com o Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR), existem atualmente 70,8 milhões pessoas fora de suas casas por razões ligadas principalmente a conflitos armados. Esse número supera em 16 milhões o total de pessoas que se encontravam nessa situação em 2015, constituindo um novo recorde. Esta população é dividida principalmente em dois grandes grupos, os refugiados (25,9 milhões) que constituem o grupo que cruzam fronteiras internacionais, e os deslocados internos (41,3 milhões), grupos que se movem dentro das próprias fronteiras (ACNUR, 2019; CONARE, 2015).



Frente a este contexto a ausência de políticas migratórias por países de maior procura como os que compõem a união europeia, destinos mais procurados por refugiados, geram um distanciamento para solução permanente do quadro atual de migração forçada no mundo, pois, a população não foge do seu país sem motivos, eles são expulsos por imposições que incentivam a decisão de fugir e esperam por aceitação e abrigo imediato em um outro estado.

Uma medida para amenizar a necessidade migratória principalmente a relação entre o aumento da procura versus o consentimento de cidadania por países de maior procura foram a criação de corredores humanitários. Os corredores humanitários são fruto de um protocolo de colaboração assinado entre a Comunidade de Sant'Egidio, a Federação das Igrejas Evangélicas na Itália e a organização Tavola Valdese. Seu objetivo foi promover viagens seguras, acabar com a exploração dos traficantes de pessoas e ofertar aos indivíduos em condições de vulnerabilidade ingresso legal no território europeu através de um visto humanitário, com a possibilidade que posteriormente possam apresentar uma solicitação de refúgio.

Como proposta os beneficiários dos corredores humanitários recebem um Visto de Territorialidade Limitada (VTL), previsto pelo Conselho da União Europeia e concedido pelas autoridades diplomáticas dos países envolvidos. O visto é concedido somente em circunstâncias excepcionais e válido unicamente no território dos países concedentes. Uma vez na Europa, os beneficiários podem solicitar refúgio e são ajudados neste processo pelas organizações responsáveis que contam com ampla estrutura e diversos programas de acolhimento e integração.

No continente americano o movimento migratório não é diferente, conforme a Divisão de Proteção Internacional do Alto Comissariado da ONU para Refugiados, no ano de 2019, o número de solicitantes de refúgio chegou a 3,5 milhões de pessoas, a maioria busca segurança em países como México, Estados Unidos, Belize, Costa Rica, Nicarágua e Panamá. Há também o caso do desastre ecológico ocorrido no Haiti em 2010 onde o Brasil se destacou sendo um dos principais destinos da população haitiana que buscava refúgio,

somando somente no ano de 2015 mais de 50 mil solicitações (CONARE, 2015).

### **3.2 Movimento de Refugiados no Brasil**

O Brasil ocupa um lugar de destaque na política de acolhimento a refugiados tanto no continente americano, quanto em todo o globo, este destaque é devido sua participação ativa na Convenção Internacional sobre o Estatuto dos refugiados de 1951, assim como ser parte integrante da Agência da Organização das Nações Unidas para Imigrantes (ACNUR), e dispor de políticas internas próprias para o acolhimento aos refugiados tais como; o Estatuto do Refugiado (Lei nº 9.474, de 22 de julho de 1997), a Lei do Refugiado (Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017) e o Comitê Nacional para Refugiados (CONARE) que atua na regulamentação do acolhimento aos refugiados através dos comitês estaduais como o Comitê Estadual de Atenção a Migrantes, Refugiados, Apátridas e Vítimas do Tráfico de Pessoas no Rio Grande do Sul (COMIRAT – RS) (BRASIL, 1997; BRASIL, 2017; DECRETO Nº 49.729, 2012).

A Convenção das Nações Unidas foi o marco devido à elaboração do Estatuto dos Refugiados, divulgado em 28 de julho de 1951, que serviu de modelo para o início da elaboração de políticas brasileiras sobre o tema. A convenção foi aprovada por uma conferência especial e inicialmente limitava-se a proteger refugiados europeus, após a Segunda Guerra Mundial ao qual o Brasil foi um país de destaque no continente sul-americano devido ao volume de indivíduos recebidos, assim como, na agilidade do processo de aceitação legal destes refugiados. No ano de 1960 o Brasil foi o primeiro país do Cone Sul a ratificar a convenção e definiu o significado para o termo refugiado, estabelecendo direitos dos indivíduos aos quais é concedido o asilo.

O Brasil também foi um dos primeiros países integrantes do Comitê Executivo do ACNUR, responsável pela aprovação dos programas e orçamentos anuais da agência. O trabalho do ACNUR no Brasil é realizado a partir dos mesmos princípios de que em qualquer outro país, sua missão

básica é proteger e promover soluções emergenciais ou duradouras no acolhimento dos indivíduos em situação vulnerável. Com isso o refugiado conta com a proteção do governo brasileiro e tem acesso garantido as políticas públicas como, saúde, trabalho e educação além de obter os mesmos direitos que qualquer cidadão.

Além destas participações do governo brasileiro, políticas internas também foram elaboradas com intuito de definir medidas e providências relacionadas ao tema tais como; Lei nº 9.474, de 22 de julho de 1997 que define mecanismos para a implementação do estatuto dos Refugiados de 1951, além de estabelecer a condição jurídicas destes indivíduos no país, os fluxos para o ingresso dos refugiados e também prever a criação do Comitê Nacional para Refugiados (CONARE).

O CONARE é uma comissão interministerial sob o âmbito do Ministério da Justiça. É o organismo público responsável por analisar o pedido sobre o reconhecimento da condição de refugiado, deliberar quanto à cessação "ex-offício" mediante das autoridades competentes, dar condição de refugiado, declarar a perda da condição de refugiado, orientar e coordenar as ações necessárias à eficácia da proteção, assistência, integração local e apoio jurídico aos refugiados, com a participação dos Ministérios e instituições. Além destas questões o CONARE tem a função de aprovar instruções e normativas que possibilitem a execução da Lei nº 9474/97, e promover políticas e ações necessárias para proteção e assistência aos refugiados, além do apoio legal (CONARE, 2012).

É um órgão de deliberação coletiva formado por sete membros que representam os ministérios da Justiça, Relações Exteriores, Trabalho, Saúde, Educação e Esporte, o Departamento de Polícia Federal e uma organização não governamental, dedicada à atividade de assistência e proteção aos refugiados no Brasil.

A partir destas medidas no ano de 2017 o CONARE aprovou a lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017 que Institui a Lei de Migração, esta Lei dispõe sobre os direitos e os deveres do migrante e do visitante, regula a sua entrada

e estada no país e estabelece princípios e diretrizes para as políticas públicas, além de prever, os tipos de visto, registro e da identificação civil do imigrante, fiscalização marítima, aeroportuária e de fronteira, assim como, medidas que asseguram ao país e aos refugiados diretrizes claras e atuais em decorrência da situação global.

Além do CONARE, baseados nas leis de âmbito nacional os estados formaram comitês estaduais com o objetivo de promover e garantir o respeito aos direitos humanos das pessoas vulneráveis que se encontram em mobilidade, tais como, o Comitê de Atenção a Migrantes, Refugiados, Apátridas e Vítimas de Tráfico de Pessoas no Estado do Rio Grande do Sul (COMIRAT/RS), instituído a partir Decreto nº 49.729, de 22 de outubro de 2012. Este comitê é constituído por representantes de instituições públicas e de interesse público que representam experiências com a mobilidade humana e um acúmulo de reflexões e ações dirigidas à atenção de migrantes e refugiados no estado.

O Brasil é internacionalmente reconhecido como um país acolhedor, entretanto, refugiados ainda encontram dificuldades para se integrar à sociedade brasileira devido a uma série de fatores que influenciam tanto no acesso aos direitos, quanto no quesito cultura, já que contamos nos últimos anos com um aumento jamais visto de solicitações, tempo este considerado curto para a criação de um processo sólido de acolhimento aos indivíduos de diferentes etnias.

### **3.3 Transculturalidade e Saúde**

Apesar das medidas implementadas e o envolvimento de diversas esferas governamentais brasileiras em ações de âmbito mundial sobre o tema da migração, internamente a partir do ano de 2015 observou-se um o grande aumento do número de refugiados que escolheram o Brasil como um local seguro para viver, porém, foram relatadas também um grande impacto relacionado as diferenças principalmente relacionadas a cultura.

A cultura Brasileira é resultante da miscigenação de diversos grupos étnicos que participaram da formação da população, apesar disso a diversidade cultural predominante no Brasil é consequência também da grande extensão territorial e das características geradas em cada região do país. Com isso naturalmente dentro de um extenso território de uma mesma nação já existem barreiras culturais em aspectos humanos básicos tais como, educação, saúde, acessibilidade que necessitam de uma série de esforços para que a competência cultural dos agentes de todas as esferas, principalmente na área da saúde, atuem de forma homogênea na busca da compreensão e cumprimento de políticas públicas (MANUEL, 2012).

Frente a este conceito a adaptação de um indivíduo ou grupo de outra etnia em território brasileiro necessita de um esforço ainda maior para o acesso do refugiado as políticas públicas, fato este que torna-se um desafio relacionado a marginalização de acesso. Como exemplo podemos citar as políticas de saúde do Ministério da Saúde, como indivíduos provenientes de nações como Senegal ou Haiti compreendem o programa de imunização brasileiro? Qual o seu entendimento sobre os benefícios e importância de uma vacina?.

Para isso o termo transculturalidade a cada dia adquire maior evidência, este refere-se às ações que estão ligadas ao processo de transformações ocorridas na junção de duas ou mais culturas. Dado o crescimento da sociedade transcultural no Brasil, profissionais da área da saúde devem estar munidos de competências culturais, ou seja, devem possuir conhecimentos de outras culturas de forma a identificar as particularidades favorecendo a inclusão de refugiados nos programas de saúde brasileiros (GUSTAFSON, 2005).

A competência cultural além de ser a base para a transculturalidade possui como conceito a capacidade de compreender as diferenças com a finalidade de prestar cuidados de qualidade a uma diversidade de pessoas culturalmente distintas, os profissionais responsáveis devem receber preparo específico e tornarem-se sensíveis as questões relacionadas com a cultura, raça, etnia, gênero e orientação sexual. Além disso, competência cultural desenvolve a eficácia na capacidade de comunicação, apreciações culturais e

a troca de conhecimentos relacionados com as práticas de saúde (GUSTAFSON, 2005; FONSECA, 2006).

A definição mais abrangente de competência cultural é considerá-la um processo cujo objetivo seja atender, acolher e cuidar com uma aguçada consciência da diversidade. Para isso é necessário uma base sólida de conhecimentos sobre as diferentes culturas atendidas, especialmente, um forte respeito pessoal e profissional para com indivíduos se faz necessário (FONSECA, 2006).

À exemplo da necessidade de desenvolvimento da transculturalidade pelos profissionais da saúde esta a compreensão de ações simples que variam entre cada cultura como o um simples toque. Profissionais da saúde brasileiros usam o toque como meio terapêutico e de comunicação com pacientes, neste caso em particular uma simples ação possui ampla representatividade.

O toque para outras culturas como para indivíduos asiáticos que não permitem o toque na cabeça, pois, para eles a cabeça é fonte de força de uma pessoa, representa uma ação desrespeitosa. Outras culturas proíbem ou restringem o toque, indivíduos de origem árabe não permitem que prestadores de cuidados de saúde do sexo masculino toquem partes do corpo feminino, assim como, enfermeiras dessa cultura podem ser impedidas de cuidar pacientes do sexo masculino com isso, o simples toque pode gerar o afastamento em processos terapêuticos ou até mesmo sérias consequências (ROXO, 2005).

Ainda em relação à transculturalidade, a crença de diferentes culturas sobre a saúde torna-se um desafio amplo, estas crenças são baseadas na perspectiva do relacionamento da cultura de um indivíduo com o ambiente. Indivíduos provenientes da Ásia ou países latino-americanos acreditam possuir controle nos eventos da vida e acreditam que conseguem controlar sua saúde. Esses indivíduos possuem tendência a serem mais complacentes em seguir planos terapêuticos, sendo provável que desenvolvam hábitos positivos de saúde.

As questões culturais desempenham papel central no estado de saúde dos imigrantes e no uso dos serviços de saúde à exemplo, o uso da medicina tradicional/popular e a consulta de curandeiros, ou até mesmo na crença sobre feitiços ou a ação de espíritos para resolver problemas de saúde, práticas recorrentes em alguns segmentos da população do continente africano e do leste europeu tornando-se um desafio na adesão a assistência em saúde (ROXO, 2005).

### **3.4 Centro Ítalo-Brasileiro de Apoio e Instrução aos Migrantes – CIBAI**

Após a segunda guerra mundial chegaram ao Brasil milhares de migrantes (imigrantes, refugiados e deslocados) provenientes da Europa e Oriente Médio. Frente a este contexto foram criadas, nas provinciais eclesiais dos estados do Rio de Janeiro, São Paulo e Rio Grande do Sul, Secretariados Católicos de Imigração para acolher, regularizar, inserir e ofertar moradia, escola e apoio espiritual para estes indivíduos. Assim em Porto Alegre no ano de 1958, foi inaugurado o CIBAI MIGRAÇÕES (Centro Ítalo Brasileiro de Apoio e Instrução aos Migrantes) para dar continuidade ao serviço com ênfase aos milhares de italianos e refugiados de outras nacionalidades aqui domiciliados.

Nos últimos anos um novo fluxo agrega-se aos anteriores onde observa-se a presença de estudantes internacionais, refugiados da Ásia Meridional, países africanos, Caribe e mais recentemente da Venezuela. Em razão de serem procedentes de países não tradicionais para o Brasil, passou-se a denominar estes indivíduos como “migrantes novos rostos”. Este projeto teve início em 2013 e já atendeu mais de 25 mil migrantes, sendo que o CIBAI encaminhou através de mediação mais de 95% destes novos rostos para atuar profissionalmente em frigoríficos, construção civil, metalúrgicas, postos combustíveis, restaurantes, supermercados, vendas, serviços gerais entre outros.

Para isso uma extensa rede de mobilização voluntária foi criada para acolher de forma transcultural os refugiados recém chegados ao país, na busca de ofertar para estes indivíduos bases culturais, educação e melhorar a

comunicação verbal e também conhecer suas características através do ensino da língua portuguesa.

O CIBAI atua acompanhando refugiados ajudando na regularização de documentos, inserção ao mercado de trabalho e o ensino de português. É formado por uma equipe própria e por voluntários de diversas áreas como: direito, psicologia, enfermagem, letras e assistência social que somente no ano de 2017 atenderam mais de 7 mil migrantes. Mesmo que o refugiado seja acolhido através de políticas regionais de saúde específicas ligadas ao Sistema Único de Saúde, a compreensão sobre condição de saúde para estrangeiros recém chegados ao país, e o fato de muitos serem oriundos de países ou regiões cuja assistência de saúde seja precária, proporciona um distanciamento sobre condição adequada de saúde e o quadro de saúde atual dos indivíduos, tornando-os desconhecidos no aspecto saúde.

Atualmente os refugiados atendidos pelo CIBAI procuram a instituição porque não possuem condições financeiras ou encontram-se em situação de vulnerabilidade. Geralmente os mesmos saíram de seu país de origem com pouco ou nenhum recurso, chegando ao Brasil através do encaminhamento ilegal realizado pelos atravessadores de pessoas “coiotes”, e após sua chegada são orientados pela Polícia Federal, rede de concidadãos ou diretamente nos pontos de desembarque (rodoviária, orientados pelo Posto das Irmãs Scalabrinianas e do aeroporto; Polícia Federal).

### **3.5 Políticas Nacionais de Saúde**

Os refugiados recebidos no Brasil contam com um sistema de saúde universal, composto pela garantia de acesso de toda a população aos serviços de saúde, em todos os níveis de assistência, ou seja, todos devem ter acesso gratuito, e facilitado não importando o sexo, idade, religião, raça, cor, origem ou nacionalidade que nem sempre é apresentado de forma clara.

A Constituição Federal de 1988 assegura o direito à saúde como sendo direito fundamental e social do ser humano, resguardado através do artigo 6º da carta magna (MIRANDA, 1998). Trata-se de uma proteção ao direito à



saúde, que deverá sempre ser resguardado como tutela do estado social e democrático brasileiro. Além do artigo 6º, o direito à saúde está assegurado no artigo 196 da Constituição Federal de 1988, instituído como direito de todos e dever do estado:

*“Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (DIAS, 2018)*

O mesmo artigo também assegura a implantação de políticas públicas e econômicas como forma de efetivação do direito à saúde, com o objetivo de diminuir o número de doenças de grave risco, o acesso igualitário e universal à saúde e a promoção de políticas preventivas e de recuperação ao direito à saúde (DIAS, 2018). A garantia do direito à saúde se concretiza a partir de políticas sociais e econômicas executadas pelo estado, visando diminuir riscos de doenças através do acesso universal à saúde e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (SMANIO, 2013).

O Sistema Único de Saúde – SUS é uma forma de política pública implantada através da Lei nº 8.080/1990, que traz princípios, objetivos e garantias inerentes à efetivação da saúde, garantindo assim a aplicação do direito fundamental de proteção à saúde. Os princípios descritos pelo SUS estão interligados aos princípios constitucionais, na verdade, os princípios descritos na lei se encontram na posição de “subprincípios” dos princípios oriundos à Constituição Federal de 1988 (MIRANDA, 1998).

A lei nº 8.080/1990, em seu artigo 2º elenca os princípios do programa de proteção à saúde, instituídos no artigo 196 da Constituição Federal de 1988, quais sejam:

*“Art. 2º: “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício (DIAS, 2018)”*

*§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. § 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade”(DIAS, 2018)”*

Através desta leitura, assegura-se que o direito à saúde está inserido no princípio da dignidade da pessoa humana, sendo dever do Poder Público preservá-lo, efetivá-lo e torná-lo acessível à toda população, independente de sua nacionalidade como forma de garantia à execução dos direitos fundamentais inerentes ao ser humano. Devido a série de fragilidades órgãos de âmbito voluntário ou parcerias privadas são necessárias para amparar a população.

Doenças infecciosas são doenças causadas por microrganismos como vírus, bactérias, protozoários ou fungos. Algumas espécies de bactérias e fungos, por exemplo, estão presente no organismo sem causar qualquer dano, no entanto quando há alguma alteração no sistema imunológico, estes microrganismos podem proliferar, causando doença, ou facilitar a entrada de outros microrganismos causadores de doenças (ROXO, 2008).

No Brasil já foram erradicadas por meio da vacinação, doenças de alcance mundial como a varíola e a poliomielite através da oferta à população de forma gratuita a todas as vacinas recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Desde que foi criado, em 1973, o programa busca a inclusão social, assistindo todas as pessoas, em todo o país, sem distinção de qualquer natureza, porém, estas vacinas estão à disposição de todos nos postos de saúde ou com equipes de vacinação e para a adesão da população de refugiados o incentivo, orientação e principalmente e conhecimento sobre o

histórico de imunização de cada indivíduo ainda apresentam carências e falhas importantes.

Outras medidas relacionadas ao quadro de saúde da população prevista nas políticas públicas de saúde são a prevenção, e acompanhamento de doenças infectocontagiosas através de campanhas de educação e assistência a população em todo o território nacional (DIAS, 2018).

As doenças infecciosas podem ser adquiridas por diversas formas, por meio do contato direto com o agente infeccioso, contato com água ou alimentos, via respiratória, sexual ou por meio de ferimentos causados por animais. Estas doenças possuem alta velocidade de disseminação entre a população e por possuírem alto poder de contágio, necessitam de maior atenção sobre o estado de saúde individual e coletivo, principalmente da população recém-chegada ao país (ROXO, 2008).

Baseados nos cadernos de orientação e prevenção de doenças infectocontagiosas e atividades propostas pelo Ministério da Saúde, a implementação de medidas e campanhas realizadas através da rede de saúde pública com objetivo de informar e ofertar tratamento ou acompanhamento através da saúde preventiva, atingem a população brasileira em todo o território nacional, porém, frente ao volume cada vez maior de refugiados que buscam no Brasil a esperança e uma melhor qualidade de vida são observadas fragilidades entre a atuação, e a compreensão destas medidas para a população recém chegada.

## **4 MATERIAL E MÉTODOS**

### **4.1 Delineamento geral**

Trata-se de um estudo transversal.

### **4.2 Participantes da pesquisa**

O estudo foi realizado com refugiados adultos com idade superior a 18 anos de ambos os sexos recebidos no município de Porto Alegre.

Os critérios de inclusão foram: refugiados atendidos pelo CIBAI no município de Porto Alegre que compreenderam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os critérios de exclusão foram: refugiados já integrados como usuários do Sistema Único de Saúde.

### **4.3 Local**

O estudo foi realizado no CIBAI Migrações, centro de referência no Estado do Rio Grande do Sul, sediado na Paróquia Nossa Senhora do Rosário de Pompéia no município de Porto Alegre, capital do estado.

### **4.4 Coleta de dados**

O instrumento foi aplicado para a coleta é o Protocolo de Admissão em Saúde – PAS. Trata-se de um roteiro de questões relacionados ao perfil sócio-demográfico, presença e intensidade da dor, percepção sobre a qualidade de vida, índice de massa corporal total, assim como, sintomas de doenças infectocontagiosas.

Para o desenvolvimento do protocolo foram consultados os cadernos de saúde pública desenvolvidos pelo Ministério da Saúde sobre as principais doenças presentes no país, assim como, as características definidoras de cada uma delas.

## 4.5 Intervenção

Este estudo foi realizado conforme as seguintes etapas:

Etapa 1: os refugiados foram convidados pelo pesquisador, com auxílio de um intérprete do CIBAI (francês, espanhol e inglês), para participarem do estudo, com explicação de todas as etapas contempladas nele. Havendo aceite verbal foi entregue do Termo de consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, no idioma oficial dos candidatos em participar de forma voluntária do estudo. Cada participante recebeu duas vias do TCLE que foram assinadas tanto pelo pesquisador quanto pelo participante, uma ficou em poder do participante e outra em poder do pesquisador (APÊNDICE A).

Etapa 2: foi realizada uma entrevista (com auxílio de intérprete em local privativo) para aplicação do protocolo de admissão em saúde (PAS) abrangendo as variáveis para os seguintes parâmetros: sócio demográficos (a), e doenças infectocontagiosas (b):

a) sexo, idade, escolaridade, situação conjugal, filhos, pais de origem, cidade, onde trabalhava, se o refugiado possui parentes no Brasil, qual o meio de transporte utilizado na viagem e fatores de risco para obesidade.

Observação: a estratificação da obesidade foi realizada através do Índice de Massa Corporal calculado a partir do índice de massa corporal total e estatura do participante aplicados à seguinte fórmula:

$$\begin{array}{l} \text{ÍNDICE DE} \\ \text{MASSA} \\ \text{CORPORAL} \\ \text{(IMC)} \end{array} = \frac{\text{Índice de massa corporal total (Kg)}}{\text{Estatura (m)} \times \text{Estatura (m)}}$$

b) sintomas relacionados para Sífilis, Tuberculose, Caxumba, Difteria, Coqueluche, Febre amarela, Hepatite, Tétano, Influenza e Herpes Zoster através da presença de sinais específicos no período dos últimos três “3” meses.

Etapa 3: os participantes com sinal ou sintoma latente ou no mínimo dois indicadores presentes para alguma das doenças presentes no protocolo, foram orientados a buscar atendimento na rede básica de saúde referência e, concomitante, os colaboradores do CIBAI foram comunicados sobre a sua condição de saúde. Havendo o aceite do participante, o pesquisador realizou contato com o serviço público de saúde e o encaminhamento do participante para a unidade ou atendimento de emergência mais próximo.

Etapa 4: Agradecimento ao participante e momento para ele realizar alguma sugestão ou pergunta ao pesquisador.

Etapa 5: Tabulação dos dados em uma planilha do programa Microsoft Excel para posterior importação ao pacote estatístico SPSS, versão 24.0.

No ano de 2018, tendo como referência os dados de atendimentos realizados pelo CIBAI, foram realizados um total de 7075 atendimentos de novos indivíduos recém-chegados ao Brasil. Para calcular o tamanho amostral foi estabelecido um erro de 5% e um poder de confiabilidade dos dados de 90%, obtendo-se um  $n= 261$  participantes. A fórmula abaixo apresenta o cálculo do tamanho amostral.

$$\text{Tamanho da amostra} = \frac{\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2}}{1 + \left( \frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2 N} \right)}$$

$$\text{Tamanho da amostra} = \frac{\frac{1,96^2 \times 90(1-90)}{5^2}}{1 + \frac{(1,96^2 \times 90(1-90))}{5^2 7075}}$$

Tamanho da amostra= 261 participantes.

#### **4.6 Análise estatística**

As variáveis quantitativas foram descritas por média, desvio padrão, mediana e amplitude. As variáveis categóricas foram descritas por frequências absolutas e relativas. Para verificar as diferenças entre as variáveis do estudo foi utilizado o teste *t Student* e ANOVA para amostras independentes. Para verificar as associações foi realizada a correlação de Pearson ou Spearman ( $p < 0,05$ ).

As variáveis contínuas foram apresentadas em média  $\pm$  desvio padrão (DP) ou mediana e intervalo interquartil (IQ). As variáveis categóricas foram apresentadas em número absoluto e percentual. Teste t de student ou teste de Mann-Whitney foram utilizados para variáveis contínuas, e teste do qui-quadrado para variáveis categóricas. O nível de significância foi estabelecido em 0,05. A análise estatística foi realizada através do programa estatístico comercialmente disponível SPSS 22.0 (SPSS, Chicago, IL, USA).

#### **4.7 Aspectos éticos**

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário La Salle, com o número CAAE: 04717718.8.0000.5307.

### **5 RESULTADOS**

A amostra do estudo (261 participantes) foi composta predominantemente por venezuelanos (50,6%) e haitianos (44%), do sexo masculino (146: 56,7%). A média de idade foi 33,38 ( $\pm$  7,30) e a escolaridade de 10,42 ( $\pm$  2,09) anos. A situação conjugal predominante foi de solteiros (30,7%) de religião católica (59,8%).

**Tabela 01: Perfil sócio demográfico dos participantes**

Variáveis	n = 261
<b>Idade (a)</b>	33,38 ± 7,30
<b>Sexo</b>	
Masculino	148 (56,7%)
Feminino	113 (43,3%)
<b>Estado civil</b>	
Casado	122 (46,7%)
Solteiro	80 (30,7%)
Viúvo	52 (19,9%)
Outro	7 (2,7%)
<b>Pais de origem</b>	
Venezuela	132 (50,6%)
Haiti	115 (44%)
Outros	14 (5,4%)
<b>Anos de estudo</b>	10,42 ± 2,09
<b>Religião</b>	
Católico	156 (59,8%)
Outro	65 (24,9%)
Evangélico	40 (15,3%)
<b>Idioma**</b>	
Espanhol	143 (54,8%)
Francês	109 (41,8%)
Crioulo	89 (64,1%)
Inglês	8 (3,1%)

\*\* Resposta de Múltipla escolha pois, na variável Idioma, os participantes relataram a fluência em mais de uma opção.

(a) Resultados expressos através de média ± desvio padrão

Demais resultados através de análises de frequência

Em relação à estrutura familiar duzentos e oito não possuíam parentes no país (79,7%) cinquenta e três participantes (20,3%) referiram possuir algum parente. Quanto ao número de filhos, foi observado que (31,4%) não possuíam filhos, (26,4%) possuía um filho e a maioria (42,2%) possuíam dois ou mais filhos, destes, a maior parte dos participantes (61,3%) deixaram seus filhos



com parentes em sua terra natal e apenas (38,7%) estavam na companhia dos filhos no Brasil.

Na avaliação da qualidade de vida, (51,1%) dos participantes consideraram possuir boa saúde e (22,6%) consideraram ter muito boa saúde, assim como, sobre a auto percepção da qualidade de vida mostrou resultados favoráveis já que (51,8%) dos participantes consideraram possuir boa qualidade de vida e (17,6%) muito boa qualidade.

O índice de massa corpórea (IMC) identificou que apenas (1,1%) dos participantes estavam abaixo do índice ideal, seguidos de (56%) de participantes com valores de IMC entre 18,5 e 24,99 pontos considerado dentro da normalidade e um total de (41,4%) possuíam pontuação entre 25,0 e 29,99 considerado sobrepeso, contemplando um risco considerado leve para saúde (STROBER, 2009).

Considerando a presença de alguma dor, foi aplicado nos participantes do estudo a escava visual analógica – EVA, uma escala de pontos que varia de zero que representa nenhuma dor e dez pontos que representa grau máximo suportável de dor (REIPS, 2008). O valor zero representou (67,8%) seguidos de (9,6%) com dor grau quatro e (6,1%) com dor grau três considerando a presença de dor de intensidade moderada.

Frente aos dados relacionados a dor dentre os aspectos avaliados (32,2%) referiram dor durante atividades cotidianas e sinalizaram as região das costas (3%), abdômen (2,7%), ombros (2,7%) e pernas (2,7%) como regiões afetadas pela dor.

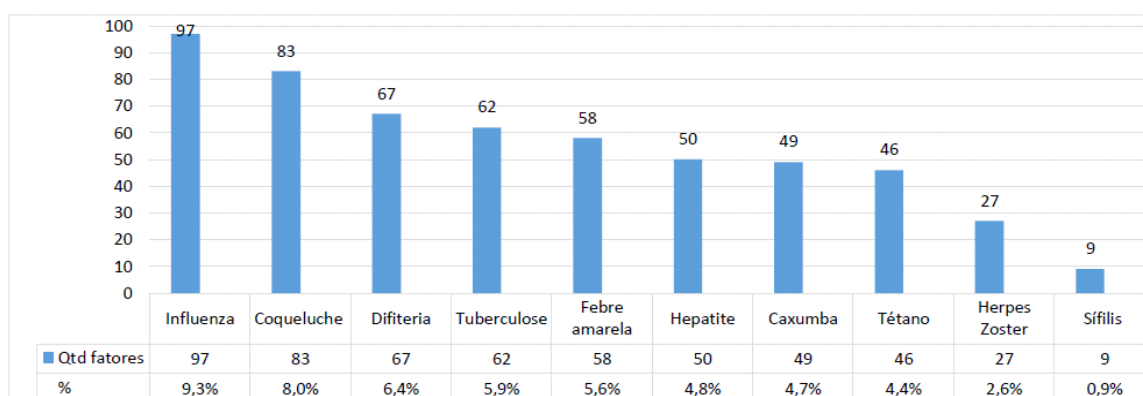
No seu país de origem muitos dos participantes possuíam emprego ou ocupação, tais como, comercio (31,8%), seguida pela indústria (12,6%) e trabalho rural (11,9%). Com isso ressaltou-se o grande interesse dos recém chegados ao Brasil pela inserção ao mercado de trabalho.

A maioria dos participantes (227:87%) não possuíam nenhuma ocupação formal ou atividade geradora de renda no momento do estudo, fator de grande desconforto referido pelos participantes, porém, que evidencia a imagem do Brasil como um país de oportunidades.

Em relação à presença de doenças infectocontagiosas na população do estudo avaliadas pelo PAS a Figura 01 descreve a prevalência dos fatores de risco às doenças infectocontagiosas nos noventa dias anteriores a coleta dos

dados. A quantidade total dos sintomas para cada uma das dez diferentes patologias, apresentando demonstra maior frequência de sintomas presentes nos últimos noventa (90) dias para Influenza (9,3%), seguida pela coqueluche (8%), difteria (6,4%) e tuberculose (5,9%) na população de refugiados.

**Figura 01: Quantidade de fatores associados a cada doença observada**



Na tabela 02 pode-se observar a correlação de cada sintoma para as quatro doenças com maior frequência de fatores associados e a relação entre as demais variáveis do estudo.

**Tabela 02: Associação dos fatores de risco da Influenza, Coqueluche, Difteria e Tuberculose com as demais variáveis de estudo**

Influenza	Dor muscular			Febre			Corrimento nasal			Fraqueza		
	Não	Sim	p	Não	Sim	p	Não	Sim	p	Não	Sim	p
<b>Idade (a)</b>	33,51 ± 7,43	33,59 ± 6,56	00,85	33,42±7,41	33,88±5,6	00,71	33,07±6,62	36,45±11,90	00,18	36,45±7,24	32,52±8,6	00,66
<b>Sexo (b)</b>			00,2			00,46			00,18			00,17
Feminino	99 (44,6%)	14 (35,9%)		105 (43%)	8 (47,1%)		100(42,2)	13 (54,2%)		108 (44,3%)	5 (29,4%)	
Masculino	123 (55,4%)	25 (64,1%)		139 (57%)	9 (52,9%)		137(57,8)	11 (45,8%)		136 (55,7%)	12(70,6%)	
<b>País de origem</b>			00,04**			00,03**			00,23			00,04*
Haiti	93 (41,9%)	22 (56,4%)		101(41,4)	14(82,4)		104(43,9)	11 (45,8%)		102 (41,8%)	13(76,5%)	
Venezuela	93 (41,9%)	13 (33,3%)		130(53,3)	2 (11,8%)		122(51,5)	10 (41,7%)		130 (5,3%)	2 (11,8%)	
Outros	10 (4,5%)	4 (10,3%)		13 (5,3%)	1 (5,9%)		11 (4,6%)	3 (12,5%)		12 (4,9%)	2 (11,8%)	
<b>Coqueluche</b>	Espirros frequentes			Febre			Corrimento nasal			Olhos lacrimejando		
	Não	Sim	p	Não	Sim	p	Não	Sim	p	Não	Sim	p
<b>Idade (a)</b>	33,12 ± 6,81	34,92 ± 9,65	00,27	33,42±7,41	32,88±5,6	00,71	33,10±6,61	36,41±12,39	00,23	33,36 ± 7,34	4,33±5,27	00,67
<b>Sexo (b)</b>			00,14			00,46			00,18			00,47
Feminino	100 (44,8%)	13 (34,2%)		105 (43%)	8 (47,1%)		101(42,3)	12 (54,5%)		111 (43,5%)	2 (33,3%)	

Masculino	123 (55,2%)	25 (65,8%)		139 (57%)	9 (52,9%)		138(57,7)	10 (45,5%)		144 (56,5%)	4 (66,7%)	
<b>Pais de origem</b>			00,1			00,03**			00,12			00,06
Haiti	95 (42,6%)	20 (52,6%)		101(41,54)	14(82,4)		104(43,5)	11 (50%)		112 (43,9%)	3 (50%)	
Venezuela	118 (52,9%)	14 (36,8%)		130(53,3)	2 (11,8%)		124(51,9)	8 (36,4%)		131 (51,4%)	1 (16,7%)	
Outros	10 (4,5%)	4 (10,5%)		13 (5,3%)	1 (5,9%)		11 (4,6%)	3 (13,6%)		12 (4,7%)	2 (33,3%)	
<b>Difteria</b>	Espirros frequentes			Febre			Corrimento nasal			Olhos lacrimejando		
	Não	Sim	p	Não	Sim	p	Não	Sim	p	Não	Sim	p
<b>Idade (a)</b>	33,12 ± 6,81	34,92 ± 9,65	00,27	33,42±7,41	32,88±5,56	0,71	33,10±6,61	36,41±12,39	00,23	33,36 ± 7,34	4,33±5,27	00,67
<b>Sexo (b)</b>			00,14			00,46			00,18			00,47
Feminino	100 (44,8%)	13 (34,2%)		105 (43%)	8 (47,1%)		101(42,3)	12 (54,5%)		111 (43,5%)	2 (33,3%)	
Masculino	123 (55,2%)	25 (65,8%)		139 (57%)	9 (52,9%)		138(57,7)	10 (45,5%)		144 (56,5%)	4 (66,7%)	
<b>Pais de origem</b>			00,1			00,03*			00,12			00,06
Haiti	95 (42,6%)	20 (52,6%)		101(41,54)	14 (82,4%)		104(43,5)	11 (50%)		112 (43,9%)	3 (50%)	
Venezuela	118 (52,9%)	14 (36,8%)		130(53,3)	2 (11,8%)		124(51,9)	8 (36,4%)		131 (51,4%)	1 (16,7%)	
Outros	10 (4,5%)	4 (10,5%)		13 (5,3%)	1 (5,9%)		11 (4,6%)	3 (13,6%)		12 (4,7%)	2 (33,3%)	
<b>Tuberculose</b>	Dor muscular			Febre			Corrimento nasal			Fraqueza		
	Não	Sim	p	Não	Sim	p	Não	Sim	p	Não	Sim	p
<b>Idade (a)</b>	33,39 ± 7,39	33,22 ± 4,29		33,61±7,42	30,60±4,1		33,42 ± 7,40	32,80±5,3		33,44 ± 7,38	32,61±6,4	
<b>Sexo (b)</b>			00,17			00,52			00,14			00,26
Feminino	111 (44%)	2 (22,2%)		104(43,2)	9 (45%)		109(44,3%)	4(26,7%)		107 (44%)	6 (33,3%)	
Masculino	141 (56%)	7 (77,8%)		137(58,8)	11 (55%)		137 (55,7%)	11(73%)		136 (56%)	12(66,7)	
<b>País de origem</b>			00,11			00,04**			00,01**			00,01**
Haiti	108 (42,9%)	7 (77,8%)		101(41,9)	14 (70%)		108 (43,9%)	7(46,7%)		102 (42%)	13(72,2)	
Venezuela	130 (5,6%)	2 (22,2%)		127(52,7)	5 (25%)		129 (52,4%)	3 (20%)		129 (53,1%)	3 (16,7%)	
Outros	14 (5,6%)	0 (0%)		13 (5,4%)	1 (5%)		9 (3,7%)	5 (33%)		12 (4,9%)	2 (11,1%)	

(a) teste t para amostras independentes

(b) Teste exato de Fischer

\*\* Significativo ao Nível de 0,05

Em relação a frequência dos sintomas para doenças infectocontagiosas, influenza apresentou trinta e nove casos em que houve a sinalização de dor muscular (14,9%), seguido de vinte e quatro casos de corrimento nasal (9,2%), febre com dezessete (6,5%), e dezessete de fraqueza (6,5%). Para coqueluche houve predominância por espirros com trinta e oito participantes (14,6%) seguidos de corrimento nasal com vinte e dois (8,4%) febre (6,5%) e olhos lacrimejando com (2,3%) dos casos.

Para difteria foram sinalizados vinte e oito (5,4%) casos de dor de garganta e rouquidão, dezessete (6,6%) relatos de febre, seguidos por corrimento nasal (5,4%) e dificuldade para falar e engolir (1,1%). Para sintomas de tuberculose houve predominância por perda de peso com vinte (7,7%) participantes seguidos de cansaço com dezesseis (6,9%) casos, suor noturno (5,7%) e tosse com presença de sangue com (3,4%) dos casos.

Como resultado o estudo mostrou a relação entre país de origem e os sintomas para doenças infectocontagiosas, na tabela 02 houve correlações significativas para fatores de risco maior para participantes oriundos do Haiti que para Venezuela, mesmo que a população presente no estudo foi composta em sua maior parte por Venezuelanos.

Ainda neste contexto o estudo apresentou a correlação com o sintoma febre como mais presente em participantes Haitianos nas quatro patologias com maior presença de fatores de risco, o sintoma fraqueza foram correlacionados significativamente na população Haitiana para influenza e tuberculose.

## **6 DISCUSSÃO**

O controle das doenças infecciosas é um grande desafio, pois, está baseado em intervenções que visam identificar os fatores de risco e interromper um ou mais ciclos da cadeia epidemiológica dos agentes causadores de doenças para os seres humanos. Estas intervenções são traçadas com base no diagnóstico baseado na realização de exame físico e resultados laboratoriais.

As doenças infecciosas são doenças causadas por microrganismos como vírus e bactérias presentes ou não no organismo humano sem causar qualquer dano. No entanto, quando há alterações no sistema imunológico estes microrganismos multiplicam-se aproveitando a condição do meio causando o estado de doença. Estas podem ser adquiridas por meio do contato direto com o agente infeccioso através da exposição por diferentes vias e transmitidas de pessoa para pessoa, sendo denominadas infectocontagiosas.

As doenças infectocontagiosas são patologias de fácil e rápida transmissão porém, necessita de um agente intermediário que é o principal agente transmissor ou vetor. Nestes casos, o agente transmissor não necessariamente precisa estar doente, pode encontrar-se em período de incubação cujo agente não causou sintomas ou apresentar sintomas inespecíficos, muitas vezes leves, ou ainda, pode estar apenas colonizado, sem presença alguma dos sintomas mas, com potencialidade de transmissão a outros indivíduos (ANDRADE, 2013).

Neste contexto o estudo apresentou em seus resultados o relato dos participantes sobre a presença de sintomas no período de noventa dias que antecederam a data da entrevista. Para as doenças estudadas, este período representa alto risco para a transmissão. Doenças infectocontagiosa como influenza e tuberculose, mesmo que com tratamento anterior apresentam risco de multirresistência perdurando em período de latência por maior tempo no organismo do transmissor, aumentando assim a incidência de transmissão.

O Haiti está localizado na segunda maior ilha do Caribe, sendo o terceiro maior país da região. Em janeiro de 2010, um terremoto de proporções catastróficas, “7.3 pontos na escala de Richter”, atingiu o país à aproximadamente 22 quilômetros da capital, Porto Príncipe onde, foi evidenciada a destruição que 80% das construções da então cidade mais populosa da região.

Frente a este cenário catastrófico, associado a crises políticas e econômicas que o país vinha sofrendo a mais de uma década, milhares de haitianos migraram para outros países na busca por trabalho e melhores condições de vida. O Brasil foi um dos principais destinos da população que buscava por permissividade fronteiriça. Com isso, foi observado um aumento considerável de imigrantes haitianos nos estados do norte do país, em 2010 a população era de aproximadamente 595 indivíduos, saltando para quase 30.000 no ano de 2014.

Inicialmente, os haitianos solicitaram refúgio, mas, por não atenderem às solicitações do CONARE, muitos foram recusados favorecendo a entrada ilegal. Apesar de entrarem principalmente pelo estado do Acre, a maior parte

dos imigrantes dispersou-se para as regiões Sul e Sudeste, infiltrando-se na sociedade brasileira através das grandes cidades.

A principal consequência do fluxo migratório haitiano no Brasil pode ser vista na região norte, um cenário dramático contando com a falta de recursos, alimentos, aumento de doenças e da violência. A população local também sofreu as consequências dessa imigração, visto que as esferas públicas de atendimento à população não conseguiram fiscalizar e acompanhar os migrantes, além claro, não proporcionaram para os recém-chegados atendimento e condições básicas como, saúde, educação e abrigo.

A realidade sanitária atual do Haiti apresenta alguns dos mais baixos indicadores de saúde das Américas, resultado da degradação política e econômica, agravando-se com a devastação provocada pelo terremoto. É neste contexto de calamidade pública, que os indivíduos buscaram refúgio e adentraram de diversas formas no Brasil até os dias atuais.

Neste momento o Haiti sofre com a falta de saneamento básico e fragilidade de seu sistema de saúde, que, além de ser predominantemente privado, possui pouca capacidade de atender à população, o que resulta em elevados coeficientes de mortalidade e altos índices de transmissão de doenças já erradicadas ou controlados em outros países entre a população local, gerando uma realidade preocupante frente à situação migratória.

A Venezuela está entre os países mais urbanizados da América Latina, cerca de 85% da população vive em grandes centros urbanos. Sua crise política e econômica é conhecida e agravou-se nos últimos cinco anos, atualmente, o país encontra-se em uma situação de conflito interno em razão da disputa entre o atual presidente e a oposição venezuelana que denuncia os abusos de poder, crise econômica, humanitária e ainda o risco de uma intervenção externa.

A dimensão do colapso pode ser vista nos números do produto interno bruto do país que mostrou entre os anos de 2013 e 2017, uma queda de 37%. Frente à situação agravante como desemprego e inflação, desencadearam o aumento da fome, que conforme dados da ONU, fez a população da Venezuela perder, em média, 11 quilos no ano passado (ONU,2018).

O Brasil que faz fronteira com Venezuela é atualmente o país com maior fluxo migratório, a entrada dos migrantes acontece por Roraima, considerado em 2018 o corredor humanitário sul-americano. Esse foi o estado brasileiro mais afetado pelo intenso fluxo migratório resultando em sobrecarga dos serviços públicos, gerando impossibilidade de inserir a população de recém chegados em programas públicos.

A área da saúde sofreu maior impacto com o intenso fluxo migratório, doenças já erradicadas em território brasileiro reapareceram nas cidades, e instalações improvisadas para abrigar os refugiados. O índice de má nutrição de crianças na Venezuela atingiu 17%, um dos os piores índices das américas, de acordo com as Nações Unidas, 32% dos venezuelanos não possuíam saneamento básico, 17% não possuem acesso a água potável, realidade que motivou a migração para o Brasil mesmo que com histórico desconhecido de saúde.

A realidade atual neste país conta com o aparecimento de doenças já erradicadas em muitos outros e variam desde febre tifoide, difteria, febre amarela, cólera, hepatites e a tuberculose, presentes em todas as regiões. Outro agravante é que conforme dados da ONU, apenas 3% dos doentes são tratados, a maioria das grandes cidades não possui instalações de tratamento, diagnóstico ou programas efetivos de saúde coletiva.

O fluxo imigratório de venezuelanos que se instalou no Brasil já é classificado por alguns estudiosos e jornalistas como êxodo, ainda que os dados apresentados representem um grande numero de imigrantes que adentraram o território brasileiro, não é possível confirmar com precisão o número de venezuelanos que permanecem no Brasil.

Este cenário resulta em uma realidade dramática, pois, tanto Venezuelanos quanto Haitianos que buscam no Brasil novas oportunidades são encontrados em diferentes regiões do país em semáforos pedindo esmolas, roupas ou alimentos nas grandes cidades brasileiras. Esta situação refletiu a fragilidade para inserir migrantes aos sistemas públicos de saúde, educação e inclusão social.

Os migrantes recebidos no Brasil contam com um sistema de saúde universal, composto pela garantia de acesso de toda a população aos serviços de saúde, em todos os níveis de assistência. Ou seja, todos devem ter acesso gratuito, e facilitado não importando o sexo, idade, religião ou nacionalidade o que nem sempre é apresentado de forma clara.

A Constituição Federal de 1988 assegura o direito à saúde como sendo direito fundamental e social do ser humano, resguardado através do artigo 6º da carta magna (MIRANDA, 1998). O mesmo artigo também assegura a implantação de políticas públicas e econômicas como forma de efetivação do direito à saúde, com o objetivo de diminuir o número de doenças de grave risco, o acesso igualitário e universal à saúde e a promoção de políticas preventivas e de recuperação ao direito à saúde (DIAS, 2018).

A garantia do direito à saúde se concretiza a partir de políticas sociais e econômicas executadas pelo estado, visando diminuir riscos de doenças através do acesso universal à saúde e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (SMANIO, 2013). Neste contexto o estado tem o compromisso de garantir a qualidade nos serviços e o acolhimento de forma integrativa não só para quem busca mas também para quem necessita da promoção da saúde.

Frente a esta situação a educação torna-se essencial, é um processo importante na prevenção e na promoção da saúde porquanto promove o conhecimento necessário para o individuo sobre sua condição, o uso de medicamentos ou a importância na realização de procedimentos diagnósticos. Estas ações facilitam a adesão ao plano terapêutico, já que em muitos casos o conhecimento limitado, traduzido pela compreensão inadequada de como lidar com seu quadro patológico, aceitação do regime terapêutico e a dificuldade de aderir ao plano de tratamento afastam os usuários dos serviços (ANDRADE, 2013).

Através desta leitura são observadas lacunas importantes na inserção do migrante ao sistema de saúde brasileiro, onde, não são identificadas medidas de busca ativa por este recém-chegado pelo estado, existindo apenas a disponibilização de um SUS ainda não apresentado ao migrante.



A adaptação de um indivíduo ou grupo de outra etnia em território brasileiro necessita de políticas específicas com um planejamento de ações mais efetivas, composto de programas de inclusão com foco na busca, um esforço ainda maior por parte dos agentes que atuam no acolhimento ao refugiado, fato este que torna-se um desafio com consequências importantes como a marginalização de acesso e a disseminação das doenças infectocontagiosas entre a população em geral.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A carência sobre as condições de saúde dos refugiados recebidos no Brasil é um fator preocupante, pois, ainda é considerado precário já que um dos aspectos observados é a estrutura etária desta população composta predominantemente por jovens adultos que buscam por uma oportunidade de trabalho provenientes de países com diferentes culturas sobre o processo saúde-doença.

A fragilidade na avaliação do quadro de saúde está relacionada basicamente no processo de acolhimento atual que não possui uma visão holística sobre o indivíduo e sua saúde, assim como, não garante a inclusão do mesmo às políticas públicas de saúde, não instrui o recém chegado sobre a abrangência do SUS, não informa sobre políticas públicas de saúde e política nacional de imunizações, assim como, não identifica ou busca conhecer o histórico progresso de saúde, uma carência importante e com alto impacto no âmbito da saúde coletiva (SAÚDE, 2018).

Quando se trata de saúde pública, o sistema único de saúde é abrangente e garante que qualquer pessoa seja atendida, mesmo sem portar qualquer documento de identificação, cartão do SUS, entre outros. Porém, percebe-se também que há uma carência na demanda de capacitação para profissionais que atuam no atendimento desta população. A falta de informação e de preparo adequado de profissionais de diversas áreas do sistema de saúde, relacionadas às especificidades da questão migratória e direitos dos

imigrantes, distanciam a necessidade dos refugiados das possibilidades de assistência proposta pelo SUS.

Considerando que apesar de políticas públicas serem implementadas para acolher e atender os refugiados no Brasil sejam pertinentes, observa-se a necessidade de ações que identifiquem o quadro de saúde destes refugiados recém chegados ao país, e estabeleçam fluxos efetivos de encaminhamento e promoção da saúde conforme as necessidades apresentadas por cada indivíduo. Com isso, a proposta de elaboração de meios que direcionem estes refugiados aos serviços especializados dentro do município de Porto Alegre/RS torna-se necessários.

## **8 PRODUTO SOCIAL**

A migração forçada tornou-se uma problemática de proporções globais e aumenta a cada ano revelando um drama crescente em razão dos conflitos nacionais e internacionais existentes em várias partes do mundo, onde, o número de refugiados vem aumenta exponencialmente.

Nos últimos anos o Brasil tornou-se um país de referencia para os que procuram por uma nova oportunidade de vida, tanto por sua permissividade, quanto por ser um país emergente com muitas oportunidades de trabalho e renda. Com isso, estruturas governamentais apresentam fragilidades para absorver e acompanhar a população, contando com o auxilio de estruturas não-governamentais como complemento para a assistência ao recém-chegado.

Frente ao contexto, o produto social do estudo foi a elaboração e aplicação do Protocolo de Admissão em Saúde (PAS) (APÊNDICE A), ferramenta que busca auxiliar estas estruturas na avaliação do quadro de saúde da população recém-chegada através da aplicação de um instrumento de avaliação com a proposta de fornecer um panorama sobre o quadro de saúde e a presença de sintomas importantes para doenças de alto índice de contágio e transmissão. Outro objetivo do PAS, é promover a integração entre o SUS e o indivíduo recém-chegado.

Este protocolo (PAS) será disponibilizado a todos os serviços de acolhimento e admissão de migrantes e refugiados do país com objetivo de

contribuir e ser uma ferramenta importante na obtenção de informações sobre a saúde da população de refugiados que buscam no Brasil uma melhor qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

ONU - **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Toda pessoa tem direito à liberdade de locomoção e residência dentro das fronteiras de cada Estado. *Revista Interação*, v. 12, n. 12, p.02-11, periodicidade semestral 2017.

GEORGE M., **A globalização inacabada migrações internacionais e pobreza no século 21**. *Revista São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v.19, n.3 São Paulo July/Sept 2005.

ACNUR - Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados. **Manual de procedimentos e critérios para a determinação da condição de refugiado: de acordo com a Convenção de 1951 e o Protocolo de 1967 relativos ao Estatuto dos Refugiados**. 3. ed. 2011. Disponível em: <[http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/portugues/Publicacoes/2013/M anual\\_de\\_procedimentos\\_e\\_criterios\\_para\\_a\\_determinacao\\_da\\_condicao\\_de\\_refugiado.pdf?view=1](http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/portugues/Publicacoes/2013/M anual_de_procedimentos_e_criterios_para_a_determinacao_da_condicao_de_refugiado.pdf?view=1)>. Acesso em: 08.08.2019.

MOTA, A.; Marinho, M. G. S. M. C.; Silveira, C. (Org.). **Saúde e história de migrantes e imigrantes: direitos, instituições e circularidades**. São Paulo: FMUSP, 2014.

BRASIL. **Lei nº 9.474, de 22 de julho de 1997**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9474.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9474.htm)>. Acesso em: 21.06.2019.

BRASIL. **Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato20152018/2017/lei/l13445.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20152018/2017/lei/l13445.htm)>. Acesso em: 24.06.2019.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Disponível em: <<http://www.onu.org.br/img/2014/09/DUDH.pdf UNIC / Rio / 005>>. Acesso em: 28.07.2019.

CONARE - **Ministério das Relações Exteriores** Disponível em: <<http://www.itamaraty.gov.br/pt-BR/politica-externa/paz-e-seguranca-internacionais/refugiados-e-o-conare> acessado em 28/06/2018>. Acesso em: 22.06.2019

**DECRETO Nº 49.729, de 22 de outubro de 2012**. Disponível em: <<http://www.al.rs.gov.br/filerepository/repLegis/arquivos/DEC%2049.729.pdf>> Acesso em: 24.06.2018.

SANTOS, A. **Conceito de Saúde: perspectiva histórica**. *Âmbito Jurídico*, Rio Grande, v.14, n.93, 2011. Disponível em: <[http://ambitojuridico.com.br/site/?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=10598&revista\\_caderno=9](http://ambitojuridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=10598&revista_caderno=9)>. Acesso em: 22.06.2019.

MARTIN, D.; GOLDBERG, A. **Imigração, refúgio e saúde: perspectivas de análise sociocultural**. *Revista Saúde e Sociedade*. São Paulo v.27, n.1, p.26-36, periodicidade mensal, 2018.

SILVA, D. **O fenômeno dos refugiados no mundo e o atual cenário complexo das migrações forçadas**. *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*, São Paulo. vol.34 n.1 , periodicidade bimestral, 2017.

BRAGA, J. L. R.; KAROL, E. **A temática dos refugiados na geografia da população**. In: **10º Encontro Nacional de Prática de Ensino em Geografia (ENPEG)**. Porto Alegre, Anais 2009. Disponível em: <[http://www.agb.org.br/XENPEG/artigos/GT/GT5/tc5%20\(30\).pdf](http://www.agb.org.br/XENPEG/artigos/GT/GT5/tc5%20(30).pdf)>. Acesso em: 20.06.2019.

ZETTER, R. **Protection in crisis: forced migration and protection in a global era**. **Washington, DC: Migration Policy Institute, 2015**. Disponível em: <<http://www.migrationpolicy.org/research/protection-crisis-forced-migration-and-protection-global-era>>. Acesso em: 18.06.2019.

MANUEL V. DIAS S. **Transculturalidade: o enfermeiro com competência cultural**. *Revista Mineira de Enfermagem*, Campo Grande, v.16, n.1, p. 120-127 periodicidade trimestral, 2012.

GUSTAFSON D. **Transcultural nursing theory from a critical cultural perspective**. *Journal Adversin Nurse Sciety*, v.21, pag: 2-16 periodicidade mensal, 2005.

FONSECA ML. **The Changing face of Portugal: immigration and ethnic pluralism**. *Journal Canadian Diversity*. V,4, n.1, p.57-62, periodicidade mensal, 2006.

ROXO J.R. **O toque na pratica clínica**. *Revista de Enfermagem Referência*, Coimbra, v.6, p.77-89, periodicidade semestral, 2008.

MIRANDA, J. **Manual de Direito Constitucional**, *Revista de Enfermagem Referência*, Coimbra, 2 ed., 1998.

DIAS, H. **Políticas públicas de saúde no Brasil**. Disponível em: <<https://helenadmab.jusbrasil.com.br/artigos/190097706/politicas-publicas-de-saude-no-brasil>>. Acesso em: 09.07.2019.

SMANIO, G.P.; BERTOLIN, P. T. **O Direito e as Políticas Públicas no Brasil**, São Paulo, Editora Atlas. p. 249, 2013.

ANDRADE, L. L. NÓBREGA, M. L. FREIRE, M. E. M. NÓBREGA, R. V. **Diagnósticos de Enfermagem para Clientes Hospitalizados em uma Clínica de Doenças Infectocontagiosas**, *Revista da Escola de Enfermagem USP*, São Paulo v.47 n.2 abril, 2013.

SOUZA, M. B. ANTUNES, C. F. GARCIA G. F. **Perfil de Sensibilidade e Fatores de Risco Associados à Resistência do Mycobacterium Tuberculosis, em Centro de Referência de Doenças Infecto-contagiosas de Minas Gerais**, *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. São Paulo, v.32 n.5 outubro 2006.

## APENDICE A: PROTOCOLO DE ADMISSÃO EM SAÚDE - PAS



### PROTOCOLO DE ADMISSÃO EM SAÚDE (PAS)

1) País de origem:	
2) Data de Nascimento:	3) Anos de estudo:
4) Religião:	5) Idioma:
6) Ocupação em seu país de origem:	7) Ocupação no Brasil:
8) Situação Conjugal: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> viúvo <input type="checkbox"/> _____	9) Número de Filhos:
10) Número de filhos residentes no Brasil:	
11) Parentes no Brasil: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Observações:

	Muito Ruim	Ruim	Nem Ruim Nem Boa	Boa	Muito Boa
12) Como você percebe a sua saúde?	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
13) Como você percebe a sua qualidade de vida?	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
14) Massa corporal total (peso):	15) Estatura (altura):				
16) Você sente dor frequentemente?	<input type="checkbox"/> SIM		<input type="checkbox"/> NÃO		
17) Se sentir, qual o local da sua dor?					
18) Circule o valor que representa a intensidade da sua dor "sendo 1 a mais fraca e 10 a mais forte"	1 <u>2</u> 3 4 5 6 7 8 9 10				
	<input type="checkbox"/> NENHUM				

**Assinale os sintomas/problemas que você sentiu nos últimos três meses:**

<b>1</b>	Espirros frequentes	DESDE: _____ _____				Olhos lacrimejando	INICIO: _____ _____
<b>2</b>	Dor muscular	INICIO: _____ _____			Corrimento nasal		INICIO: _____ _____
<b>3</b>	Dor de garganta ou rouquidão	INICIO: _____ _____					Fraqueza
<b>4</b>	Dor ao mastigar e engolir	INICIO: _____ _____	Febre				DESDE: _____ _____
<b>5</b>	Dor e calafrios ao redor do ferimento	DESDE: _____ _____	INICIO: _____ _____		Cansaço	DESDE: _____ _____	Inchaço nas glândulas salivares "pescoço"
<b>6</b>	Dor ou queimação	INICIO: _____ _____			Ferida infectada "purulenta"	DESDE: _____ _____	Suor
<b>7</b>	Dores em todo corpo ou costas	DESDE: _____ _____			Lesões bolhosas ou vermelhidão	INICIO: _____ _____	Formigamento
<b>8</b>	Dor Abdominal	DESDE: _____ _____					
<b>9</b>	Feridas indolores em região íntima	DESDE: _____ _____	Urina escura	INICIO: _____ _____			
<b>10</b>	Tosse com presença de sangue	DESDE: _____ _____	Manchas vermelhas pelo corpo	DESDE: _____ _____	Perda de apetite	INICIO: _____ _____	Náuseas e vômitos
			Perda de peso	INICIO: _____ _____	Suor noturno	DESDE: _____ _____	Cansaço
							DESDE: _____ _____

Este Instrumento foi elaborado pelo mestrando Mauricio da Silva Roxkow Fraga sob orientação do Doutor Alexandre Ramos Lazzarotto. No caso de utilização deste Instrumento os autores deverão ser citados.