

Famílias refugiadas africanas: qualidade de vida, expectativas e necessidades em relação à saúde¹

African refugee families: quality of life, needs and expectations regarding health

Ana Lucia de Moraes Horta^a

 <https://orcid.org/0000-0001-5643-3321>

E-mail: analuciahorta18@gmail.com

Maria Goreti Cruz^a

 <https://orcid.org/0000-0002-5993-9077>

E-mail: goreti.cruz.27@gmail.com

Gabriela Carvalho^a

 <https://orcid.org/0000-0002-3387-2521>

E-mail: gabsbezerra@gmail.com

^aUniversidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Enfermagem. Departamento de Saúde Coletiva. São Paulo, SP, Brasil.

Resumo

O Brasil abriga indivíduos de diversos países em situação de refúgio, tal como é definida pela Lei nº 9.474/1997 ou por autodeclaração. O uso do Sistema Único de Saúde faz parte dos direitos dos refugiados. Apesar desse direito, observa-se a ocorrência de preconceitos, desinformação e dificuldades de acesso a serviços. O objetivo desta pesquisa foi mensurar a qualidade de vida e compreender as necessidades e expectativas de famílias de refugiados africanos em relação à saúde. O estudo foi realizado em dois momentos: quantitativo e qualitativo. Os participantes responderam a escala de qualidade de vida WHOQOL-bref. Foi extraída uma família da amostra para a realização do genograma estrutural e de entrevista semiestruturada com questão norteadora. A análise quantitativa foi feita por estatística descritiva e os discursos obtidos, pela análise de conteúdo proposta por Laurence Bardin. Como resultados, no parâmetro de 0 a 100, a média apresentada foi de 49,57, classificando a qualidade de vida como “nem boa, nem ruim”. Esse resultado é condizente com os discursos dos entrevistados e está relacionado à falta de emprego e dinheiro. Em relação à saúde, as avaliações não diferem das dos brasileiros: o serviço apresenta demora no atendimento, faltam médicos e os postos são distantes. Destaca-se também o preconceito vivido por alguns participantes ao serem atendidos pelos serviços de saúde, pelo fato de serem africanos.

Palavras-chave: Refugiado; Família; Qualidade de Vida; Saúde.

Correspondência

Ana Lucia Horta

Rua Napoleão de Barros, 754, 3 andar, sala 321. São Paulo, SP, Brasil.
CEP 04012-060.

¹ Este artigo é parte de pesquisa do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (Pibic) e foi extraído de trabalho de conclusão de curso de graduação em enfermagem, que contou com o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Abstract

Brazil is home to individuals from different countries in refuge situation, as defined by Law no. 9,474/1997 or by self-declaration. The Brazilian National Health System is available to refugees, but, despite this right, prejudice, misinformation, and difficulties in accessing these services are observed. The objective of this research is to measure their quality of life and to understand the needs and expectations of African refugee families in relation to health. The study was performed in two moments: a quantitative and a qualitative one. Participants responded to the WHOQOL-Bref quality of life scale. A sample family was extracted to compose the structural genogram and to participate in a semi-structured interview with a guiding question. The quantitative analysis was done by descriptive statistics and the discourses obtained were evaluated by the content analysis proposed by Laurence Bardin. Results showed, in the 0 to 100 parameter, a mean of 49.57, classifying the quality of life as “neither good, nor bad”. This result is consistent with the discourses of the interviewees, related to lack of employment and money. Regarding health, their evaluations do not differ from those of Brazilians: the service presents delays in care, lack of doctors and the health posts are far away. The prejudice suffered by some participants when being attended by the health services, related to being African, was also highlighted.

Keywords: Refugee; Family; Quality of Life; Health.

Introdução

Os diversos conflitos e guerras produzem a migração forçada de pessoas ao longo da história. A situação dos refugiados alcança repercussão e visibilidade em nível mundial, principalmente pela facilidade atual de acesso à informação. Trata-se de um grave problema de ajuda humanitária, portanto se faz necessário olhá-lo com atenção.

O Brasil foi o primeiro país da América Latina a ter uma lei específica sobre refugiados. Tal lei instituiu o Conselho Nacional para os Refugiados (Conare), que é baseado na proteção tripartite entre o Estado, o Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (Acnur) e a sociedade civil (Bógus; Rodrigues, 2011). A política de refugiados começou a crescer, e nos anos 1990 foi sancionado o projeto de lei para refugiados, acompanhando o Plano Nacional de Direitos Humanos. Foi, portanto, no ano de 1997 que foi aprovada a Lei nº 9.474/1997, definindo como refugiados os sujeitos que se encontram fora de seu país de nacionalidade, não podendo ou não querendo proteção do país natal, ou não tendo nacionalidade e estando fora do país onde antes teve sua residência habitual, por motivo de fundados temores de perseguição por raça, religião, nacionalidade, grupo social ou opiniões políticas; ou por grave e generalizada violação de direitos humanos, sendo obrigado a deixar seu país de nacionalidade, buscando refúgio em outro país (Brasil, 1997). Além da definição legal do estado de refúgio, também deve ser levado em conta os casos dos autodeclarados refugiados que, apesar de o país de origem não estar em situação de guerra, podem ter fugido por ameaças, condições ruins e outros fatores que o impossibilitem de ficar em sua terra natal.

Dos diversos povos que procuram o Brasil como refúgio, destacam-se os provenientes da África. Segundo o relatório *Refúgio em números* (Brasil, 2018), divulgado pela Conare, o Brasil reconheceu, no período de 2007 a 2017, um total de 10.145 refugiados, sendo destes 13% (953) proveniente do Congo, 2% (125) proveniente de Mali, 1% (75) proveniente da Angola, 1% (73) proveniente da República da Guiné e 1% (49) proveniente de

Camarões. Os países africanos compõem, ainda, as principais nacionalidades com pedidos de refúgio em tramitação, com Senegal (13%), Angola (7%), Nigéria (4%), República Democrática do Congo (4%) e Gana (3%). A maior parte dos países africanos, no período pós-Guerra Fria e somado à crescente globalização, tem vivenciado cenários turbulentos na política, que por vezes culminam em massacres e grande violência (Medeiros, 2010). Para entender melhor os conflitos africanos, é necessário analisar as intervenções colonialistas que fizeram a divisão territorial do continente e que foram movidas por interesses financeiros, desprezando, portanto, diferenças étnicas e culturais da população local. Desse modo, diversos grupos considerados rivais foram colocados no mesmo território, enquanto grupos da mesma etnia foram separados. Com o fim da Segunda Guerra Mundial, começou o processo de independência desses territórios, porém, a demarcação feita anteriormente pelos colonizadores foi mantida, havendo, então, vários conflitos armados entre os grupos de etnias diferentes pelo poder (Medeiros, 2010). De acordo com um levantamento do site *Wars in the World*, dos 54 países que compõem o continente africano, 24 encontram-se atualmente em guerra civil ou conflitos armados (MAP..., 2018). A consequência de tais conflitos é a expulsão de milhares de pessoas para outros lugares, em busca de paz e melhores condições de vida.

Uma atenção que deve ser dada ao refugiado é em relação à sua saúde, considerando que sua condição é normalmente marcada por dificuldades físicas e emocionais, decorrentes de traumas vividos, separação da família, dificuldade de viagem, entre outros fatores. Vale ressaltar que tal condição é inerente a qualquer região onde esse sujeito busque auxílio e refúgio. No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) é considerado um dos maiores sistemas de saúde no mundo, o qual preconiza atendimento integral ao paciente. Tal sistema é disponível aos refugiados, que têm sua garantia firmada pela Acnur (2014). Com isso, pessoas tanto em situações de pedido de refúgio quanto na condição de refugiadas têm o direito de serem atendidas em quaisquer hospitais e postos de saúde público no território nacional. Porém, conforme narrado pelos participantes desta

pesquisa, essa população ainda sofre com preconceito, desinformação e dificuldade de acesso.

Considerando que na maioria dos casos ocorre o reagrupamento familiar pela vinda de outros membros, esses fatores podem impactar diretamente a saúde e qualidade de vida dessas famílias. O Grupo de Qualidade de Vida da divisão de Saúde Mental da Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu qualidade de vida como a percepção do indivíduo de sua posição no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Assim, a qualidade de vida dessas famílias deve ser considerada como um fator importante de investigação e investimento a fim de garantir a saúde e prevenir o adoecimento (Friedrich; Macedo; Reis, 2015).

Desse modo, acredita-se ser fundamental a atuação do enfermeiro junto a essa população, considerando que, além de configurar uma realidade do Brasil, a questão da prevenção de doenças e do cuidado com a saúde pode contribuir para a qualidade de vida dessas pessoas.

Diante do exposto, o objetivo deste trabalho foi mensurar a qualidade de vida e compreender as expectativas e necessidades em relação à saúde de famílias africanas no Brasil, o que pode contribuir de forma positiva para a melhoria de vida, prevenção de doenças e adaptação ao sistema de saúde brasileiro.

Método

Trata-se de um estudo de natureza descritiva, realizado em dois momentos: quantitativo e qualitativo. Para a coleta de dados, foi utilizado o tipo de amostragem denominado *snowball* (bola de neve), que consiste em uma amostra não probabilística, utilizando cadeias de referência, e que nada mais é do que utilizar informantes-chave, também denominados sementes, com o intuito de localizar mais pessoas que se encaixem nos requisitos da pesquisa (Vinuto, 2014). A utilização desse tipo de amostragem se faz necessária quando o grupo a ser estudado é de difícil acesso e quando não há precisão da sua quantidade, como é o caso desta pesquisa. O informante-chave, então, ajuda o pesquisador a

acessar essas pessoas, possibilitando que, a cada entrevista, o número de participantes aumente.

O estudo foi desenvolvido entre os meses de agosto de 2016 e abril de 2018. A amostra constituiu-se de 31 participantes na fase quantitativa, utilizando como critério de inclusão a nacionalidade africana em situação de refúgio (aspecto legal e/ou autodeclarado). Na fase qualitativa, foi realizado um recorte aleatório da amostra central. Entretanto, durante a pesquisa, deparou-se com diferenças sociais e culturais em relação à população-alvo, caracterizando-se como um fator limitante, visto que o acesso a essas famílias é difícil, já que por diversos momentos os participantes não se sentem à vontade para dar as informações necessárias para a pesquisa.

A coleta de dados foi separada em duas partes: quantitativa e qualitativa. Na fase quantitativa foi utilizado o questionário de qualidade de vida WHOQOL-bref, que nada mais é do que a versão abreviada do WHOQOL-100 e desenvolvida para ser um instrumento que demanda menor tempo de preenchimento, mas com características psicométricas satisfatórias. Na fase qualitativa, num primeiro momento foi elaborado o genograma estrutural com os membros da família a fim de conhecer a estrutura e dinâmica familiar, e depois foi realizada uma entrevista semiestruturada, utilizando-se da seguinte questão norteadora “Pensando em qualidade de vida, fale sobre as necessidades e expectativas em relação à saúde da sua família?”. A partir desta, outras questões foram desenvolvidas com a finalidade de guiar a conversa e atender os objetivos propostos.

Os dados obtidos na fase quantitativa foram analisados de acordo com uma ferramenta desenvolvida no software Microsoft Excel e direcionados para o cálculo dos escores e estatística descritiva do questionário. A análise foi realizada de acordo com o cálculo dos escores para cada domínio. As questões 1 e 2 sobre qualidade de vida (QV) geral são calculadas em conjunto para gerar um único escore e independente dos outros domínios. As respostas por faceta do WHOQOL-bref foram obtidas por uma escala do tipo Likert, com cinco pontos (1 a 5), invertidos somente nas

questões 3, 4 e 26, nas quais 1=5, 2=4, 3=3, 4=2 e 5=1. Quando um item não é preenchido, ele é substituído pela média das outras facetas que compõem o mesmo domínio. Os escores foram pontuados utilizando a ferramenta Excel, onde os mais altos significam melhor qualidade de vida. O escore final obtido em cada domínio e a QV geral pode se transformar em uma escala de 4 a 20. Os dados também foram submetidos à análise de um profissional estatístico, que realizou os cálculos de frequência e percentual (variáveis categóricas) e média, desvio-padrão, mediana, mínimo e máximo (variáveis contínuas), utilizando-se, ainda, dos testes de correlação de Spearman, teste T e teste de Mann-Whitney.

Os dados obtidos na fase qualitativa foram explorados por meio da análise de conteúdo proposta por Bardin (2011), considerando-se a apreensão não só do que foi dito, mas também de seu contexto emocional. O discurso não é uma transposição transparente de opiniões, atitudes e representações que existem de modo acabado. O que é expresso não é produto acabado e, sim, um momento em um processo de elaboração que inclui contradições, incoerências e imperfeições. Assim, o conteúdo das narrativas foi analisado em busca da compreensão dos significados, levando-se em conta o alinhamento e a dinâmica do discurso. As falas dos participantes foram organizadas em categorias baseadas nos temas que emergiram nos discursos e que foram pertinentes para o objetivo deste estudo.

Resultados

Participaram do estudo 31 indivíduos nascidos em países africanos em situação de refúgio, em sua maioria mulheres (28) e provenientes da Angola (15). Porém, também havia os provenientes do Congo (12), Senegal (1) e Camarões (1). Dois dos participantes não informaram suas nacionalidades. O tempo de permanência no Brasil, até o dia de suas entrevistas, variou de 3 meses a 15 anos (1 participante), sendo a média de 3 anos (Tabela 1).

Tabela 1 – Variáveis de identificação: países, sexo e tempo de imigração

	Total
País de Origem	
Angola	15 (51,8%)
Camarões	1 (3,4%)
Congo	12 (41,4%)
Senegal	1 (3,4%)
Total	29
Missing	2
Sexo	
Feminino	28 (90,3%)
Masculino	3 (9,7%)
Total	31
Tempo no Brasil (meses)	
Média (DP)	39,16 (45,95%)
Mediana	18
Mínimo-máximo	3-180
Total	25

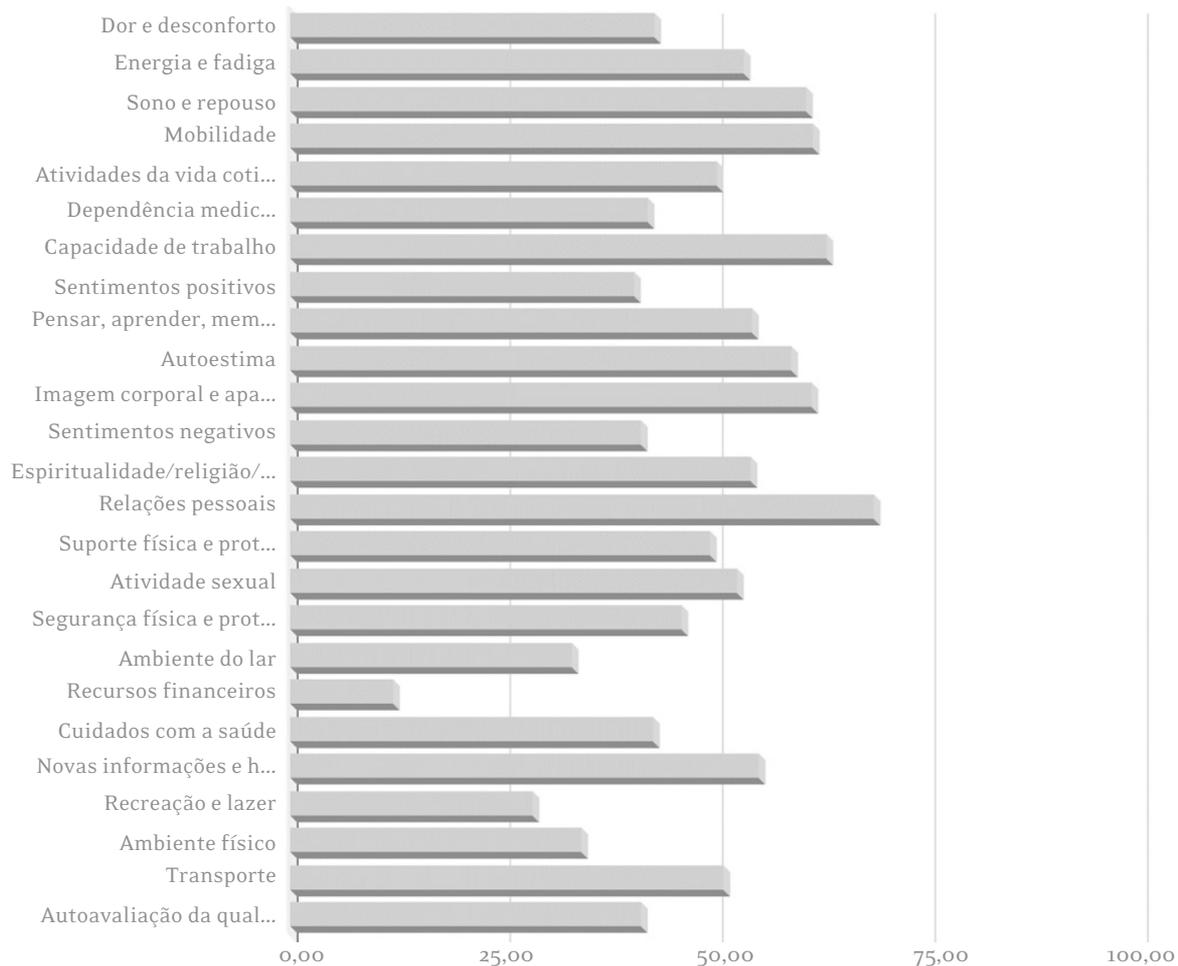
Os dados da análise quantitativa, mostraram um escore final de qualidade de vida com média de 49,57, dado que deve ser avaliado numa escala de 0 a 100. Os domínios que mais justificam este valor são Meio Ambiente, que apresentou um escore de 10,01, e Autoavaliação da Qualidade de Vida, com 10,58, valores que devem ser avaliados numa escala de 0 a 20 (Tabela 2).

Dentro do domínio Meio Ambiente, as facetas que apresentaram valores mais baixos foram as relacionadas aos Recursos financeiros (12,10 de 0 a 100) e Recreação e lazer (28,33 de 0 a 100) (Gráfico 1).

Tabela 2 – WHOQOL-bref, domínios físicos e psicológicos, relações sociais, ambiente e qualidade de vida (N=31)

WHOQOL-bref	Total
Físico	
Média (DP)	13,22 (2,51)
Mediana	13,14
Mínimo-máximo	6,29-18,86
Psicológico	
Média (DP)	12,71 (2,42)
Mediana	12,67
Mínimo-máximo	8-18
Relações sociais	
Média (DP)	13,08 (4,14)
Mediana	13,33
Mínimo-máximo	4-20
Meio ambiente	
Média (DP)	10,01 (2,25)
Mediana	10
Mínimo-máximo	5,71-16,5
Autoavaliação da QV	
Média (DP)	10,58 (2,93)
Mediana	10
Mínimo-máximo	4-16
Geral	
Média (DP)	11,9 (1,8)
Mediana	11,69
Mínimo-máximo	7,36-16,77

Gráfico 1 – Escores por facetas WHOQOL-bref



O domínio Autoavaliação da Qualidade de Vida é composto por duas questões: a primeira relacionada à qualidade de vida propriamente dita e a segunda relacionada à saúde do participante. Foi observado que 48,38% dos participantes avaliam sua qualidade de vida como “nem boa, nem ruim”, seguido por 29,03% que a classifica como “ruim”. Em relação à satisfação com a saúde, 35,2% se referiram como “insatisfeito” (Tabela 3).

A coleta de dados qualitativo por meio do genograma estrutural permitiu compreender a estrutura, a composição familiar e o significado de família. Optou-se por nomear os participantes com nomes de árvores, a fim de preservar sua identidade. Foi evidenciado no genograma que, para os participantes, as pessoas que os acolheram e/ ou

os trouxeram para o Brasil são considerados pai e mãe, conforme são descritas nas categorias.

Após a análise das entrevistas transcritas, originaram-se quatro categorias: (1) a família é composta por quem cuida; (2) compreensão do serviço de saúde; (3) qualidade de vida e saúde dos refugiados; (4) diferenciação do tratamento relacionada a “ser africano”.

A primeira categoria - a família é composta por quem cuida - refere-se ao fato identificado no momento das entrevistas. A família para os africanos é composta por quem cuida e por quem dá apoio emocional e físico. É parte da cultura chamar pessoas mais velhas que contribuem favoravelmente em sua vida de “mãe” e “pai”, mesmo não havendo laços consanguíneos.

Tabela 3 – Classificação da qualidade de vida e saúde – WHOQOL-bref (N= 31)

Classificação	Muito ruim	Ruim	Nem boa, nem ruim	Boa	Muito boa
Q1 Como você avaliaria sua qualidade de vida?	19,3%	29,03%	48,38%	3,22%	0,00%
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito nem satisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
Q2 Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	3,22%	35,4%	25,8%	32,2%	0,00%

A segunda categoria - **compreensão do serviço de saúde** - refere-se à avaliação do refugiado sobre o sistema de saúde brasileiro. Em suas falas os participantes relataram expectativas iniciais em relação ao serviço, afirmando ter uma percepção do serviço muito diferente de como é ele de fato, como descobriram ao se tornarem usuários dele. *Pensava que era tudo ótimo. Mas precisa ouvir, precisa viver, ver* (Eucalipto E4).

Afirmam que há demora no atendimento e difícil acesso às unidades de saúde e hospitais, pontuando o serviço de saúde brasileiro como 5, numa avaliação de 0 a 10.

Ah, dando uma [...] uma estatística né [...] um gráfico né de 0 a 10, acho que estaria no 5. Porque [...] como eu disse na... na entrevista passada que a gente fez, eu tenho um [...] eu tô doente, eu tenho uma dor [...] faz 4 anos que eu já tô aqui no Brasil mas nunca fui atendida, sempre estou na lista de espera. Não posso falar que está ruim e [...] falar que tá bom, muito bom, mas... mais ou menos. (Ébano E3)

A terceira categoria - **qualidade de vida e saúde dos refugiados** - compreende uma autoavaliação do participante acerca da qualidade de vida propriamente dita, o que melhora e o que piora esse valor e como sua saúde impacta a avaliação. Eles afirmaram ser “mais ou menos”, e o principal motivo é a falta de recursos financeiros. Observou-se, também, um fator cultural divergente dos brasileiros, pois a mulher no Brasil precisa trabalhar para ajudar na renda familiar, diferentemente dos países de origem dos participantes, onde apenas o marido trabalhava. *Mais ou menos porque agora eu não tô trabalhando, tô em casa e marido tá trabalhando sozinho. Aqui tem que*

trabalhar o marido e a mulher né, tudo junto, tem que trabalhar pra dar apoio pra ele (Cipreste E2).

Foi referido também que a demora no atendimento nos serviços de saúde interfere na qualidade de vida, visto que perdem tempo em filas e demoram muito para agendar consultas e exames nos serviços de saúde. *Se a gente conseguir melhorar isso, isso ajuda, porque aí protege a minha saúde, a minha família, protege a pessoa que está com esse problema* (Eritrina E1).

A quarta categoria - **diferenciação do tratamento relacionado a “ser africano”** - traz um fator agravante tanto na qualidade de vida dos refugiados como na saúde, revelando o preconceito que essa população sofre. Os entrevistados relataram situações em que identificaram atitudes de preconceito contra si ao serem atendidos nos serviços de saúde brasileiros. O preconceito sofrido está relacionado à cor da pele e ao fato de serem provenientes da África. Os relatos apresentaram grande carga emocional, sentimento de tristeza em sua maioria e de conformidade em alguns casos.

Ah, como sempre, a gente é africanos né [...] Nossa [...] é [...] você já vai na recepção e vem uma pessoa já te olhando, “nossa [...] africano de novo”. Mas [...] a gente se acostumou, devagarinho a gente vai se acostumando né. (Ébano E3)

Você consegue ver o comportamento pessoal, vê que, o jeito que ele me tratou, você vê que houve uma diferença (Eritrina E1). Nas narrativas os participantes relatam que essa diferença de tratamento se dá na fala e na maneira de agir dos profissionais de saúde nos atendimentos. Reconhecem, ainda, que não são todos os profissionais das instituições que se comportam

com manifestações preconceituosas, mas que é frequente a ocorrência desse tipo de situação.

Discussão

A migração forçada traz consequências não apenas para a população que é obrigada a deslocar-se, mas também para a que recebe. As pessoas na condição de refugiados estão em constante movimento, não apenas no sentido geográfico, mas também em suas definições, significados e valores de vida, impulsionadas pelos desafios que enfrentam (Silva, 2017). A fim de minimizar tais consequências, é necessário que o país de refúgio tenha estrutura física e social para de fato acolhê-los.

Tanto nos dados analisados como nos discursos obtidos foi notado que, a despeito dos esforços do país para abrigá-los, ainda há muitas falhas nesse processo. Observou-se que imigrantes sofrem com vulnerabilidade social, devido à não integração na sociedade, são marginalizados, não tendo condições financeiras para melhorarem sua qualidade de vida, e discriminados por serem negros e africanos. Porém, mesmo expostos a diversas situações, é observado em suas falas que a cada dia eles lutam por melhores condições de vida, fato este que coincide com a literatura, apontando o refugiado como alguém que, apesar de sua “acentuada desterritorialização” e de ser marcado pelo sofrimento intenso, vive a abertura de um novo ciclo, com a esperança de conquistar um novo território, criando laços, aprendendo novos idiomas e culturas, e se integrando em uma sociedade desconhecida (Silva, 2017).

Um fato observado nos diálogos foi a diferença social, cultural e de valores das pessoas vindas de outra nação em relação às pessoas da nação que acolhe. No Brasil, a mulher precisa trabalhar e ajudar na renda familiar, o que é estranho e difícil para a mulher refugiada africana que chega no território brasileiro, sendo mencionado como um fator que interfere diretamente em sua qualidade de vida. Observou-se, inclusive, que tanto o cuidado dessas mães com seus filhos como o número de descendentes estão relacionados à cultura de origem. Os resultados deste estudo corroboram um estudo de revisão sistemática, onde aspectos como gênero, barreiras estruturais, status de

imigração e dependência financeira deixam as mulheres vulneráveis e em desvantagens para se protegerem. Os fatores culturais, sociais, políticos e históricos perpetuados na sociedade brasileira interagem com o gênero, etnia e classe das refugiadas, podendo influenciar na forma como essas mulheres buscam os serviços de saúde (Galina et al., 2017). A maioria das mulheres que chegam ao Brasil em busca de refúgio encontra-se grávida e/ou com filhos pequenos e sozinha, sem suas famílias ou qualquer apoio para garantir sua inclusão. A imigração forçada leva as pessoas a um processo de inserção e exclusão com significados e perspectivas dentro de seu próprio grupo e cultura local. Para Walsh (2016), a composição familiar por ocasião da migração terá implicações importantes para conexões e desconexões que afetam os resultados e o enfrentamento do estresse da separação, da reunificação ou da adaptação. Neste estudo, o sofrimento pela separação familiar dos refugiados que sofrem a migração forçada ficou evidente.

Houve relato referente à barreira da língua para essa população. Com exceção dos angolanos, que tem o português como língua oficial, e algumas regiões de Camarões, que entre suas 231 línguas reconhece o português, os demais países comunicam-se através do francês, além de diversos outros dialetos presentes em suas culturas. Tal fato gera a necessidade de capacitar os profissionais para se comunicarem com essas famílias, levando em consideração que o cuidado é influenciado pelo preparo prévio dos profissionais e de como é percebida a carga emocional/cultural que o refugiado traz, como crenças e costumes, e como ele compreende o processo saúde/doença/cuidado (Galina et al., 2017). Pode-se notar que na prática, quando analisadas as questões apresentadas pelos refugiados nos discursos, essa população ainda sofre com preconceito e recebe tratamento diferente por parte dos brasileiros.

É necessário, porém, analisar a questão do preconceito com mais atenção. Segundo dados de 2014 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população negra, que inclui negros, pardos e pretos, representa 53,6% da população brasileira total (Negros..., 2017). Porém, apesar de ser maioria, trata-se da população

que mais enfrenta desigualdades relacionadas à renda, à escolaridade e a aspectos sociais, ou seja, o preconceito com a população negra é uma realidade no Brasil, atingindo também os refugiados. Portanto, os dados demonstram que o africano sofre preconceito por ser negro e que sua nacionalidade agrava ainda mais essa discriminação. Cabe destacar que foi exposto nas narrativas situações em que os refugiados foram submetidos à sua revelia a diversos testes quando chegaram aos postos de saúde, a fim de descartar doenças transmissíveis e que tenham sido trazidas de seus locais de origem. Entende-se que é uma questão de vigilância sanitária, porém, do ponto de vista do refugiado de origem africana, ela é vista como uma atitude discriminatória.

É imprescindível, portanto, o treinamento e preparo especializado dos profissionais envolvidos nos cuidados com essa população, além da criação de uma política pública consistente de integração, de maneira que o refugiado possa ter suas necessidades avaliadas com uma ótica integral, humana e colaborativa, entendendo suas experiências pré e pós-refúgio, acionando serviços intersetoriais e somando esforços de saúde, educação e serviço social. Assim, é imprescindível estabelecer laços de confiança entre a pessoa na condição de refugiado e a equipe de saúde, tanto no cuidado com a saúde quanto nas ações de prevenção e promoção de saúde.

Ressalta-se ainda, a importância da atenção às relações e aos papéis familiares para essa população. É sabido que a comunidade africana de refugiados tem características culturais fundadas em suas raízes. Eles buscam apoio entre si e tem seus laços fortalecidos pelo reconhecimento e gratidão, conforme evidenciado nos relatos, pois a família para o africano é quem cuida. Esse fato pode funcionar para os profissionais de saúde como uma estratégia para criar e fortalecer vínculos. Porém, é necessário que o profissional amplie sua escuta, tenha disponibilidade para apreender e respeitar a cultura e as necessidades de quem está sob seu cuidado.

Outro destaque diz respeito à questão da linguagem para responder os questionário ou a entrevista, pois um participante que conseguia se comunicar em português serviu de ponte entre os demais participantes e as pesquisadoras, traduzindo e contextualizando o que era dito, mostrando haver

colaboração entre eles e demonstrando a necessidade de todos serem ouvidos e compreendidos. Acredita-se ser importante que o profissional de saúde utilize essas estratégias nas ações de cuidado, estabelecendo vínculos por meio da escuta qualitativa e solicitando colaboração da própria comunidade no atendimento aos refugiados, com base no conceito de enfermagem transcultural (Marina, 2017). O conceito de enfermagem transcultural foi introduzido, primariamente, por Leininger (1985), cuja teoria destaca a necessidade de enfermeiros com competências em nível cultural. Leininger afirma que os enfermeiros devem ter conhecimentos aprofundados em diversas culturas, de maneira que possam prestar seus cuidados a pessoas de diferentes etnias. Sua teoria tem o foco na cultura, cuidados de saúde e bem-estar. O autor reconhece ser impossível que o enfermeiro possua conhecimento sobre a cultura de todos os seus pacientes, entretanto, ele deve adquirir conhecimentos e competências em comunicação intercultural, de modo a auxiliar na prestação de cuidados individualizados para cada população. Tal comunicação inclui diversos fatores, sendo o primeiro deles o profissional entender seus próprios valores culturais, atitudes, crenças e práticas para poder fazer uma análise introspectiva, analisando preconceitos que podem aparecer e facilitando o entendimento e a atenção a culturas diferentes. Levando em consideração a dificuldade dos enfermeiros de saberem vários idiomas, é necessário que tenham conhecimento sobre sinais de comunicação não verbal que podem ser utilizados em diferentes culturas, facilitando a comunicação e, por consequência, o cuidado prestado. Tais sinais compreendem o contato com os olhos, o toque, o silêncio, suas crenças de saúde, seu espaço e distância (Vilelas; Janeiro, 2012).

Assim, é necessário que o enfermeiro tenha um olhar integral para quem é direcionado seus cuidados e, no caso do refugiado, toda a equipe deve ampliar seu zelo visando a qualidade de vida. Para tanto, se faz necessário conhecimentos básicos de antropologia, analisando o imigrante sob uma ótica holística, entendendo sua cultura, crenças, valores e práticas relacionadas à saúde. Nesta ótica, ao atender o refugiado, o profissional deve explorar seus hábitos e estilo de vida, sua história,

organização sociofamiliar, religião, filosofias, fatores políticos e econômicos. Tal posicionamento torna o refugiado protagonista do próprio cuidado, de maneira que o profissional aprenda com ele, colocando-o juntamente com sua família no centro do cuidado, com decisão igualitária sobre quais as melhores condutas a serem tomadas em relação à sua saúde e à de sua família, numa atitude colaborativa, em que ambos formulam as estratégias de cuidado a partir das necessidades e possibilidades de cada um.

De acordo com os resultados obtidos nos questionários e através da análise das entrevistas, foi demonstrado que os refugiados africanos no Brasil consideram sua qualidade de vida ruim. O escore apresentado foi baixo, de acordo com a escala utilizada, representando uma qualidade de vida “nem boa, nem ruim”. Tal fato é atribuído principalmente a fatores como falta de emprego e, conseqüentemente, de dinheiro para suprir as necessidades básicas e reconstruírem suas famílias, separação familiar, dificuldade de adaptação em um novo país e preocupação com os demais familiares, que muitas vezes ainda estão vivendo em regiões de conflitos.

No que se refere à percepção sobre os serviços de saúde, as críticas e avaliações não diferem das opiniões dos brasileiros. A demora no atendimento, a falta de médicos e a distância das Unidades de Saúde em relação à moradia são mencionadas como geradores de insatisfação e agravadas pelo preconceito sofrido durante os atendidos nos serviços de saúde por causa da cor de pele e do país de procedência. Esses fatores podem agravar as condições de saúde, a adesão a orientações de prevenção e o tratamento de doenças.

Considerações finais

Diante do exposto, é possível concluir a importância de outros estudos visando investigar a saúde física e mental da população em situação de refúgio, a fim de agregar olhares e percepções. Um aspecto limitador deste estudo foi a dificuldade para acessar as famílias, pois é perceptível sua insegurança em dar informações e seu medo de repreensões, devido ao fato de que muitos se refugiaram por causa do risco de vida sofrido em seus países de origem.

Os dados reunidos apontam para a necessidade de investir na melhoria da qualidade de vida desses participantes, bem como de elaborar propostas efetivas de convivência e de maior compreensão dos fatores psicossocioculturais e de saúde, atendendo as necessidades de forma colaborativa.

É imprescindível preparar as equipes de saúde que recebem esse público a fim de que possam acolher de forma holística, livre de julgamentos e levando em consideração que este é um cenário que só tende a crescer no Brasil. Para a enfermagem, é importante entender as diversas populações às quais são direcionados seus cuidados, visto que na maioria das vezes é o contato principal do usuário nos serviços de saúde, para que possa promover uma atenção centrada no paciente e em sua família, levando em consideração sua história, experiências de vida, aspectos culturais e sociais, oferecendo, assim, um cuidado digno.

Referências

ACNUR - ALTO COMISSARIADO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA REFUGIADOS. *Cartilha para solicitantes de refúgio no Brasil*: procedimentos, decisão dos casos, direitos e deveres, informações e contatos úteis. Brasília, DF: Ministério da Justiça, 2014. Disponível em: <<https://bit.ly/2L3FAUn>>. Acesso em: 22 abr. 2016.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. 6. ed. Lisboa: Edições 70, 2011.

BÓGUS, L. M. M.; RODRIGUES, V. M. Os refugiados e as políticas de proteção e acolhimento no Brasil: história e perspectivas. *Dimensões*, Vitória, v. 27, p. 101-114, 2011.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 9.474, de 22 de julho de 1997. Define mecanismos para a implementação do Estatuto dos Refugiados de 1951, e determina outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 23 jul. 1997. Disponível em: <<https://bit.ly/2XXKZow>>. Acesso em: 22 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. *Refúgio em números*. 3. ed. Brasília, DF, 2018. Disponível em: <<https://bit.ly/2Uv3lrf>>. Acesso em: 5 maio 2019.

- FRIEDRICH, A. C. D.; MACEDO, F.; REIS, A. H. Vulnerabilidade ao stress em adultos jovens. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho*, Florianópolis, v. 15, n. 1, p. 59-70, 2015.
- GALINA, V. F. et al. A saúde mental dos refugiados: um olhar sobre estudos qualitativos. *Interface*, Botucatu, v. 21, n. 61, p. 297-308, 2017.
- LEININGER, M. M. Transcultural care diversity and universality: a theory of nursing. *Nursing & Health Care*, Westport, v. 6, n. 4, p. 208-212, 1985.
- MAP ongoing conflicts until July 2018. *Wars in the world*, [S.l.], 2018. Disponível em: <https://bit.ly/2Z8yuYy>. Acesso em: 19 dez. 2018.
- MARINA, K. Salud integral y migración: abordaje transcultural del Proceso Enfermero en un caso clínico del programa de salud migratoria de Ginebra, Suíza. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, Montevideo, v. 6, n. 2, p. 45-50, 2017.
- MEDEIROS, I. Serão explicáveis os conflitos violentos em África? Notas de leitura. *Finisterra*, Lisboa, v. 45, n. 89, p. 181-204, 2010.
- NEGROS são mais afetados por desigualdades e violência no Brasil, alerta agência da ONU. *Nações Unidas no Brasil*, Brasília, DF, 22 mar. 2017. Disponível em: <<https://bit.ly/2mXYmPB>>. Acesso em: 19 jul. 2018.
- SILVA, D. F. O fenômeno dos refugiados no mundo e o atual cenário complexo das migrações forçadas. *Revista Brasileira de Estudos da População*, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 163-170, 2017.
- VILELAS, J. M. F.; JANEIRO, S. I. D. Transculturalidade: o enfermeiro com competência cultural. *Revista Mineira de Enfermagem*, Belo Horizonte, v. 16, n. 1, p. 120-127, 2012.
- VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate aberto. *Temáticas*, Campinas, v. 22, n. 44, p. 203-220, 2014.
- WALSH, F. *Processos normativos da família: diversidade e complexidade*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

Contribuição dos autores

Horta, Cruz e Carvalho participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo.

Recebido: 17/04/2019

Reapresentado: 02/06/2019

Aprovado: 14/06/2019