



O papel de uma equipa de cuidados de saúde primários no acolhimento de refugiados afegãos

Marta Bernardo,*¹ Matilde Ourique,*² Catarina Pinhão,*¹ Catarina Pedro,¹ Diana Martins Correia²

RESUMO

Introdução: Em 2021, o Afeganistão foi o 2.º país no mundo com a maior população refugiada após a crise migratória desencadeada por conflitos bélico-políticos. Diversos países da Europa, incluindo Portugal, acolheram estas pessoas através de programas organizados. A migração é um determinante social para a saúde, geradora de iniquidades e com impacto negativo. A medicina de acolhimento de refugiados apresenta particularidades, requerendo a intervenção de equipas de profissionais de saúde treinados.

Método: Estudo transversal retrospectivo do estado de saúde de um grupo de refugiados afegãos e dos procedimentos da equipa de cuidados de saúde primários de um Agrupamento de Centros de Saúde da Administração Regional de Lisboa e Vale do Tejo, de novembro/2021 a abril/2022. Descrição dos procedimentos de saúde inerentes ao acolhimento de refugiados. Caracterização sociodemográfica do grupo, do número e tipo de consultas realizadas e quantificação e descrição dos principais problemas ativos.

Resultados: Foram acolhidos 48 indivíduos, com idade média de 19,7±16,5 anos, incluindo 52,1% adultos e 47,9% crianças e adolescentes. Realizaram-se 206 consultas e identificaram-se 121 problemas ativos. Os adultos necessitaram de mais consultas do que as crianças e adolescentes (134 vs 72, respetivamente) (p -value<0,05). As infeções contribuíram para, pelo menos, 47,7% dos problemas ativos em crianças e adolescentes e 29,9% em adultos. Vinte e quatro por cento dos adultos relataram sintomas psicopatológicos e, destes, 66,7% tinham patologia mental. Os refugiados afegãos aderiram aos métodos contraceptivos propostos, programas de rastreio e de vacinação.

Conclusão: A migração gera desafios socioculturais e de saúde. Os problemas ativos identificados evidenciam as doenças infecciosas, orais e mentais. Este trabalho enfatiza a necessidade de orientações sobre o acolhimento de pessoas refugiadas e reforça a importância de obter resultados validados e reprodutíveis. A definição de uma equipa multidisciplinar é essencial e prestar assistência a populações refugiadas traz desafios.

Palavras-chave: Afeganistão; Acesso aos cuidados de saúde; Cuidados de saúde primários; Equipa de saúde; Refugiados.

INTRODUÇÃO

O Afeganistão sofre conflitos bélicos e instabilidade política há décadas. Numa perspetiva sociodemográfica, é um país de baixa renda, de população jovem (média de 18,6 anos), agregados numerosos (taxa de fertilidade de 4,18 crianças por mulher) e pouco alfabetizado.¹ Em

agosto de 2021, após a retirada das forças armadas americanas, o país ficou sob domínio Talibã, tornando-se o 2.º país no mundo com a maior população de refugiados.^{1,2} Esta crise migratória mereceu a intervenção de países europeus, incluindo Portugal.

A migração é um determinante social para a saúde,³ geradora de iniquidades, que condiciona o acesso aos cuidados de saúde, perda de suporte familiar e comunitário e consequências negativas para a saúde.⁴⁻⁹ Subsequentemente, a diminuição dos níveis de saúde prejudica a

* Coautoria partilhada

1. USF Andreas, ACES Oeste Sul. Mafra, Portugal.

2. Unidade de Saúde Pública Moinhos, ACES Oeste Sul. Mafra, Portugal.



integração no país de acolhimento, diminuindo a qualidade de vida e aumentando os custos de saúde nesta população.⁵ As pessoas refugiadas são sujeitas a violência física, psicológica e sexual durante o processo migratório e nos países de acolhimento, sendo as mulheres mais vulneráveis. Adicionalmente, no caso específico do Afeganistão, a prática da mutilação genital feminina é uma realidade no país, devendo estes assuntos ser uma preocupação dos profissionais de saúde dos países de acolhimento.^{8,10}

A tuberculose, a poliomielite e o sarampo são endémicos no Afeganistão, constituindo um risco para os países de acolhimento, onde a sua incidência é reduzida. Neste país, apenas 78% das crianças acima de um ano são vacinadas contra a tuberculose, 73% contra a poliomielite e 64% contra o sarampo, aumentando o risco de importação destas doenças para os países de acolhimento.¹ De forma a mitigar o seu impacto, a implementação de rastreios e vacinação nesta população é uma medida custo-efetiva e uma oportunidade de introdução ao sistema de saúde.^{6,11,12} Contudo, os programas atuais são heterogéneos, incidindo sobretudo na identificação de doenças infecciosas, negligenciando as doenças não-infecciosas e a saúde mental.¹³ Oferecer programas de saúde dirigidos, facilitar o acesso, disponibilizar equipas especializadas e compreender aspetos socioculturais tem impacto positivo em saúde.⁷⁻⁹

A cultura afegã acrescenta complexidade ao processo de acolhimento, contribuindo para a perda de informação, pela necessidade de recorrer a tradutores ou a línguas estrangeiras.^{6,11,14}

Em Portugal, a estratégia de rastreio de doenças infecciosas e vacinação de grupos refugiados foi conduzida pelos departamentos regionais de saúde pública (SP),¹⁵ em articulação com os cuidados de saúde primários (CSP), visando garantir o acesso a cuidados de saúde e cumprimento dos programas prioritários.

No final de 2021, uma instituição independente acolheu 15 famílias afegãs numa instalação da área geográfica de um ACES da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT). Estas foram acompanhadas por uma Equipa de Saúde Comunitária (ESC) multidisciplinar, com elementos de medicina geral e familiar (MGF) e SP, entre novembro de 2021 e abril de 2022.

Este trabalho visa descrever aspetos sociodemográficos do grupo acolhido, a metodologia e os procedimentos de saúde implementados pela ESC.

MÉTODO

Tipo de estudo e participantes

Estudo transversal retrospectivo: 1) do estado de saúde de um grupo de 66 refugiados oriundos do Afeganistão, acolhidos por uma instituição de apoio social em Portugal; e 2) dos procedimentos de uma equipa dos CSP de um ACES da ARSLVT. A ESC foi constituída por duas médicas especialistas (MGF e SP), duas médicas internas de formação específica (MGF e SP), duas enfermeiras (MGF e SP) e uma assistente técnica, sendo pontualmente apoiada por três médicos internos de MGF. Dado o abandono de vinte indivíduos e o nascimento de duas crianças durante o período de acompanhamento, a caracterização da amostra incidiu no grupo restante de quarenta e oito indivíduos (Tabela 1). O acolhimento abrangeu uma fase inicial, de planeamento e organização logística; uma fase intermédia, de vigilância e resolução de problemas; e uma fase final, de aquisição de autonomia (Figura 1). A caracterização sociodemográfica, o número e tipo de consultas, a quantificação e descrição dos problemas ativos foram realizados após o período de acompanhamento do grupo.

Fase inicial

O Departamento de SP da ARSLVT informou a unidade local de SP da emergência de acolher um grupo de pessoas refugiadas, delegando nesta a responsabilidade de garantir a supervisão e suprimento de cuidados de saúde, em articulação com a entidade acolhedora. Esta fase permitiu a organização logística e planeamento das condições do acolhimento e a avaliação das características e necessidades do grupo (Figura 1).

A SP assegurou as condições higiessanitárias e de habitabilidade do local de acolhimento, planeou e implementou rastreios de doenças infetocontagiosas e coordenou as respostas de saúde.

Fase intermédia

Consistiu no acolhimento do grupo com recolha da história prévia de saúde e de violência, identificação de problemas de saúde ativos, avaliação física com biometrias e resposta aos sintomas ativos. Foram realizados rastreios e vacinação, bem como consultas de MGF semanais no local do acolhimento (Figura 1).



Consultas. A caracterização das famílias teve por base a classificação de *Duwall*.¹⁶ De acordo com o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil¹⁷ foram realizadas consultas a todas as crianças e adolescentes.

A saúde oral das pessoas acima de um ano foi avaliada por um médico dentista, tendo sido referenciados para consulta de medicina dentária os casos com patologia identificada. Foram fornecidos cheques-dentista a crianças e adolescentes nas idades-chave, no âmbito do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral.¹⁸

As grávidas e puérperas foram avaliadas de acordo com o Programa de Vigilância da Gravidez de Baixo Risco.¹⁹ Foi realizado aconselhamento contraceutivo aos casais em idade fértil e disponibilizado o método escolhido (Figura 3).

A saúde mental dos adultos foi inicialmente avaliada pela psicologia, com encaminhamento para psiquiatria se identificados sinais ou sintomas psicopatológicos. Os adultos diagnosticados com doença mental foram posteriormente acompanhados pela MGF.

Os problemas ativos foram categorizados de acordo com a Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários (ICPC-2). Sempre que justificado, efetuaram-se consultorias e referências para especialidades médico-cirúrgicas.

Rastreios. A ESC realizou rastreios oncológicos do cancro da mama e cancro do colón e reto, como preconizado no Programa Nacional para as Doenças Oncológicas.²⁰ De acordo com as diretrizes do Departamento de SP da ARSLVT¹⁵ foi realizado o rastreio de poliomielite e pesquisa de *Giardia*, ovos, quistos e parasitas às crianças e adolescentes e o rastreio de tuberculose a todos os indivíduos. Finalmente, foram realizados rastreios de infeção por vírus da imunodeficiência humana tipo 1 e tipo 2 a todos os adultos.

Vacinação. O estado vacinal do grupo foi aferido por entrevista clínica, dada a indisponibilidade de registos. Foram iniciados esquemas vacinais de acordo com o Programa Nacional de Vacinação (PNV) 2020, vacinação contra a gripe sazonal aos indivíduos com ≥ 6 meses²¹ e contra a COVID-19 aos indivíduos com ≥ 5 anos.²² Esta foi iniciada no local de acolhimento, passando posteriormente a ser realizada no centro de saúde local.

Os registos clínicos, o pedido de meios complementares de diagnóstico e prescrição de medicação foram realizados posteriormente na unidade de saúde através dos *softwares* SClínico® e Excel®.

Fase final

Consistiu na promoção da aquisição de autonomia em saúde pelas famílias, através do incentivo à deslocação ao centro de saúde. Foram ainda elaborados relatórios clínicos para os futuros médicos de família (Figura 1).

Análise estatística

As variáveis «idade», «número de elementos por família», «número de consultas realizadas» e «número de problemas ativos» foram caracterizadas através de medidas descritivas (média e desvio-padrão), enquanto as variáveis «sexo» e «tipos de problemas ativos» foram quantificadas utilizando medidas de frequência. A distribuição do número de consultas por sexo e idade (i.e., <18 anos *vs* ≥ 18 anos) foi determinada com recurso ao teste de normalidade de *Shapiro-Wilk* e à análise gráfica por histograma. Dada a inexistência de normalidade nas variáveis dependentes «sexo» e «idade», foi realizado o teste não paramétrico de *Wilcoxon* para amostras independentes, com o objetivo de determinar diferenças entre o número de consultas realizado por sexo e por idade. A análise de dados e estatística foi realizada com recurso ao *software* IBM SPSS *Statistics for Windows*, v. 28.0. (SPSS, Armonk, NY: IBM Corp., USA). O nível de significância considerado foi *p-value* $< 0,05$ (5%).

RESULTADOS

Caracterização demográfica

A amostra em estudo é não probabilística e constituída por 48 indivíduos com média de idades de $19,7 \pm 16,5$ anos, dos quais 52,1% são adultos, com idade média de $32,8 \pm 12,2$ anos e 47,9% são crianças e adolescentes, com idade média de $5,4 \pm 4,3$ anos (Tabela 1).

A amostra é constituída por mais indivíduos do sexo masculino (52,1%), dos quais 52,0% adultos e 48,0% crianças, do que do sexo feminino (47,9%), das quais 52,2% adultas e 47,8% crianças (Tabela 1).

O grupo é constituído por 11 famílias, 90,9% do tipo nuclear, a maioria nas fases 3 e 4 de *Duwall*. O número

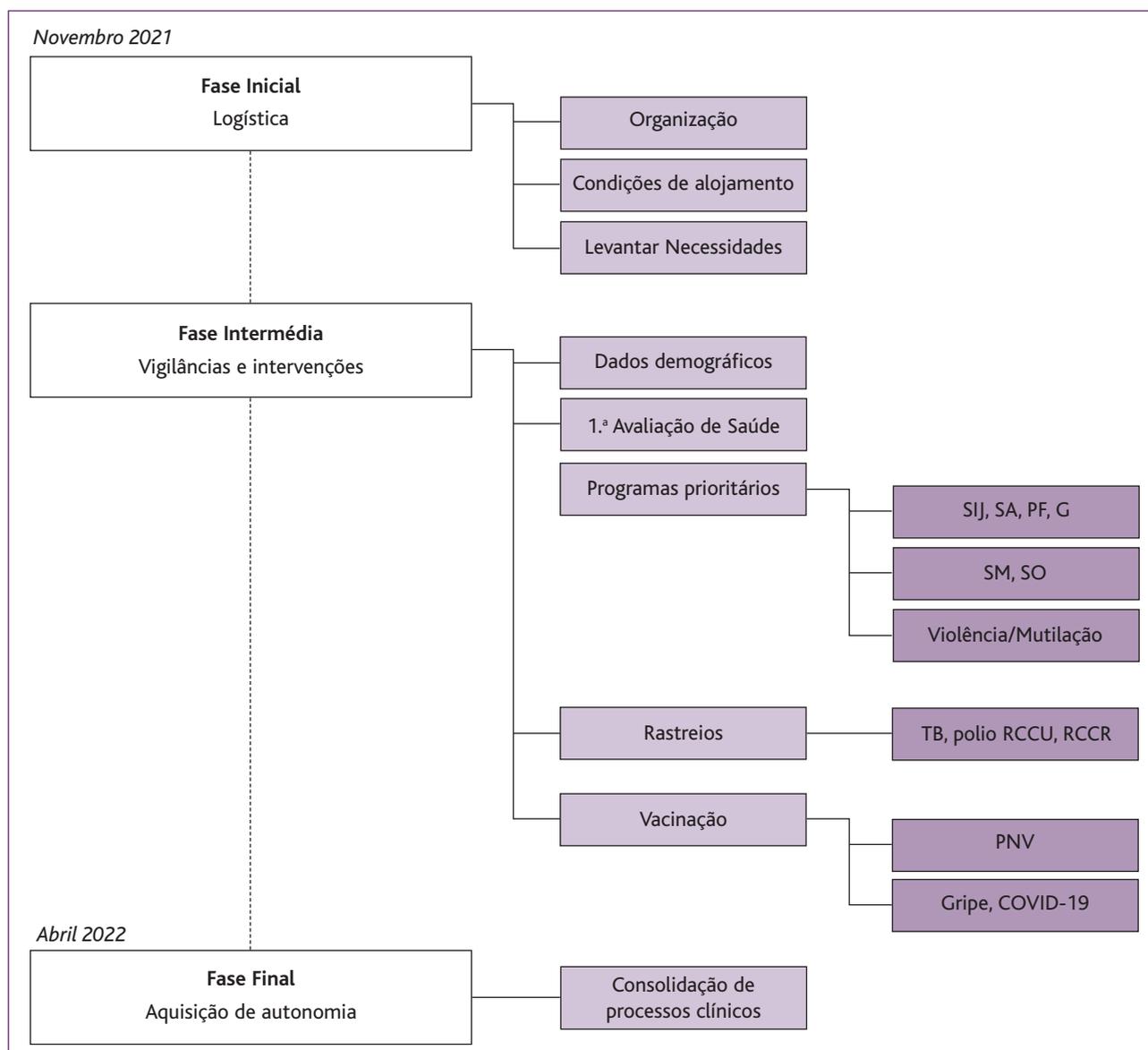


Figura 1. Fluxograma dos procedimentos implementados pela Equipa de Saúde Comunitária entre novembro/2021 e abril/2022.

Legenda: SIJ = Saúde infantojuvenil; SA = Saúde de adulto; PF = Planeamento familiar; G = Gravidez; SM = Saúde materna; SO = Saúde oral; TB = Tuberculose; RCCU = Rastreio do cancro do colo do útero; RCCR = Rastreio do cancro do cólon e do reto; PNV = Programa Nacional de Vacinação.

de elementos por família varia de dois a sete ($4,4 \pm 1,8$). Foi identificada consanguinidade em duas famílias (Tabela 1).

Das crianças em idade escolar, 62,5% frequentavam o ensino obrigatório. Entre os adultos que estudaram observaram-se níveis de escolaridade semelhantes en-

tre sexos até ao 12.º ano. Há cerca de duas vezes mais homens com o ensino superior do que mulheres (36,0% vs 16,0%) e 16,0% das mulheres são analfabetas (Tabela 1).

A maioria dos indivíduos (77,1%) não tinha antecedentes pessoais ou cirúrgicos (Tabela 2).



TABELA 1. Caracterização sociodemográfica da amostra

		N	%
Indivíduos	Acolhidos	66	100,0
	Permaneceram no local	46	69,7
	Abandonaram local	20	30,3
	Nascidos em solo português	2	4,2
Famílias	Famílias	15	100,0
	Permaneceram no local	11	73,3
	Abandonaram local	4	26,7
	Tipos familiares de <i>Duvall</i>		
	Nuclear	10	90,9
	Alargado	1	9,1
	Fases do ciclo familiar de <i>Duvall</i>		
	Fase 1	2	18,2
	Fase 3	4	36,3
	Fase 4	3	27,3
Idade	Lactente]1 a 12 meses]	6	12,5
	1. ^a infância]12 meses a 3 anos]	3	6,3
	Pré-escolar]3 a 5 anos]	3	6,3
	Escolar]6 a 12 anos]	9	18,8
	Adolescente]12 a 18 anos]	2	4,2
	Jovem-adulto]18 a 35 anos]	18	37,5
	Adulto]35 a 65 anos]	6	12,5
	Idoso >65 anos	1	2,1
Sexo	Masculino	25	52,1
	<18 anos	12	25,0
	[18; 65[14	29,2
	Feminino	23	47,9
	<18 anos	11	22,9
	[18; 65[12	25,0
	≥65 anos	1	2,1

Avaliação de saúde

Foram efetuadas 206 consultas, 204 (99,0%) das quais nos primeiros quatro meses (Tabela 2). Trinta e cinco por cento das consultas foram realizadas a crianças e adolescentes, representando uma média de $3,3 \pm 1,6$ consultas por indivíduo. Na população adulta foram feitas 65,0% das consultas, uma média de $5,2 \pm 2,6$ consultas por indivíduo. Tendo como referência o número médio de consultas por indivíduo verificou-se um número superior na população adulta comparativamente à população jovem (p -value < 0,05). Foram realizadas

97 e 109 consultas a indivíduos do sexo masculino e feminino, respetivamente, não tendo sido observadas diferenças no número médio entre sexos (p -value $\geq 0,05$).

Saúde infantojuvenil

Nas 72 consultas realizadas foram identificados 44 problemas ativos, sendo as infeções o problema mais prevalente (47,7%). Também foram identificados problemas gastrointestinais (29,6%), cutâneos (15,9%), otorrinolaringológicos (11,4%) e estomatológicos (6,8%). Verificou-se anorexia e perda de peso em 22,7% das crianças (Tabela 3 e Figura 2). Duas crianças foram hospitalizadas com infeções agudas.

Saúde dos adultos

Nas 134 consultas foram identificados 77 problemas ativos, sendo as infeções o problema mais prevalente (29,9%). Os problemas músculo-esqueléticos (11,7%), otorrinolaringológicos (11,7%), estomatológicos (11,7%), gastroenterológicos (10,4%) e dermatológicos (9,1%) também foram prevalentes. Verificou-se perda de peso em 24,0% dos adultos (Tabela 3 e Figura 2).

Gravidez

Na primeira avaliação foram identificadas três grávidas (uma no primeiro trimestre e duas no terceiro). Duas das três gestações terminaram neste período e decorreram sem intercorrências. Os partos foram eutócicos. Foram realizadas vinte e uma consultas de saúde materna, incluindo a revisão do puerpério.

Nas três grávidas foram identificados treze problemas ativos: anemia ferropénica (100%), obstipação (100%), doença hemorroidária (66,7%), candidíase vaginal (66,7%), hemorragia vaginal pós coital (33,3%), cefaleias (33,3%) e síndrome depressivo (33,3%).

Planeamento familiar

Dos onze casais, dois usavam pílula combinada e quatro o coito interrompido como métodos contraceptivos. Os restantes cinco casais não tinham necessida-



TABELA 1. (continuação)

		N	%
Escolaridade	Crianças em idade escolar (≥ 6 anos)	8	34,8
	Frequentam ensino	5	62,5
	Não frequentam ensino	3	37,5
	Adultos		
	Analfabetismo	4	16,0
	Feminino	4	16,0
	Masculino	0	–
	Educação secundária inferior	2	8,0
	Feminino	1	4,0
	Masculino	1	4,0
	Educação secundária	6	24,0
	Feminino	3	12,0
	Masculino	3	12,0
Ensino superior	13	52,0	
Feminino	4	16,0	
Masculino	9	36,0	

TABELA 2. Descrição dos procedimentos realizados ao grupo

		N	%
Antecedentes	Pessoais	11	3
	Cirúrgicos	22,9	6,3
Consultas	Número total de consultas por grupo etário	206	100
	Crianças e adolescentes	72	35,0
	Adultos	134	65,0
Rastreios	Tuberculose	46	100
	Poliomielite	21	100
Vacinação	Esquemas iniciados	48	100
	Recomendada	3	6,3
	Recurso	20	41,7
	Adulto	25	52,0
	Gripe sazonal	20	6,3
	≥ 18 anos	18	37,5
	< 18 anos	2	4,2
	COVID-19	26	54,2

de de contraceção por gravidez, desejo de engravidar e pós-menopausa. Após aconselhamento médico, três casais optaram pela utilização de progestativo oral e dois mantiveram a contraceção oral combinada. As duas púerperas iniciaram pílulas progestativas. Um ca-

sal manteve o coito interrompido e três mantiveram-se sem necessidade de contraceção (Figura 3).

Saúde mental

Dos vinte e cinco adultos, seis tinham sintomas psicopatológicos e foram encaminhados para consulta de psiquiatria. Desses, quatro foram diagnosticados com patologia mental e medicados em concordância (Tabela 3).

Saúde oral

Foi identificada patologia dentária em 23,0% dos indivíduos (17,4% das crianças e 28,0% dos adultos) (Tabela 3).

Violência

Não foi documentada violência sexual ou física.

Consultorias e referências hospitalares

Foram realizadas consultorias de ginecologia e obstetrícia, dermatologia e pediatria em relação a vinte e cinco problemas ativos. Dez indivíduos foram referenciados para especialidades hospitalares, quatro dos quais para ginecologia e obstetrícia e um para cada uma das especialidades de cardiologia, dermatologia, endocrinologia, oftalmologia, ortopedia infantil e pediatria.

Rastreios

Todos os resultados foram negativos nos rastreios de cancro da mama e cólon e reto. Os resultados sobre o diagnóstico de tuberculose ativa ou latente não são conhecidos,

embora nenhum indivíduo tenha sido aconselhado a iniciar terapêutica antituberculosa. Apenas duas crianças obtiveram resultados positivos ao poliovírus vacinal nos exames culturais. Não se obtiveram testes reativos ao vírus da imunodeficiência humana (Tabela 2).



TABELA 3. Problemas ativos do grupo, de acordo com a classificação ICPC-2

Área	Crianças e Adolescentes		Adultos		N total (%)
	Problema ativo (código ICPC-2)	N (%)	Problema ativo (código ICPC-2)	N (%)	
Gastroenterologia	Obstipação (D12)	5 (11,4)	RGE (D84)	6 (7,8)	21 (17,4)
	Giardíase (D70)	1 (2,3)	Ascaridíase (D96)	2 (2,6)	
	Ascaridíase (D96)	6 (13,6)			
	Gastroenterite (D73)	1 (2,3)			
Geral	Anorexia (T03)	7 (15,9)	Sensação de cansaço (A04)	1 (1,3)	17 (14,0)
	Perda de peso (T08)	3 (6,8)	Perda de peso (T08)	6 (7,8)	
Dermatologia	Adenofleimão (B70)	2 (4,5)	Acne (S96)	1 (1,3)	14 (11,6)
	Escabiose (S72)	5 (11,4)	Escabiose (S72)	2 (2,6)	
			Dermatite de contacto/alérgica (S88)	1 (1,3)	
			Foliculite (S10)	1 (1,3)	
			Infeção fúngica da pele (S74)	2 (2,6)	
Otorrinolaringologia	Amigdalite aguda (R76)	1 (2,3)	Acufenos (H03)	2 (2,6)	14 (11,6)
	Obstrução nasal (R07)	2 (4,5)	Otite externa (H70)	1 (1,3)	
	Odinofagia (R21)	1 (2,3)	Amigdalite aguda (R76)	3 (3,9)	
	Otite média aguda (H71)	1 (2,3)	Obstrução nasal (R07)	2 (2,6)	
			Rolhão de cerúmen (H81)	1 (1,3)	
Estomatologia	Cárie dentária e odontalgia (D82)	3 (6,8)	Abcesso dentário (D82)	5 (6,5)	12 (9,9)
			Cárie dentária e odontalgia (D82)	4 (5,2)	
Músculo-esquelético	Varismo (L82)	1 (2,3)	Gonalgia (L15)	2 (2,6)	10 (8,3)
			Bursite joelho (L15)	1 (1,3)	
			Omalgia (L08)	1 (1,3)	
			Lombalgia (L03)	4 (5,2)	
			Cervicalgia (L01)	1 (1,3)	
Cirurgia geral	Doença da pele, outra (S99)	1 (2,3)	Hérnia inguinal (D89)	1 (1,3)	6 (5,0)
			Dor abdominal (D01)	1 (1,3)	
			Fissura anal (D95)	1 (2,3)	
Psiquiatria	–		Insónia (P06)	1 (1,3)	6 (5,0)
			Síndrome depressivo (P76)	4 (5,2)	
			Blues pós-parto	1 (1,3)	
Ginecologia e Obstetria	–		Síndrome do ovário poliquístico (T99)	1 (1,3)	6 (5,0)
			Infertilidade (W15)	1 (1,3)	
			Menstruação excessiva (X06)	1 (1,3)	
			Sensação nódulo mamário (X19)	1 (1,3)	
			Amenorreia (X05)	1 (1,3)	
			Quisto ovárico (X99)	1 (1,3)	
Urologia	Infeção urinária (U71)	1 (2,3)	Cálculo renal (U95)	2 (2,6)	6 (5,0)
			Infeção urinária (U71)	1 (1,3)	
			Ejaculação precoce (P08)	1 (1,3)	
			Uretrite (U72)	1 (1,3)	


TABELA 3. Problemas ativos do grupo, de acordo com a classificação ICPC-2 (continuação)

Área	Crianças e Adolescentes		Adultos		N total (%)
	Problema ativo (código ICPC-2)	N (%)	Problema ativo (código ICPC-2)	N (%)	
Cardiologia	–	–	Dislipidemia (T93) Alterações valvulares cardíacas (K83) Arritmia cardíaca NE (K80)	1 (1,3) 1 (1,3) 1 (1,3)	3 (2,5)
Endocrinologia	–	–	Nódulo da tiroide (T81) Hipotireoidismo subclínico (T86)	2 (2,6) 1 (1,3)	3 (2,5)
Oftalmologia	Erro de refração (F91)	2 (4,5)	–		2 (1,7)
Hematologia	–		Trombocitopenia (B83)	1 (1,3)	1 (0,8)
N Total		44 (36,4)		77 (636)	121

Legenda: ICPC-2 = Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários, representada pelo código com três caracteres (uma letra e dois números); N = frequência absoluta; % = frequência relativa, em percentagem.

Vacinação

Todos os indivíduos iniciaram vacinação de acordo com o PNV 2020, 6,3% dos quais iniciaram esquemas recomendados, 41,7% esquemas de recurso e 52,1% esquemas de adulto. Foram administradas vacinas contra a gripe sazonal a vinte indivíduos e contra a COVID-19 a vinte e seis indivíduos, os quais completaram a vacinação até ao final do projeto (Tabela 2).

COVID-19

Dando seguimento às diretivas da ARSLVT foram efetuados rastreios regulares de infeção por COVID-19, tendo sido realizados 134 testes de pesquisa antigénio de SARS-CoV-2, quarenta e quatro por *real-time polymerase chain reaction* e noventa testes rápidos.

Do total de testes quarenta e quatro realizaram-se à chegada, não tendo sido verificados resultados positivos. Entre 4 e 10 de março identificou-se um surto de COVID-19, que infetou catorze (29,2%) indivíduos.

DISCUSSÃO

O Afeganistão é um país de baixa renda, jovem e com baixa esperança média de vida, realidade que contrasta com a de Portugal, um país de alta renda e envelhecido. Neste estudo, os agregados familiares são jovens (idade média: 19,7), numerosos (i.e., 4,4 pessoas por família), nucleares e verifica-se consanguinidade em 18%

dos casais.^{23,24} A maioria das crianças em idade escolar (62,5%) frequentava o ensino primário no país de origem, um valor inferior ao esperado,¹ sem diferença entre sexos. Constatou-se que os homens frequentavam o ensino superior duas vezes mais do que as mulheres, sendo um grupo diferenciado nas áreas de contabilidade e gestão, informática e programação, ensino e do exército. Ainda assim, as mulheres deste grupo apresentaram um nível de analfabetismo superior ao esperado.^{10,24}

Em relação à saúde, nos primeiros quatro meses verificou-se uma tendência estável no número de consultas realizadas (i.e., 50,5 por mês), tornando-se decrescente no último mês do acompanhamento devido ao realojamento das famílias fora da área geográfica do ACES. Cada adulto necessitou, em média, de 5,1 consultas e cada criança/adolescente de 3,3 consultas ao longo dos cinco meses de acompanhamento. Inicialmente a maior parte das consultas foi solicitada pelos indivíduos e, mais tarde, por iniciativa médica, tendo em vista o cumprimento dos programas prioritários. Esta transição reflete, a nosso ver, a eficácia da ESC na resolução de problemas ativos e o sucesso da relação de confiança estabelecida.

Apesar de ser expectável a deteção de casos de tuberculose e poliomielite, em virtude das baixas taxas de vacinação e da sua prevalência no Afeganistão, não

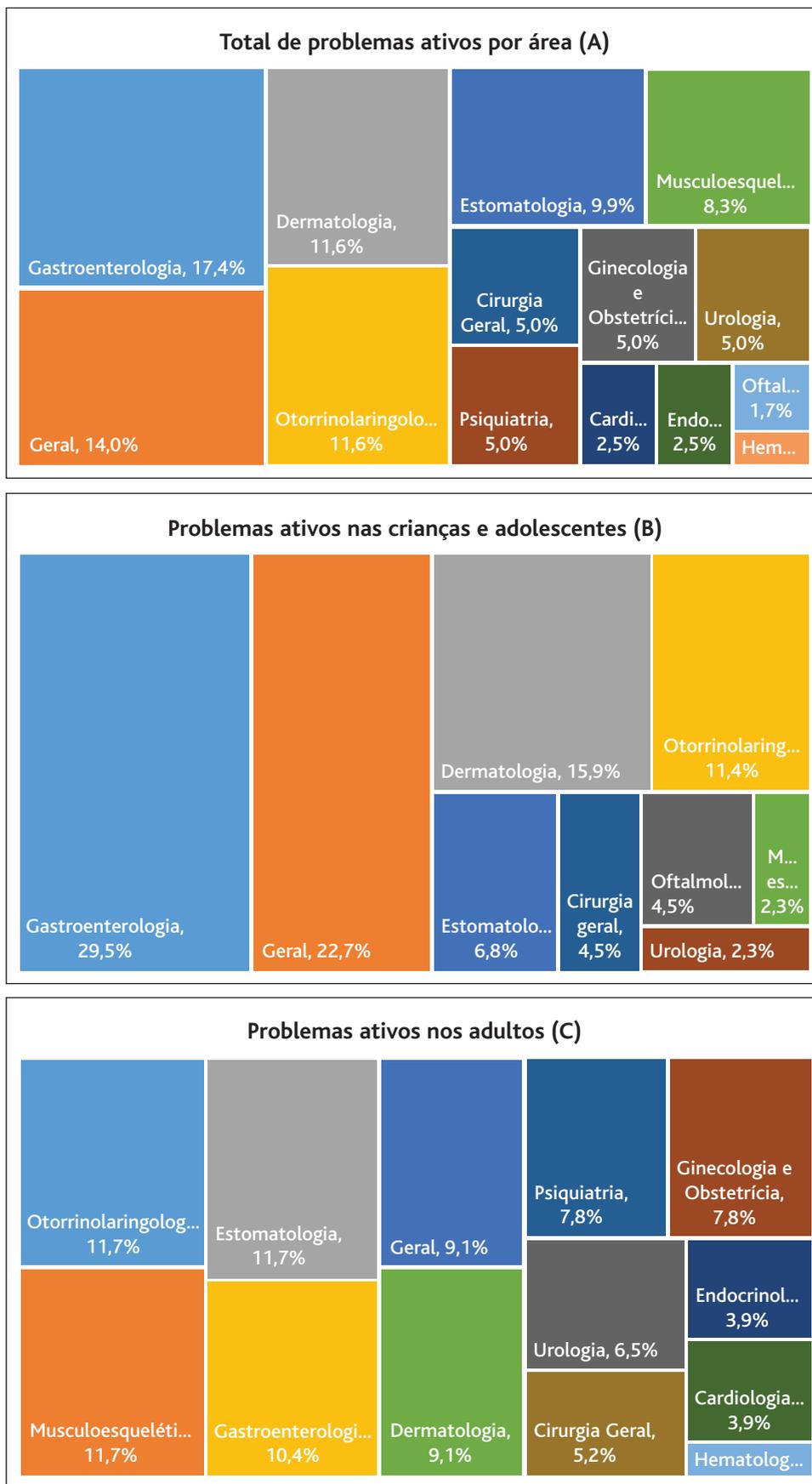


Figura 2. Prevalência do total de problemas ativos (A), nas crianças e adolescentes (B) e nos adultos (C) descritos por área.

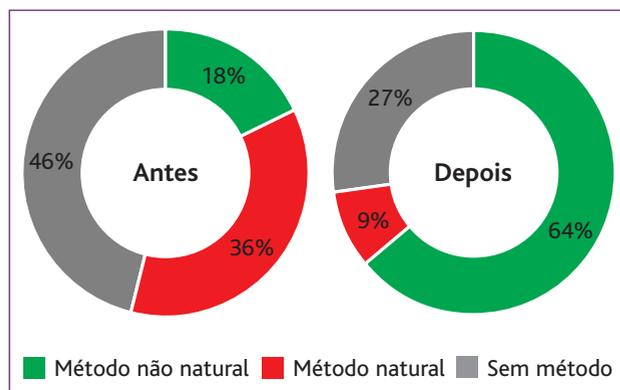


Figura 3. Métodos contraceptivos utilizados pelos 11 casais antes (à esquerda) e depois (à direita) do aconselhamento em planeamento familiar.

Legenda de cores: Verde = método não natural; Vermelho = método natural; Cinzento = sem método.

foram diagnosticados casos. No entanto, as infeções contribuíram para, pelo menos, 36,4% do total de problemas ativos, 47,7% em crianças e adolescentes e 29,9% em adultos, constituindo um problema com elevada carga global para esta população de refugiados.²⁵⁻²⁹

A maioria dos problemas ativos encontrados em crianças e adolescentes foram de natureza gastrointestinal e cutâneos. A anorexia, a perda de peso e a obstipação identificadas neste grupo poderão dever-se à dificuldade de adaptação à alimentação local e ao reduzido consumo de leguminosas e hortícolas, facto que motivou a suplementação de todas as crianças com ferro, após consultoria com pediatria. As considerações de saúde para as crianças refugiadas são vastas, diversas e complexas, exigindo parcerias interdisciplinares nas áreas social, educacional, política e de saúde, devendo ser privilegiado o desenvolvimento cognitivo-comportamental.⁶

Os adultos apresentaram um elevado número de problemas ativos, a maioria do foro músculo-esquelético. Os adultos jovens saudáveis foram os principais utilizadores de consultas, o que se interpreta como um possível viés, uma vez que estes constituem a maior parte da amostra. A perda de peso também foi identificada entre os adultos, provavelmente relacionada com adaptação à alimentação local, confeccionada pela entidade acolhedora. A possibilidade da confeção das suas

refeições poderia ter sido uma alternativa para minorar este problema. Neste grupo foi identificado um grande número de problemas, parte dos quais mereceram investigação, tratamento e referenciação para consultas de especialidades hospitalares. Na opinião dos autores, esta conduta sustenta a vulnerabilidade entre os adultos e reforça a necessidade de antecipar, planear e dirigir cuidados de saúde a pessoas refugiadas nos países de acolhimento.^{4,5,10,12,14}

A obstipação, as crises hemorroidárias e a anemia ferropénica³⁰⁻³³ são comuns na gestação e foram descritos pelas grávidas, tendo sido a gestão destes problemas dificultada pela má adaptação às medidas alimentares propostas. Devido a diferenças nos programas de vigilância da gravidez entre os dois países, os exames realizados geraram preocupação sobre potenciais problemas, tendo sido essencial estabelecer relações de confiança e fundamentar a necessidade dos mesmos.

Antes das consultas de planeamento familiar, cerca de um terço dos casais utilizava o coito interrompido como método contraceptivo por o considerar eficaz. Após esclarecimento acerca da eficácia dos métodos, 45,5% dos casais adotou outro. Apesar do tema de difícil abordagem, houve recetividade e adesão aos métodos propostos, revelando que as consultas de planeamento familiar parecem ter importância na aquisição de literacia em saúde, mesmo em comunidades com culturas distintas da portuguesa. Mais uma vez, assumiu-se que abordar abertamente este tema possa ter contribuído para o sucesso da implementação de contraceção mais eficaz.

Em relação à saúde mental, os adultos foram diagnosticados com síndrome depressivo (16%) e perturbações do sono (4%), provavelmente reativos e relacionados com o contexto de vida atual. Uma das estratégias encontradas para vigiar a saúde mental parece ter sido a avaliação inicial do grupo por um psicólogo e o encaminhamento precoce para psiquiatria.

No que diz respeito à saúde oral foi identificada elevada prevalência de cáries e abscessos dentários em todas as faixas etárias, possivelmente relacionada com os hábitos precários de higiene oral e de consumo de alimentos açucarados constatados nas consultas, motivando um momento de educação para a saúde. No entanto, assume-se que o tempo de contacto com os



indivíduos nestas temáticas possa ter sido insuficiente e que é necessário dar continuidade a estas sessões, assumindo a MGF um papel fundamental.

Apesar de ter sido negada violência pelo grupo acolhido, considera-se que este assunto não deve ser excluído. A avaliação genital das crianças e das mulheres foi dificultada por aspetos culturais e pela falta de apoio de tradutores. No entanto, embora superficial, não foram identificados casos de mutilação genital.

No presente estudo a adesão aos rastreios foi elevada, indo ao encontro do descrito na literatura.⁷ A decisão sobre iniciar tratamento antituberculoso a refugiados é difícil e exige equacionar se é possível a adesão ao tratamento durante o tempo necessário da experiência; é comum os refugiados permanecerem por pequenos períodos de tempo em cada local, o que pode dificultar o cumprimento da terapêutica a longo prazo. É necessária uma boa articulação entre os serviços de saúde a nível nacional de forma a possibilitar a continuidade dos tratamentos durante os processos de mobilidade.

Apesar de não terem sido detetados poliovírus, o rastreio da poliomielite é essencial para os refugiados provenientes do Afeganistão, onde este é endémico, constituindo um risco nos países de acolhimento com baixa prevalência da doença, como é o caso de Portugal.^{28,35} Estes têm um papel estratégico na erradicação da poliomielite, devendo garantir a vacinação e vigilância da doença para minimizar o risco e as consequências da sua reintrodução.

Todos os indivíduos iniciaram esquemas vacinais de acordo com o PNV 2020, que se planeia serem completados de acordo com o calendário previsto. Em Portugal, as vacinas incluídas no PNV são oferecidas a todos os refugiados nos CSP.³⁶ Neste ACES, a vacinação foi iniciada assim que possível, de acordo com os recursos humanos disponíveis. Considerou-se benéfico que inicialmente esta se tenha realizado no local do acolhimento e que posteriormente a entidade acolhedora tenha garantido transporte para a sua continuidade no centro de saúde, contribuindo para a elevada adesão à vacinação. A adesão conseguida neste grupo contrasta com as taxas de vacinação do país de origem, reforçando as iniquidades no acesso aos cuidados de saúde.¹² A facilitação do acesso aos cuidados de saúde parece contribuir para a

aquisição de autonomia, traduzindo-se no aumento da qualidade do processo de adaptação à nova realidade.

Atualmente existem poucas *guidelines* sobre o acolhimento de refugiados, incidindo, a maioria, na gestão de doenças infetocontagiosas, com lacunas na identificação e gestão de doenças crónicas e mentais.³⁷

Na Europa, os cuidados de saúde às pessoas refugiadas são heterogéneos,³⁸ sendo difícil comparar e concluir sobre os mesmos devido à inexistência de evidência. Os problemas priorizados entre países são diversos e nem sempre correspondem às necessidades expressas pelos migrantes.^{38,39}

Este trabalho reforça a necessidade da elaboração de orientações homogéneas, que olhem para o indivíduo refugiado como um todo e que cubram todos os aspetos da saúde individual e familiar.

Pontos fortes

Portugal é um país que apoia a migração através de organizações que trabalham em conjunto com o Serviço Nacional de Saúde.^{40,41} Este é constituído por serviços integrados que prestam cuidados universais,⁴¹ representando um contexto único de suporte a populações vulneráveis e uma oportunidade de investigação nesta área.

Uma das principais vantagens foi o alojamento conjunto num único local, que contribuiu para evitar o isolamento social, aumentar a proximidade entre o grupo e a ESC e facilitar a implementação de procedimentos «em massa». Adicionalmente, a intervenção de uma instituição com experiência no acolhimento de migrantes, a sua articulação com o centro de saúde local, a isenção das consultas através da atribuição do estatuto de refugiado, a disponibilização de meios de transporte pela entidade acolhedora e a deslocação dos profissionais de saúde a este local beneficiou o acesso aos cuidados de saúde e o envolvimento com a cultura afe-gã.

Como ponto forte aponta-se também as intervenções no âmbito da saúde oral e mental. O rastreio de saúde oral, levada a cabo por um médico dentista voluntário, permitiu o ulterior encaminhamento e tratamento dos casos urgentes. A avaliação dos adultos por uma psicóloga foi fulcral para a abordagem à saúde mental do grupo e para identificação de patologia men-



tal, promovendo uma melhoria na saúde global e melhor adaptação à nova realidade.

A definição de uma equipa especializada multidisciplinar, com práticas baseadas na melhor evidência e a definição atempada dos objetivos do projeto permitiu disponibilizar cuidados dirigidos e adequados.

Ademais, este projeto evidencia, no entender dos autores, a vontade intrínseca dos profissionais em cumprir os pressupostos da universalidade, acessibilidade e gratuidade da saúde e de participar em causas humanitárias, o que pode contribuir para a satisfação dos profissionais de saúde envolvidos.

Limitações

Em primeira instância, a cultura e língua da população em estudo poderão ter condicionado perdas ou equívocos na interpretação de informação. Procurou-se a presença de tradutores profissionais de forma a facilitar a comunicação, o que apenas foi possível durante a avaliação inicial. Posteriormente recorreu-se à língua inglesa para comunicar com os homens, como intermediários. Considera-se ainda ser expectável a omissão de alguma informação pelos homens pelo facto de a ESC ter sido inteiramente constituída por profissionais do sexo feminino, equacionando-se que a integração de equipas com representação dos dois sexos possa permitir um maior envolvimento dos participantes. Nesse sentido, importa reconhecer e envolver as entidades acolhedoras como importantes gestoras de informação pessoal dos grupos refugiados, a fim de garantir confidencialidade e evitar perda de informação.

Paralelamente, o recrutamento emergente da ESC dificultou a preparação dos profissionais e a operacionalização dos procedimentos, situação agravada pela inexistência de plataformas comuns de tratamento e divulgação de dados nacional e internacionalmente. Ainda que os fenómenos de emigração decorram de forma imprevisível, é importante apostar na preparação das equipas de saúde, dotando-as de competências socio-culturais, demográficas e de meios que facilitem a gestão segura de informação.

CONCLUSÃO

Neste grupo de refugiados a migração trouxe desafios a nível social, cultural e de saúde. Os problemas ati-

vos identificados evidenciam a necessidade de valorizar as doenças infecciosas, bem como definir estratégias para identificar doença oral e mental.

Este trabalho enfatiza a necessidade de orientações internacionais sobre o acolhimento de pessoas refugiadas, nomeadamente na gestão de doenças não-infecciosas. Ademais, reforça a necessidade de caracterizar os grupos de forma a obter resultados validados e reprodutíveis.

A definição de uma equipa multidisciplinar, devidamente preparada e com objetivos claros, é essencial para que o processo decorra de forma fluída e eficaz. Além disso, conhecer as particularidades culturais de cada grupo de refugiados e definir estratégias de comunicação é fundamental e contribui para a correta avaliação das suas necessidades.

Ser profissional de saúde prestador de assistência a populações refugiadas traz inúmeros desafios, sendo este trabalho útil no auxílio de futuras equipas que trabalhem em contextos semelhantes.

AGRADECIMENTOS

As autoras agradecem ao Agrupamento de Centros de Saúde onde foram acolhidas as pessoas refugiadas pela cedência dos dados e à entidade acolhedora pelo apoio prestado. Agradecem ainda a revisão crítica do artigo ao Dr. Nelson Milagre; a revisão crítica, análise estatística dos dados e sua interpretação ao doutorando Gil Rosa; os contributos em regime de consultoria ao Dr. Bruno Rebelo e apoio na tradução à Dra. Hannah Gough.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. The World Bank. Population ages 15-64 (% of total population): low income [homepage]. The World Bank; 2022. Available from: <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.1564.TO.ZS?end=2020&locations=XM-AF&start=2009>
2. Irwin A, Scali E. Action on the social determinants of health: learning from previous experiences [Internet]. Geneva. World Health Organization; 2010. Available from: https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/SDH_action_learning_from_previous_experiences.pdf
3. Egli-Gany D, Aftab W, Hawkes S, Abu-Raddad L, Buse K, Rabbani F, et al. The social and structural determinants of sexual and reproductive health and rights in migrants and refugees: a systematic review of reviews. *East Mediterr Health J.* 2021;27(12):1203-13.
4. Frost CJ, Morgan NJ, Allkhenfr H, Dearden S, Ess R, Albalawi WF, et al. Determining physical and mental health conditions present in older adult refugees: a mini-review. *Gerontology.* 2019;65(3):209-15.
5. McNeely CA, Morland L. The health of the newest Americans: how US public health systems can support Syrian refugees. *Am J Public Health.* 2016;106(1):13-5.
6. Seedat F, Hargreaves S, Nellums LB, Ouyang J, Brown M, Friedland JS. How effective are approaches to migrant screening for infectious di-

seases in Europe? A systematic review. *Lancet Infect Dis.* 2018;18(9): e259-71.

7. Mangrio E, Forss KS. Refugees' experiences of healthcare in the host country: a scoping review. *BMC Health Serv Res.* 2017;17(1):814.
8. Spike EA, Smith MM, Harris MF. Access to primary health care services by community-based asylum seekers. *Med J Aust.* 2011;195(4):188-91.
9. Hvass AM, Norredam M, Sodemann M, Wejse C. Is there a need of health assessments for resettling refugees? A cross-sectional study of 1431 refugees who arrived in Denmark between 2014 and 2018. *J Migr Health.* 2021;3:100044.
10. Hvass AM, Wejse C. Systematic health screening of refugees after resettlement in recipient countries: a scoping review. *Ann Hum Biol.* 2017;44(5):475-83.
11. Kroening AL, Dawson-Hahn E. Health considerations for immigrant and refugee children. *Adv Pediatr.* 2019;66:87-110.
12. World Health Organization. Monitoring health and health system performance in the Eastern Mediterranean region: core indicators and indicators on the health-related Sustainable Development Goals 2020 [homepage]. Geneva:WHO; 2021. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/346297>
13. Blackmore R, Boyle JA, Fazel M, Ranasinha S, Gray KM, Fitzgerald G, et al. The prevalence of mental illness in refugees and asylum seekers: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med.* 2020;17(9):e1003337.
14. Utsumi Y. Armed conflict, education access, and community resilience: evidence from the Afghanistan NRVA survey 2005 and 2007. *Int J Educ Dev.* 2022;88:102512.
15. Acolhimento – Refugiados oriundos do Afeganistão – Área da saúde: documento de trabalho, versão 13.11.2021 [Internet]. Lisboa: Departamento de Saúde Pública da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo; 2021 Nov 13. Available from: https://snspt-my.sharepoint.com/:b:/g/personal/707640_arslvt_min-saude_pt/EdM3e1sT_JtEjsFDAMMrTYBv9MvNd7274FlomtiyR7NGg?e=zfzSua
16. Duvall ER. Family development. Philadelphia: Lippincott; 1971.
17. Direção-Geral da Saúde. Programa nacional de saúde infantil e juvenil: norma n.º 010/2013, de 31/05/2013. Lisboa: DGS; 2013.
18. Direção-Geral da Saúde. Programa nacional de promoção da saúde oral, 2021-2025. Lisboa: DGS; 2021. ISBN 978-972-675-297-4
19. Direção-Geral da Saúde. Programa nacional para a vigilância da gravidez de baixo risco. Lisboa: DGS; 2015. ISBN 978-972-675-233-2
20. Direção-Geral da Saúde. Programa nacional para as doenças oncológicas 2017. Lisboa: DGS; 2017.
21. Direção-Geral da Saúde. Vacinação contra a gripe: época 2021/2022 (norma n.º 006/2021, de 25/09/2021). Lisboa: DGS; 2021.
22. Direção-Geral da Saúde. Vacinação contra a COVID-19: norma n.º 002/2021, de 30/01/2021, atualizada em 06/09/2022. Lisboa: DGS; 2022.
23. Chernet A, Utzinger J, Sydow V, Probst-Hensch N, Paris DH, Labhardt ND, et al. Prevalence rates of six selected infectious diseases among African migrants and refugees: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.* 2018;37(4):605-19.
24. Saify K, Saadat M. Consanguineous marriages in Afghanistan. *J Biosoc Sci.* 2012;44(1):73-81.
25. Ahmadi A, Essar MY, Lin X, Adebisi YA, Lucero-Prisno DE. Polio in Afghanistan: the current situation amid COVID-19. *Am J Trop Med Hyg.* 2020;103(4):1367-9.
26. Sadigh KS, Akbar IE, Wadood MZ, Shukla H, Jorba J, Chaudhury S, et al. Progress toward poliomyelitis eradication: Afghanistan, January 2020–November 2021. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2022;71(3):85-9.
27. World Health Organization. Afghanistan: infectious disease outbreaks – epidemiological week #9, 2022 (27 February–05 March) situation report #30 [homepage]. WHO; 2022 Mar 22 [cited 2022 Apr 24]. Available from: <https://reliefweb.int/report/afghanistan/afghanistan-infectious-disease-outbreaks-epidemiological-week-9-2022-27-february>
28. World Health Organization, Global Polio Eradication Initiative. Polio eradication strategy 2022–2026: delivering on a promise [homepage]. Geneva: WHO; 2021. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/345967>
29. European Centre for Disease Prevention and Control. Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2022: 2020 data [homepage]. Copenhagen: ECDC; 2022. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/tuberculosis-surveillance-and-monitoring-europe-2022-2020-data>
30. Zhao SY, Jing WZ, Liu J, Liu M. [Prevalence of anemia during pregnancy in China, 2012–2016: a meta-analysis]. *Zhonghua Yu Fang Yi Xue Za Zhi.* 2018;52(9):951-7. Chinese
31. Arija V, Ribot B, Aranda N. Prevalence of iron deficiency states and risk of haemoconcentration during pregnancy according to initial iron stores and iron supplementation. *Public Health Nutr.* 2013;16(8):1371-8.
32. Areia AL, Nogueira-Silva C, Serrano F, Maires J, Guimarães M, Clode N. Anemia na gravidez e no puerpério: normas de orientação clínica [Internet]. Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal; 2019. Available from: <https://www.spommf.pt/wp-content/uploads/2019/07/Norma-Anemia-na-Gravidez-e-no-Puerpe%CC%81rio.pdf>
33. Vazquez JC. Constipation, haemorrhoids, and heartburn in pregnancy. *BMJ Clin Evid.* 2010;2010:1411.
34. Iniciativa Mundial para a Erradicação da Poliomielite. Poliovírus circulantes derivados da vacina (atualização global): uma nova abordagem para controlar o cVDPV2 [Internet]. IMEP; 2020. Available from: https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2020/12/20201130_cVDPV2_Global_Update_PT.pdf
35. Noori T, editor. Assessing the burden of key infectious diseases affecting migrant populations in the EU/EEA [homepage]. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2014. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/assessing-burden-key-infectious-diseases-affecting-migrant-populations-eueea>
36. Giambi C, Del Manso M, Dalla Zuanna T, Riccardo F, Bella A, Caporali MG, et al. National immunization strategies targeting migrants in six European countries. *Vaccine.* 2019;37(32):4610-7.
37. Lebano A, Hamed S, Bradby H, Gil-Salmerón A, Durá-Ferrandis E, Garcés-Ferrer J, et al. Migrants' and refugees' health status and healthcare in Europe: a scoping literature review. *BMC Public Health.* 2020;20(1):1039.
38. Blitz BK, d'Angelo A, Kofman E, Montagna N. Health challenges in refugee reception: dateline Europe 2016. *Int J Environ Res Public Health.* 2017;14(12):1484.
39. Pavli A, Maltezou H. Health problems of newly arrived migrants and refugees in Europe. *J Travel Med.* 2017;24(4).
40. Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro. *Diário da República. I Série;*(169).
41. Simões J, Fronteira I, Augusto GF. The 2019 Health Basic Law in Portugal: political arguments from the left and right. *Health Policy.* 2021;125(1):1-6.



CONTRIBUTO DOS AUTORES

Conceptualização, MB, MO e CPi; metodologia, MB, MO e CPi; investigação, MB, MO e CPi; recursos, MB, MO e CPi; análise formal, MO; gestão de dados, MB, MO e CPi; validação, MB, MO e CPi; redação do *draft* original, MB, MO e CPi; revisão, edição e validação do texto final, MB, MO, CPi, CPe e DMC; visualização, MB, MO, CPi, CPe e DMC; supervisão, MB, MO, CPi, CPe e DMC; administração do projeto, MB, MO e CPi.

PROTEÇÃO DAS PESSOAS E ANIMAIS

As autoras declaram que os procedimentos respeitaram a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial atualizada em 2013.

CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS

As autoras declaram ter seguido os protocolos acerca da publicação de dados.

CONFLITO DE INTERESSES

As autoras declaram não possuir quaisquer conflitos de interesse.

FINANCIAMENTO

O trabalho relatado neste manuscrito não foi objeto de qualquer tipo de financiamento externo (incluindo bolsas de investigação).

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Marta Bernardo

E-mail: wmartabernardo@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-1836-4828>

Recebido em 04-08-2022

Aceite para publicação em 07-04-2023

ABSTRACT

THE ROLE OF A PRIMARY HEALTH CARE TEAM IN WELCOMING AFGHAN REFUGEES

Background: In 2021, Afghanistan was the 2nd country in the world with the largest refugee population after a migration crisis triggered by war and political conflicts. Several European countries, including Portugal, welcomed refugees through organized programs. Migration is a social determinant of health, generating inequities and with a negative impact. Refugee reception medicine has several particularities, requiring the intervention of trained health teams.

Methods: Retrospective cross-sectional study of the health status of a group of Afghan refugees and the procedures of the primary health care team of the Lisbon and Tagus Valley Regional Administration, from November 2021 to April 2022. Description of the health procedures inherent to the refugee's reception. Sociodemographic characterization of the group, the number and type of consultations carried out, and quantification and description of the main active problems.

Results: Forty-eight individuals from 11 families were welcomed, with a mean age of 19.7 ± 16.5 years, including 52.1% adults and 47.9% children and adolescents. Two hundred and six medical appointments were carried out and 121 active problems were identified. Adults required more medical assistance than children and adolescents (134 vs 72 consultations, respectively) (p -value <0.05). Infections contributed to at least 47.7% of active problems in children and adolescents and 29.9% in adults. Twenty-four percent of adults reported psychopathological symptoms and of these 66.7% were diagnosed with mental pathologies. Afghan refugees adhered to the proposed contraceptive methods, screening, and vaccination programs.

Conclusions: Migration creates sociocultural and health challenges. Problems identified evidence of infectious, oral, and mental diseases. This study emphasizes the need for international guidelines on refugee reception and reinforces the importance of obtaining validated and reproducible results. Defining a multidisciplinary team and defining communication strategies was essential. Being a health professional providing assistance to refugee populations brings challenges. This study will help teams working in similar contexts in the future.

Keywords: Afghanistan; Health services accessibility; Patient care team; Primary health care; Refugees.