



Universidade de Brasília
Instituto de Ciências Humanas
Departamento de Geografia
Programa de Pós-Graduação

**Barreiras e facilitadores do acesso de migrantes à Atenção
Primária à Saúde: um estudo comparado Distrito Federal,
Brasil e Limburgo, Países Baixos**

Nayara Belle Nova da Costa

Tese de Doutorado

Brasília – DF, dezembro de 2023



Universidade de Brasília
Instituto de Ciências Humanas
Departamento de Geografia
Programa de Pós-Graduação

**Barreiras e facilitadores do acesso de migrantes à Atenção
Primária à Saúde: um estudo comparado Distrito Federal,
Brasil e Limburgo, Países Baixos**

Nayara Belle Nova da Costa

Orientadora: Helen da Costa Gurgel

Tese de Doutorado

Brasília – DF, dezembro de 2023

BARREIRAS E FACILITADORES DO ACESSO DE MIGRANTES À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM ESTUDO COMPARADO DISTRITO FEDERAL, BRASIL E LIMBURGO, PAÍSES BAIXOS

Nayara Belle Nova da Costa

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Geografia, do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutora em Geografia.

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Helen da Costa Gurgel (Orientadora)
Departamento de Geografia – UnB

Profa. Dra. Andrea Maria Calazans Pacheco Pacífico
Departamento de Relações Internacionais – UEPB

Profa. Dra. Martha Priscila Bezerra Pereira
Departamento de Geografia – UFCG

Profa. Dra. Muna Muhammad Odeh
Departamento de Saúde Coletiva – UnB

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

B331b Belle Nova da Costa, Nayara
Barreiras e facilitadores do acesso de migrantes à
Atenção Primária à Saúde: um estudo comparado Distrito
Federal, Brasil e Limburgo, Países Baixos / Nayara Belle
Nova da Costa; orientador Helen da Costa Gurgel. --
Brasília, 2023.
233 p.

Tese(Doutorado em Geografia) -- Universidade de Brasília,
2023.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Acesso à Saúde. 3.
Migrantes e Refugiados. 4. Barreiras e facilitadores do
acesso. 5. Migrações Internacionais. I. da Costa Gurgel,
Helen, orient. II. Título.

É concedida à Universidade de Brasília permissão para reproduzir cópias desta dissertação (tese) e emprestar ou vender tais cópias somente para propósitos acadêmicos e científicos. O autor reserva outros direitos de publicação e nenhuma parte desta dissertação de mestrado (tese de doutorado) pode ser reproduzida sem a autorização por escrito do autor.

Nayara Belle Nova da Costa

AGRADECIMENTOS

À minha família toda gratidão e amor pelo suporte e incentivo incondicional em todos meus passos na vida pessoal e acadêmica.

Agradeço minha orientadora Profa. Helen Gurgel pelo desafio proposto de adentrar o tema da saúde na perspectiva das migrações internacionais, por me orientar e acolher nessa jornada.

Agradeço ao Prof. Thomas Kraftt e a Profa. Eva Pilot por me orientarem e receberem durante o doutorado sanduíche no Departamento de Saúde, Ética e Sociedade da Faculdade de Saúde, Medicina e Ciências da Vida da Universidade de Maastricht (MU). A Dra Babette Doorn do Instituto de Pesquisa sobre Cuidados e Saúde Pública (*School of CAPHRI*) da MU por viabilizar a realização das entrevistas em Limburgo, Países Baixos.

Agradeço aos participantes pela generosidade de suas contribuições imprescindíveis para a realização desta pesquisa e por suas ações em prol da equidade em saúde para as populações migrantes.

Ao Programa de Pós-Graduação em Geografia da UnB, nas pessoas do Prof. Roberto Gomes e dos secretários Agnelo Pereira e Jorge Luiz Pereira que sempre me auxiliaram nesse percurso acadêmico.

Aos meus amigos do Laboratório de Geografia, Ambiente e Saúde (LAGAS/UnB) pela parceria incrível, apoio e trocas realizadas a cada cafezinho.

E a todos meus amigos pelos necessários momentos de descontração.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001, por meio de bolsa de doutorado no país e de bolsa do Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior (PDSE).

Também agradeço a Fundação de Apoio à Pesquisa do Distrito Federal (FAPDF) pelo apoio financeiro para a participação na *Migration Conference 2017* e ao *Institut de Recherche pour le Développement* (IRD) pelo apoio institucional e financeiro por meio do Laboratório Misto Internacional (LMI Sentinela) que contribuíram para o desenvolvimento da tese.

"I have always felt that the action most worth watching is not at the center of things but where edges meet. I like shorelines, weather fronts, international borders. There are interesting frictions and incongruities in these places, and often, if you stand at the point of tangency, you can see both sides better than if you were in the middle of either one."

(Anne Fadiman)

RESUMO

A mobilidade humana, particularmente a migração internacional, é tema transversal e central da saúde global. A intensificação e superdiversidade dos fluxos migratórios agregam desafios à vigilância sanitária internacional e aos sistemas de saúde. Os migrantes são cerca de 3,6% da população mundial e, assim como os nacionais, integram as sociedades de acolhida e possuem necessidades inerentes à vida, incluindo à saúde. Contudo, migrantes, solicitantes de refúgio e refugiados encontram dificuldade para acessar os serviços de saúde em decorrência da inelegibilidade para o acesso, do custo, das especificidades linguísticas e culturais, da falta de informação e de ações de equidade direcionadas a esse público. Reconhecendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada aos serviços de saúde e sua importância na promoção e manutenção da saúde da população, esta pesquisa objetivou analisar o acesso de migrantes à APS no Distrito Federal (DF), Brasil e em Limburgo, Países Baixos, por meio de estudo de caso comparado. Foram realizadas análises de registros administrativos, legislação e entrevistas semiestruturadas com profissionais de saúde de ambas as localidades e de migrantes e partes interessadas no DF. Os resultados demonstram que em ambos os locais de estudo os profissionais de saúde são receptivos ao atendimento de migrantes, empregam boas práticas, mas também enfrentam desafios organizacionais, informacionais, linguísticos e culturais que dificultam que a APS alcance seu objetivo de promoção, prevenção, educação e manutenção da saúde dos usuários migrantes.

Palavras-chaves: Acesso aos serviços de saúde; Atenção Primária à Saúde; Migrações Internacionais; Estudo Comparados de Sistemas de Saúde; Brasil, Países Baixos.

ABSTRACT

Human mobility, particularly international migration, is a transversal and central theme of global health. The intensification and superdiversity of migratory flows add challenges to international health surveillance and health systems. Migrants make up about 3.6% of the world's population and, like nationals, are part of host societies and have needs inherent to life, including healthcare. However, migrants, asylum seekers and refugees find it difficult to access health services due to ineligibility for access, cost, linguistic and cultural specificities, lack of information and equity actions aimed at this public. Recognizing Primary Health Care (PHC) as a gateway to health services and its importance in promoting and maintaining the health of the population, this research aimed to analyze the access of migrants to PHC in the Federal District (DF), Brazil and Limburg, the Netherlands through a comparative case study. Analyses of administrative records, legislation, and semi-structured interviews with health professionals from both locations, as well as migrants and stakeholders in the Federal District, were conducted. The results show that in both study sites, health professionals are receptive to migrants' patients, employ good practices, but also face organizational, informational, linguistic, and cultural challenges that hinder PHC to achieve its objective of promoting, preventing, educating and maintaining the health of migrant users.

Keywords: Access to healthcare; Primary Health Care; International Migrations; Comparative Study of Health Systems; Brazil, The Netherlands.

Lista de Figuras

Figura 1 - Distrito Federal: Localização e divisão administrativa	22
Figura 2 - Mapa de Localização das Províncias de Limburgo e Brabante do Norte e dos Municípios de Budel-Cranendonck, Maastricht e Weert.....	25
Figura 3 - Marco Lógico da Pesquisa.....	32
Figura 4 - Linha do tempo dos atos internacionais.....	54
Figura 5 - Dimensões de Acesso	58
Figura 6 - Diagrama sistêmico das barreiras de acesso à saúde vivenciadas por migrantes.....	65
Figura 7 - Organização Geral do SUS.....	68
Figura 8 - Portas de Acesso ao SUS.....	70
Figura 9 - Legislações brasileiras que garantem o acesso ao SUS à pessoas migrantes.....	74
Figura 10 - Mapa das Regiões de Saúde do Distrito Federal com indicação das Regiões Administrativas e Unidades Básicas de Saúde	78
Figura 11 - Organização do Sistema de Saúde Neerlandês	85
Figura 12 - Acesso ao Sistema de Saúde Neerlandês.....	87
Figura 13 - Acesso à Atenção Primária nos Países Baixos.....	87
Figura 14 - Síntese das principais características dos Sistemas de Saúde e Atenção Primária do Brasil e dos Países Baixos.....	97
Figura 15 - Localização das Clínicas e Posto de Atenção Primária por distrito em Maastricht e mapa dos bairros por distrito 2019.	98
Figura 16 - Tradutor médico visual	150
Figura 17 - Diagrama de barreiras identificadas por predominância nos locais de estudo	172
Figura 18 - Infográfico da Atenção Primária nos Países Baixos em português.....	178

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Migrantes residentes no DF por faixa etária e gênero 2019-2022 ...	24
Tabela 2 - Número de UBS por Região Administrativa e Região de Saúde do Distrito Federal 2023.....	79
Tabela 3 - Principais países de origem dos números SESDF emitidos entre 2010-2020 e no ano de 2016 isoladamente.....	80
Tabela 4 - Comparativo da quantidade e distância médias dos estabelecimentos da APS entre os Países Baixos, a província de Limburgo e o município de Maastricht (2019 e 2020).....	96

Tabela 5 - Dez bairros com maior proporção de migrantes residentes em Maastricht, 2018.....	97
---	----

Lista de Quadros

Quadro 1 - Perguntas de pesquisa, objetivos específicos e metodologia.....	19
Quadro 2 - Recorte Populacional por País	27
Quadro 3 - Palavras e termos-chaves utilizados na busca por literatura	34
Quadro 4 - Fontes de Dados do Brasil	35
Quadro 5 - Fontes de Dados dos Países Baixos.....	36
Quadro 6 - Instrumentos internacionais sobre o direito do acesso à saúde para migrantes.....	51
Quadro 7 - Dimensões de Acesso (Penchansky & Thomas; Saurman).....	56
Quadro 8 - Comparativo de Competências da GASPVP em 2013 e 2018	82
Quadro 9 - Síntese dos pontos positivos e negativos organizados por dimensões de acesso.....	170
Quadro 10 - Síntese de barreiras e recomendações	184

Lista de Gráficos

Gráfico 1 - Principais nacionalidades de migrantes documentados residindo no DF 2016 a 2022	23
Gráfico 2 - População migrante residente nas províncias de Brabante do Norte e Limburgo, Países Baixos 2002-2018.....	25
Gráfico 3 - Comparativo do número de profissionais atuando na APS segundo composição mínima da Equipe de Saúde da Família, Brasil 2019 e 2021	72
Gráfico 4 - População inscrita em GP nos Países Baixos 2017-2021.....	90
Gráfico 5 - Percentual de inadimplência do seguro de saúde por grupos de origem, período 2015 a 2021	93
Gráfico 6 - Proporção de população por grupos de antecedentes migratórios por bairro em Maastricht, Países Baixos, em 2018.....	99

Lista de Anexos

Anexo 1 - Características dos Participantes Profissionais de Saúde em Brabante do Norte e Limburgo, nos Países Baixos	227
Anexo 2 - Características dos Profissionais de Saúde do Distrito Federal, Brasil	230
Anexo 3 - Características dos Participantes Migrantes no Distrito Federal, Brasil	232
Anexo 4 - Características das Partes Interessadas Participantes no Distrito Federal, Brasil.....	233

Lista de Siglas e Abreviaturas

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AMBr	Associação dos Médicos de Brasília
APS	Atenção Primária à Saúde
AZC	Asielzoekerscentrum (Centros de Acolhimento para Refugiados)
BSN	Número de atendimento ao cidadão dos Países Baixos
BVsaúde	Biblioteca Virtual em Saúde
CAK	Centraal Administratie Kantoor (Escritório Central de Administração)
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CEP/CHS	Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais
CESCR	Comitê dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais
CF88	Constituição Federal do Brasil de 1988
CG-CONARE	Coordenação Geral do CONARE
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde do Brasil
CONARE	Comitê Nacional para os Refugiados
CONNECTAS	Conectas Direitos Humanos
DA	Doktersassistent (Assistentes dos Médicos)
DF	Distrito Federal
DPF	Departamento de Polícia Federal do Brasil
DUDH	Declaração Universal dos Direitos Humanos
eAB	Equipes de Atenção Básica
ECC	Estudo de Caso Comparado
eSF	Equipes de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GASPVP	Gerência de Atenção à Saúde de Populações em Situação Vulnerável e Programas Especiais
GGZ	Neerlandese Geestelijke Gezondheidszorg / Associação Neerlandesa de Saúde Mental e Cuidados com Dependências
GP	General Practitioner
ICRMW	Direitos de Todos os Trabalhadores Migrantes e suas Famílias
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg (Inspetoria de Saúde Neerlandesa)
IMDH	Instituto Migração e Direitos Humanos
KCMD	Knowledge Centre on Migration and Demography
MJSP	Ministério da Justiça e Segurança Pública do Brasil
MS	Ministério da Saúde do Brasil
Nivel	Instituto Neerlandês de Pesquisa em Saúde
NP	Enfermeiros de Práticas Avançadas
NZa	Autoridade Neerlandesa de Saúde
ODS	Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
OECD	Organisation for Economic Cooperation and Development
OIM	Organização Internacional para as Migrações
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PEC-G	Programa de Estudantes-Convênio de Graduação

PIDESC	Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
POH-GGZ	Enfermeiros de Prática Avançada em Saúde Mental
POH-S	Enfermeiros de Prática Avançada em Doenças Crônicas
PROADESS	Projeto de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde
RA	Regiões Administrativas
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RSI	Regulamento Sanitário Internacional
SAPS	Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SESEDF	Secretaria de Estado de Saúde do DF
SIG	Sistemas de Informação Geográficas
SISMIGRA	Sistema de Migração
SSN	Sistema de Saúde Neerlandês
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNA-SUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
UNDESA	Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas
UPA 24h	Unidades de Pronto Atendimento 24 horas

Sumário

Introdução	16
Capítulo 1: Percursos Metodológicos	19
1.1. Escopo da Pesquisa.....	19
1.2. Recorte Temático.....	20
1.3. Recorte Geográfico.....	21
1.3.1. Distrito Federal, Brasil.....	22
1.3.2. Maastricht e Weert em Limburgo e Budel-Cranendonck em Brabante do Norte, Países Baixos.....	24
1.4. Recorte populacional.....	26
1.4.1. Características dos participantes.....	28
1.5. Recorte Temporal.....	31
1.6. Desenho de Pesquisa.....	32
1.7. Abordagem Metodológica.....	32
1.8. Fontes de Dados.....	34
1.8.1. Levantamento bibliográfico e documental.....	34
1.8.2. Registros administrativos.....	35
1.8.3. Entrevistas Semiestruturadas.....	36
Capítulo 2: Revisão de Literatura	38
2.1. Migração e Saúde.....	38
2.2. Interseccionalidades.....	40
2.3. Direito à Saúde: Principais Normas Internacionais.....	45
2.4. Acesso aos Serviços de Saúde.....	55
2.4.1. Barreiras de Acesso à Saúde.....	61
Capítulo 3: Caracterização dos Sistemas de Saúde	66
3.1. O Sistema de Saúde Brasileiro.....	66
3.1.1. O acesso aos serviços de saúde por migrantes no Brasil.....	73
3.1.2. A Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal.....	76
3.1.3. Gerência de Atenção à Saúde de Populações em Situação Vulnerável e Programas Especiais (GASPVP/SESDF).....	81
3.2. Sistema de Saúde Neerlandês.....	84
3.2.1. Atenção Primária Neerlandesa.....	89
3.2.2. Características do acesso à saúde de migrantes e solicitantes de refúgio nos Países Baixos.....	93
3.2.3. Atenção Primária à Saúde em Maastricht, Países Baixos.....	95
Capítulo 4: O acesso à APS a partir da percepção dos participantes	100
4.1. Aspectos Organizacionais.....	100
4.1.1. Treinamento para o atendimento de migrantes.....	104
4.1.2. Aspectos administrativos e documentais.....	113
4.1.3. Aspectos financeiros e acessibilidade geográfica.....	116
4.2. Acesso de migrantes à APS: o olhar da ponta.....	121
4.2.1. Navegando o Sistema de Saúde e a Atenção Primária.....	131
4.2.2. Vivências em outros Sistemas de Saúde.....	135
4.3. Comunicação.....	138
4.3.1. Estratégias para reduzir as barreiras de comunicação.....	146
4.4. Diversidade Cultural.....	155
4.4.1. Gênero.....	160
4.4.2. Religião.....	165
4.5. Garantindo direitos sem deixar ninguém para trás.....	173

4.5.1. Informação e capacitação continuada para os profissionais de saúde.....	174
4.5.2. Aprendendo a navegar o sistema de saúde	176
4.5.3. Rumo ao entendimento mútuo	180
Conclusão.....	186
Referências.....	191
Anexo 1 - Características dos Participantes Profissionais de Saúde em Brabante do Norte e Limburgo, nos Países Baixos.....	227
Anexo 2 - Características dos Profissionais de Saúde do Distrito Federal, Brasil.....	230
Anexo 3 - Características dos Participantes Migrantes no Distrito Federal, Brasil.....	232
Anexo 4 - Características das Partes Interessadas Participantes no Distrito Federal, Brasil	233

Introdução

A mobilidade humana é tema transversal e central na saúde global. A intensificação e a superdiversidade dos fluxos de pessoas agregam desafios em todas as escalas da saúde (local, regional e internacional), tanto no nível macro da vigilância sanitária quanto no nível micro dos sistemas de saúde. Por isso, a mobilidade humana é considerada área prioritária e estratégica pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (Hanefeld *et al.*, 2017).

Durante a pandemia da COVID-19, considerada a maior crise de saúde pública global em um século, a relação entre saúde e mobilidade humana – seja ela interna ou internacional, pelo turismo ou pela migração – ganhou contornos ainda mais dramáticos, evidenciando as dificuldades dos mais diversos sistemas de saúde em acolher e incluir os migrantes em suas ações, na comunicação das medidas de prevenção, contenção, testagem, tratamento e vacinação (Ortega, Martínez e Diamond, 2020; UNFPA, 2020; WHO, 2021).

Os migrantes internacionais em 2020 corresponderam a 3,6% da população mundial, o equivalente a cerca de 281 milhões de pessoas (IOM, 2022). Os fluxos mistos (voluntários e forçados) da atualidade são complexos, caracterizados pela hipermobilidade e a feminização do fenômeno, suplantando concepções como a divisão entre países emissores e receptores, a prevalência da migração Sul-Norte e Norte-Norte e dos movimentos migratórios de longa duração (Baeninger, 2012; Castles, Haas e Miller, 2014; Faria, 2015; Peixoto, 2019).

A exposição a determinantes e condicionantes de saúde (favoráveis ou não) que antecedem a partida, durante o trajeto migratório e na integração à sociedade de acolhida impactam na saúde do migrante. Fatores como estresse e o trauma ocasionados por conflitos, perseguição, violência sexual, contrabando e tráfico de pessoas e as condições de vulnerabilidades socioeconômicas no país de destino são exemplos associados à deterioração das condições de saúde dos migrantes (Davies, Basten e Frattini, 2010; Zimmerman, Kiss e Hossain, 2011; IOM, 2017; Abubakar *et al.*, 2018).

No entanto, por vezes, essas necessidades não são total ou parcialmente atendidas em forma de direitos estendidos aos migrantes, em especial, àqueles

indocumentados. Diversos estudos identificaram que migrantes, solicitantes de refúgio e refugiados encontram dificuldade para acessar os serviços de saúde em decorrência da inelegibilidade para o acesso, do custo, das especificidades linguísticas e culturais, da falta de informação e de ações de equidade direcionadas a esse público (Davies, Basten e Frattini, 2006; Diaz *et al.*, 2017; Hanefeld *et al.*, 2017; IOM, 2017; Ledoux *et al.*, 2018; Pacheco-Coral, 2018).

A Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha um papel crucial na integração da população migrante ao sistema de saúde, uma vez que é o primeiro nível de acesso aos cuidados de saúde em vários países, responsável por ações de promoção, prevenção, recuperação e manutenção da saúde. Nesse sentido, a APS quando dotada de recursos para superar eventuais barreiras linguísticas e culturais é chave de integração essencial para garantir o acesso equitativo aos serviços de saúde por viabilizar o diagnóstico preciso, adesão ao tratamento, promoção de práticas saudáveis e maior acesso à informação sobre o funcionamento dos sistemas de saúde locais (Starfield, Shi e Macinko, 2005; IOM, 2017; Batista *et al.*, 2018).

O Brasil tem vivenciado o aumento do número de migrantes, incluindo fluxos volumosos como o dos haitianos e dos venezuelanos. Embora sua legislação garanta amplamente o acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS), os dados sobre acesso são escassos e falhos, as ações de equidade para as populações migrantes são locais e pontuais, em sua maioria em resposta a situações emergenciais. Nos Países Baixos cerca de um terço da população é de migrantes e a legislação estende aos documentados, solicitantes de refúgio e refugiados o acesso aos serviços de saúde. O sistema de saúde neerlandês com APS forte que atua como *gatekeeper* é reconhecido como um dos três melhores sistemas europeus.

Nesse sentido, reconhecendo a saúde como Direito Humano e o contexto de fluxos migratórios crescentes e contínuos como parte do modo de vida da sociedade contemporânea a partir do aprofundamento do processo de globalização, da sua relevância nas pautas de saúde, e ainda, visando contribuir para a produção de conhecimento, formulação de planos e políticas públicas de saúde que contemplem e melhorem a saúde das populações migrantes, a presente pesquisa objetiva analisar comparativamente o acesso dessas

populações à APS do sistema público no Distrito Federal (DF) no Brasil e em Limburgo nos Países Baixos, identificando barreiras e facilitadores do acesso.

No Capítulo 1, são abordados os aspectos metodológicos. Em seguida na revisão de literatura são apresentados o Estado da Arte sobre saúde e migração, suas interseccionalidades, o suporte legal e as discussões acerca do acesso aos serviços de saúde. No terceiro capítulo, são apresentados breve histórico e características dos Sistemas de Saúde do Brasil e dos Países Baixos, com detalhamento sobre a estrutura e organização da APS e do acesso das populações migrantes.

Os resultados das entrevistas semiestruturadas com migrantes, profissionais da saúde e partes interessadas (stakeholders) no Brasil e as entrevistas com profissionais da saúde nos Países Baixos analisados de maneira conjunta e apresentados segundo análise temática no Capítulo 4. A análise temática teve como intuito identificar e compreender o atendimento à migrantes na APS, os desafios, as barreiras e as estratégias utilizadas para melhorar esse acesso. Além disso, foi aplicado o método de bricolagem entre os dados das diferentes fontes pontuando aspectos comuns, pontos de convergência e divergência entre os discursos e percepções dos três grupos participantes nos dois locais de estudo com a literatura, a legislação e os dados secundários.

Capítulo 1: Percursos Metodológicos

1.1. Escopo da Pesquisa

Esta pesquisa objetiva analisar o acesso dos migrantes e refugiados aos serviços de saúde de atenção primária no Distrito Federal, Brasil, e na província de Limburgo, Países Baixos para estabelecer um benchmarking nesta temática. Para isso, utilizou-se a metodologia de estudo de caso comparado de políticas de saúde e das perspectivas dos trabalhadores de saúde, usuários migrantes, atores governamentais e não governamentais.

A intensificação e diversificação dos fluxos migratórios geram desafios aos governos em diversas áreas, incluindo a saúde. O acesso ou não dessas populações aos serviços de saúde tem desdobramentos para a saúde e bem-estar dos migrantes, da população das sociedades de acolhida e para a prestação desses serviços. Conforme abordado pela literatura, diversos fatores influenciam no acesso e em sua qualidade, sendo a própria migração considerada por alguns autores como um determinante social de saúde.

Nesse contexto, as perguntas que guiaram a pesquisa, os objetivos específicos e metodologia para realização das análises são apresentadas no quadro abaixo.

Quadro 1 - Perguntas de pesquisa, objetivos específicos e metodologia

PERGUNTAS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	METODOLOGIA
a) Como a atenção primária nos dois sistemas de saúde acolhem os migrantes?	a) Caracterizar os sistemas de saúde do Distrito Federal e de Limburgo para o acesso de migrantes; b) Identificar e discutir os instrumentos legais, políticas públicas e estudos voltados ou que se relacionem com o acesso aos serviços de saúde, em especial à Atenção Primária, pelo migrante e pelo refugiado;	Levantamento bibliográfico e documental, revisão de literatura, coleta de dados qualitativos e quantitativos, estudo de caso comparado.
b) Quais barreiras são percebidas pelas partes envolvidas?	d) Identificar os principais desafios para o acesso de migrantes e refugiados à Atenção Primária à Saúde nos dois contextos;	Levantamento bibliográfico e entrevistas semiestruturadas.
c) O arcabouço legal sobre acesso à saúde para migrantes é suficiente para minimizar as barreiras de acesso a saúde vivenciadas por essa população?	c) Analisar as políticas e ações de saúde voltadas para o acesso de migrantes à Atenção Primária à Saúde adotadas pelos governos;	Bricolagem de dados primários (entrevistas) e secundários (quanti e qualitativos).

d) Quais ações identificadas têm potencial de minimizar essas barreiras?	b) Analisar as políticas e ações de saúde voltadas para o acesso de migrantes à Atenção Primária à Saúde adotadas pelos governos;	Benchmarking
--	---	--------------

Pretende-se assim contribuir para o conhecimento na área, agregando evidências para subsidiar ações e políticas públicas para a melhoria do acesso das populações migrantes à Atenção Primária à Saúde nos locais de estudo e de forma geral, e estimular a pesquisa sobre a temática.

1.2. Recorte Temático

O direito à saúde é reconhecido em diversos instrumentos do Direito Internacional, por organizações internacionais e pela maioria dos países como um direito fundamental e um direito humano (Pace, 2009; Cavalcanti *et al.*, 2017). Contudo, a inclusão e o acolhimento de populações migrantes no âmbito nacional dos países ainda são terreno de debates, sendo recorrente o discurso economicista dos custos da inclusão, quando deveriam considerar também os custos da não inclusão para a saúde pública.

Assim, a definição de quem pode usufruir desse direito e o que está incluso nesse acesso perpassa as regulamentações dos Sistemas de Saúde de cada Estado, podendo ser explícitas ou não quanto a essa definição, includentes ou excludentes, sendo também suscetíveis a mudanças por fatores políticos e econômicos. Seja qual for o arranjo do acesso à saúde, haverá desdobramentos nas populações atendidas e não atendidas e nos serviços de saúde.

Cabe ressaltar que mesmo em contextos mais restritivos onde não há a universalidade do acesso, o pronto atendimento em casos de emergência é comumente respaldado por princípios morais e éticos da medicina a nível internacional e nacionalmente (WMA, 2015, p. 19) e a negativa de atendimento podendo configurar má prática médica, negligência e omissão de socorro. Esse é provavelmente um dos motivos da literatura também apontar um uso mais frequente desse tipo de assistência à saúde pelos migrantes (Graetz *et al.*, 2017; Granada *et al.*, 2017; Credé, Such e Mason, 2018).

No entanto, a saúde não deve ser apenas pontualmente tratada quando ocorre a doença ou evento agudo. Essa abordagem tende a sobrecarregar os sistemas de saúde e de seguridade social tanto nos serviços de emergência

quanto a longo prazo com a deterioração do estado geral de saúde dessas populações.

Assim, o efetivo acesso de migrantes à Atenção Primária à Saúde (APS) que é responsável pela prevenção, promoção e educação em saúde, tratamentos, reabilitação e cuidados paliativos é um caminho para evitar a sobrecarga do sistema e garantir o bem-estar da população. Dentro dos sistemas de saúde a APS atua como porta de entrada, sendo responsável por orientar o fluxo para os demais serviços de saúde (WHO, 1978). É considerado importante motor para alcançar a cobertura universal de saúde contribuindo para a eficácia, equidade e eficiência dos serviços de saúde (Starfield, 2012; WHO, 2019).

O processo de territorialização da APS é outra característica que favorece a inclusão dos migrantes, pois pressupõe o reconhecimento demográfico, socioeconômico, ambiental e cultural dentre outros aspectos da população abrangida com vistas em adequar o atendimento às necessidades daquele contexto na medida em que acompanha sua transformação sendo capazes de assimilar a dinamicidade e superdiversidade dos fluxos migratórios. A proximidade com a comunidade e o contato prolongado com os usuários também favorece o desenvolvimento de vínculos de confiança - importante para a adesão aos cuidados de saúde.

As características e benefícios supracitados para a saúde individual e coletiva e o potencial efeito em cadeia por constituir-se como executor direto das políticas públicas de saúde, pela potencialidade para coleta de dados e de geração de impacto junto a população de interesse foram decisivos para a definição da APS como recorte temático da pesquisa.

1.3. Recorte Geográfico

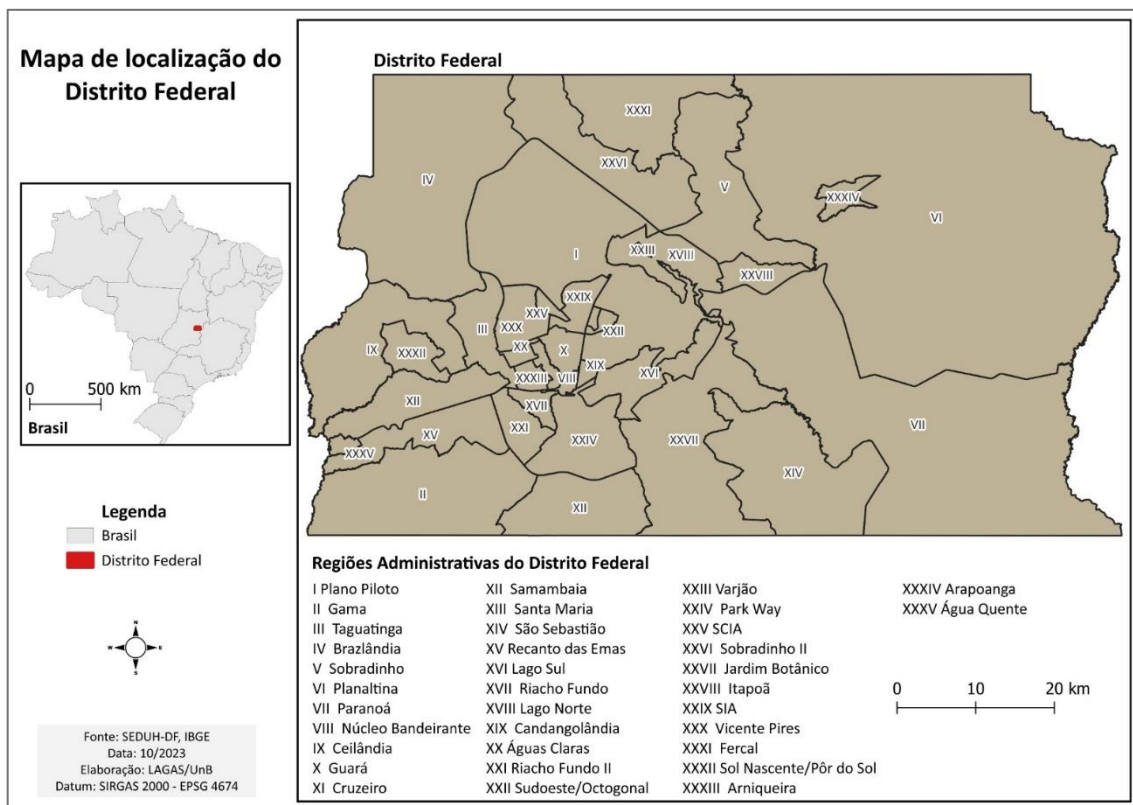
Foram definidos o Distrito Federal no Brasil e Maastricht na província de Limburgo, nos Países Baixos para o recorte geográfico devido ao histórico e contexto migratório, modelo de sistema de saúde com Atenção Primária forte, a qualidade do sistema de saúde e a operacionalidade da pesquisa e a escala de análise é municipal, uma vez que a Atenção Primária está profundamente ligada ao território e a comunidade/população adscrita sobre seus cuidados a partir do

princípio do cuidado direcionado as necessidades e contextos daquele espaço em questão (WHO, 1978; Starfield, 2002; Moraes e Canôas, 2013).

1.3.1. Distrito Federal, Brasil

O Distrito Federal, onde está sediada a capital do país (Brasília), é a menor unidade da federação com território de 5.760,784 km² localizado no sudeste da região Centro-Oeste do Brasil fazendo divisa com os estados de Goiás e Minas Gerais. Politicamente, é um ente federativo anômalo por acumular as funções de estado e município, sendo vedada a divisão de seu território em municípios e sua organização territorial feita por regiões administrativas (RAs), totalizando 35 em 2022¹ (Figura 1) (CODEPLAN, 2021).

Figura 1 - Distrito Federal: Localização e divisão administrativa



Brasília é o terceiro “município” brasileiro em número de habitantes, com população estimada de 3.094.325, segundo a mais recente Pesquisa Distrital de

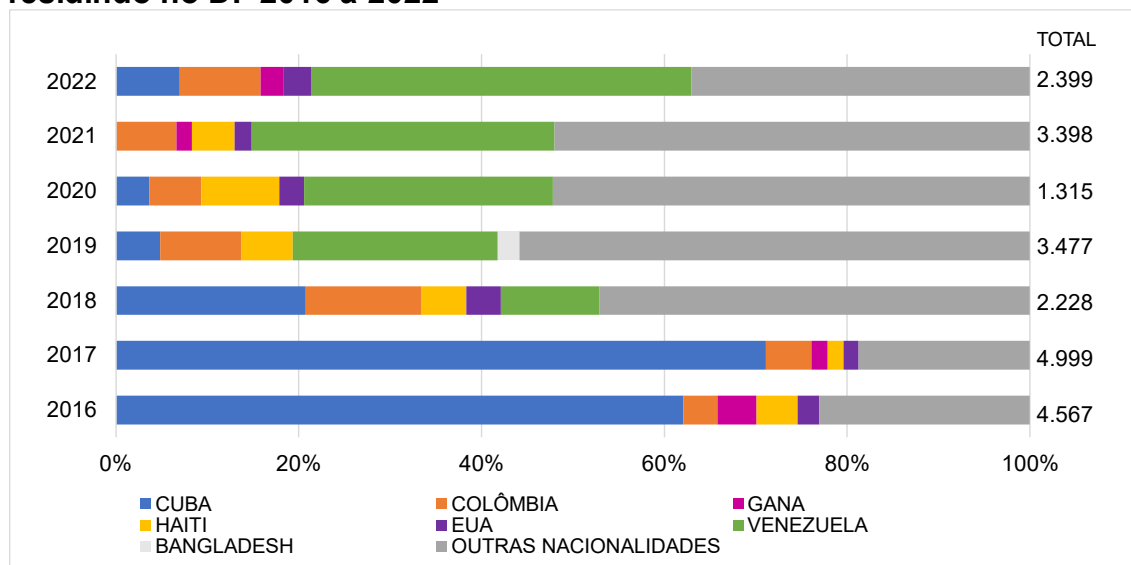
¹ Em 22 de dezembro de 2022 foram sancionadas pelo governador do DF as leis nº 7.190 e 7.191 que criam respectivamente as RAs XXXIV Arapoanga (anteriormente parte da RA VI Planaltina) e RA XXXV Água Quente (anteriormente parte da RA XV Recanto das Emas).

Amostra de Domicílios (PDAD) realizada em 2021, precedido por São Paulo com 12.396.372 habitantes e Rio de Janeiro com 6.775.561 (IBGE, 2021).

Em relação aos fluxos migratórios internacionais, de acordo com os microdados do SINCRE/SISMIGRA da Polícia Federal, em 2016 havia 4.567 migrantes de 103 nacionalidades registrados com residência no DF, equivalente a 3,6% do total nacional, atrás de São Paulo - SP (19,4%) e Rio de Janeiro - RJ (6,3%) (Gráfico 1).

Os dados da Polícia Federal (PF) nos últimos sete anos demonstram alternância entre as principais nacionalidades dos migrantes documentados residentes no DF e refletem também o deslocamento interno de venezuelanos pelo programa de interiorização promovido pela Operação Acolhida no Brasil. Ainda de acordo com os dados da PF, a maior parte dos migrantes documentados residentes no DF entre 2019 e 2022 tem entre 25 e 40 anos, enquadrada dentro da faixa denominada de população economicamente ativa e a proporção entre gêneros varia entre 4% e 6% conforme apresentado na Tabela 1.

Gráfico 1 - Principais nacionalidades de migrantes documentados residindo no DF 2016 a 2022



Fonte: Microdados SINCRE e SISMIGRA, Polícia Federal do Brasil. Elaboração da autora.

Tabela 1 - Migrantes residentes no DF por faixa etária e gênero 2019-2022

Faixa Etária	2019		2020		2021		2022	
	F	M	F	M	F	M	F	M
0 -- 15 anos	171	187	81	84	196	206	225	245
15 -- 25 anos	264	288	89	116	240	299	220	318
25 -- 40 anos	447	747	153	242	361	463	317	481
40 -- 65 anos	188	270	75	91	158	215	186	256
65 -- anos	25	24	12	9	24	21	37	35
Percentual por gênero	42%	58%	43%	57%	45%	55%	42%	58%

Nota: F para sexo feminino e M para sexo masculino.

Fonte: Microdados SISMIGRA, Polícia Federal do Brasil. Elaboração da autora.

Ainda, por sediar a capital política do país, o DF abriga os principais órgãos gestão migratória e de saúde do país, embaixadas e organismos internacionais, por isso, recebe também um fluxo de migrantes composto pelo corpo diplomático com características e prerrogativas próprias e distintas dos demais migrantes.

1.3.2. Maastricht e Weert em Limburgo e Budel-Cranendonck em Brabante do Norte, Países Baixos

A Brabante do Norte e Limburgo são províncias² vizinhas localizadas no sul dos Países Baixos e que fazem fronteira com a Bélgica e Limburgo também faz fronteira com a Alemanha (Figura 2) e desde 2002 têm experienciado o crescimento da população migrante (Gráfico 2). Em 2018 ocupavam respectivamente o terceiro e o sexto lugar no ranking nacional do estoque de migrantes entre as doze províncias neerlandesas com 33.647 (13,8%) e 15.148 (6,2%), precedidas pela Holanda do Norte (25,7%) e Holanda do Sul (24,1%), em primeiro e segundo lugar, Gelderland (7,5%) e Groningen (7,0%), em quarto e quinto (CBS, 2021). A questão de gênero na população migrante é equilibrada nas duas províncias, sendo a população masculina ligeiramente maior, representando 51,7% em Brabante do Norte e 50,1% em Limburgo.

O município de Maastricht é foco central da pesquisa devido ao alto percentual de migrantes residentes, 31% nos anos de 2017 e 2018 (CBS, 2021),

² Na divisão territorial dos Países Baixos a terminologia província se equipara aos Estados no Brasil.

além de abrigar oito centros de acolhimento para solicitantes de refúgios. Além disso, durante a pesquisa de campo foram adicionados os municípios de Weert em Limburgo e Budel-Cranendonck em Brabante do Norte (Figura 2).

Figura 2 - Mapa de Localização das Províncias de Limburgo e Brabante do Norte e dos Municípios de Budel-Cranendonck, Maastricht e Weert

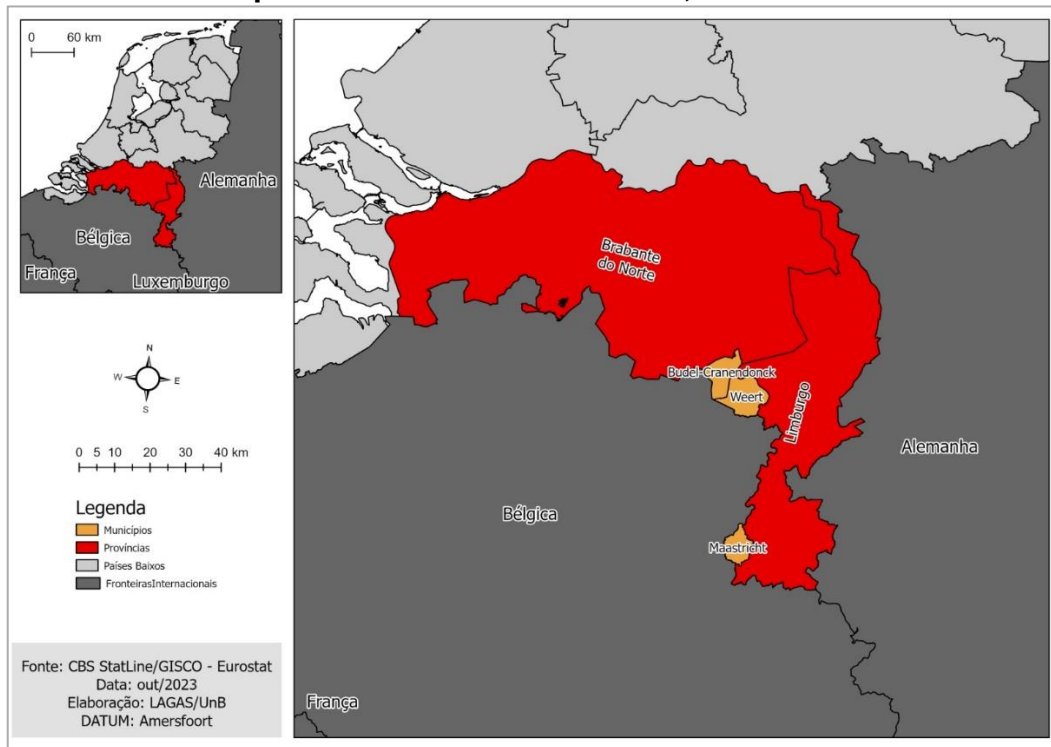
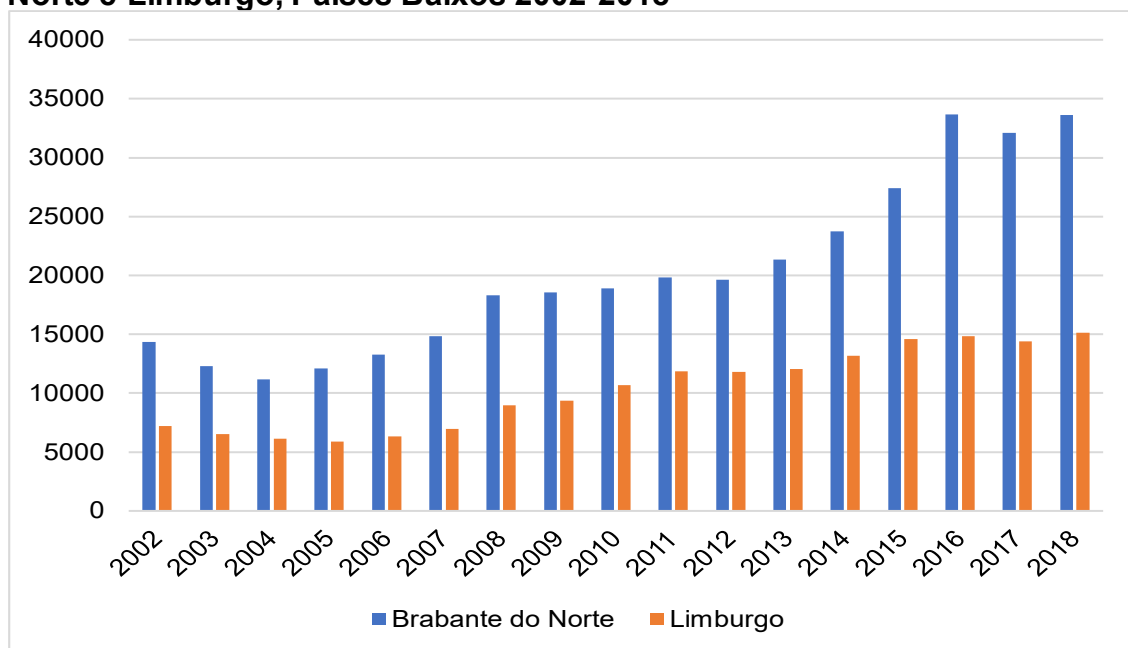


Gráfico 2 - População migrante residente nas províncias de Brabante do Norte e Limburgo, Países Baixos 2002-2018



Fonte: CBS StatLine. Elaboração da autora.

Quanto as características, Maastricht é um município e capital de Limburgo, província neerlandesa localizada no extremo sul do país, sendo a maior cidade da província com 121.565 habitantes segundo estimativa de 2019. Faz fronteira ao norte com o município de Sittard ao leste com o município de Heerlen e a oeste com a Bélgica (Figura 2). Maastricht juntamente com a cidade alemã de Aachen e as cidades belgas Liège e Hasselt formam a metrópole internacional *Meuse-Rhine Euroregio*, a única considerada uma Região Internacional de Saúde pela Organização Mundial de Saúde (Euregio Meuse-Rhine, 2019).

1.4. Recorte populacional

A definição das populações de estudo objetivou compreender o acesso de migrantes à APS pela ótica dos usuários migrantes, dos prestadores dos serviços de saúde, dos gestores e formuladores das políticas públicas e dos organismos internacionais (OI's) e organizações não governamentais (ONGs) que assessoram, monitoram e acolhem migrantes.

O tamanho da amostra não foi delimitado neste trabalho, pois os participantes do estudo se enquadram nas tipologias de populações difíceis de serem encontradas e alcançadas (*hard-to-reach and hard-to-find populations*) por serem grupos desconhecidos ou diluídos em uma população maior, difíceis de quantificar, devido a vulnerabilidades sociais, estigmas, bem como pela temática da pesquisa ou pelo desinteresse político conjuntural pela pauta (Atkinson e Flint, 2001; Bernard, 2005; Shaghaghi, Bhopal e Sheikh, 2011; O'Reilly-De Brún *et al.*, 2016; Minayo, 2017).

Dentre os migrantes, estão inclusos os documentados e indocumentados, solicitantes de refúgio e refugiados, essa distinção se faz necessária por serem regidos por conjuntos normativos-jurídicos distintos, seja a nível nacional e/ou internacional, que impactam no acesso à direitos, na responsabilidade do Estado e no amparo prestado aos diferentes grupos.

As partes interessadas (*stakeholders*) são definidos como indivíduo ou grupo que afetam ou que são afetados pela realização dos objetivos de uma organização (Freeman, 2010). Sendo essa definição oriunda da área de administração, compreende-se neste estudo como organização o grupo

migrante, e enquanto objetivo o acesso aos serviços da APS. A partir dessa definição, foram identificados atores governamentais, não governamentais e entidades de classe relevantes na intermediação, promoção e discussão do acesso de migrantes aos serviços de saúde.

A população participante das entrevistas semiestruturadas se difere entre os dois estudos de caso, sendo no Distrito Federal composta por migrantes internacionais, trabalhadores de saúde atuando na (APS) e partes interessadas vinculadas a órgão governamental, OI's, ONG e entidade de classe dos médicos. No caso neerlandês, a definição da população se deu conjuntamente com o coorientador e sua equipe nos Países Baixos em observância as barreiras potenciais e restrições para pesquisa com populações vulneráveis no país que poderiam atrasar o processo de revisão ética, comprometendo o cronograma de pesquisa realizada durante o doutorado sanduíche. O detalhamento e os critérios de elegibilidade estabelecidos para cada grupo são descritos e sistematizados no Quadro 2.

Quanto aos trabalhadores de saúde, dado o enquadramento do estudo sobre o acesso aos serviços de saúde e reconhecendo que o acesso não se restringe ao atendimento de fato pelo profissional de saúde, neste estudo utilizou-se a definição de trabalhadores de saúde apresentada pelo Conselho Nacional de Saúde do Brasil (CNS) por abranger todos aqueles que exerçam atividade ou função dentro dos serviços da saúde (MS e CNS, 2005). Dessa maneira, incluindo tanto aqueles com formação superior e técnica específica da área da saúde, como médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, dentistas entre outros, quanto os agentes comunitários de saúde e profissionais de apoio.

Quadro 2 - Recorte Populacional por País

População Participante	Crítérios de elegibilidade	Estudo de Caso	Características Gerais e Quantidade
Profissionais de Saúde	Atuarem na Atenção Primária; já ter prestado atendimento a migrantes na APS e falar português, inglês ou espanhol.	Países Baixos	<u>Atuando em Clínicas:</u> Médicos (GP): 07 F; 03 M Enfermeiros: 01 M <u>Atuando em Centros de Refugiados:</u> Médicos (GP): 01 M Enfermeiros: 02 F; 01 M
		Brasil	<u>Atuando em UBS:</u> Médicos: 02 F; 02 M Enfermeiros: 04 F; 02 M Terapeuta Ocupacional: 01 F

Gestores de Saúde	Atuarem na gestão de áreas relacionadas à Atenção Primária do DF e à população migrante.	Brasil	01 mulher, atuando na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.
Migrantes	Ser maior de 18 anos; falar inglês, espanhol ou português; ter sido atendido ou buscado atendimento nos serviços de atenção primária à saúde no Distrito Federal.	Brasil	Entrevista semiestruturada: 02 M; Formulário online: 03 F
Gestores governamentais da Migração	Atuar na gestão da migração internacional e/ou do refúgio.	Brasil	02 mulheres atuando na gestão de solicitações de refúgio.
Organizações da Sociedade Civil	Atuar na defesa dos direitos dos migrantes.	Brasil	01 mulher, ativista atuando em Organização Não Governamental (ONG) de abrangência nacional.
Organismos Internacionais	Atuar na área de migrações internacionais.	Brasil	02 mulheres atuando no Brasil vinculadas a organização internacional voltada para a promoção da migração a nível global.
Entidade de Classe	Atuando junto à profissionais de saúde.	Brasil	01 homem, médico, atuando em entidade voltada a classe médica no DF.

Nota: GP (*General Practitioner*); Sexo: (F) Feminino e (M) Masculino.

1.4.1. Características dos participantes

Os profissionais de saúde entrevistados nos Países Baixos tinham tempo de atuação na APS entre 2 e 33 anos. Ao todo participaram 15 profissionais de saúde (9 mulheres e 6 homens), sendo 3 enfermeiros e 1 médico atuando em centros de acolhimento para solicitantes de refúgio, 1 enfermeiro e 10 médicos atuando em clínicas de atenção primária. Além da língua neerlandesa, todos falavam inglês, 11 falavam alemão, francês 6, espanhol 2, italiano 1 e um participante falava árabe, árabe-marroquino e farsi. O perfil detalhado e código dos participantes estão nos anexos Anexo 1, Anexo 2, Anexo 3 e Anexo 4.

No Brasil, participaram 11 profissionais de saúde atuando em unidades Básicas de Saúde: 6 enfermeiros, 4 médicos de família e 1 terapeuta ocupacional, com tempo de atuação na APS variando entre 1 e 14 anos. Quanto ao domínio de outros idiomas, 07 dos 11 participantes brasileiros afirmaram com hesitação falar inglês, descrito como não fluente e um participante informou ter ainda conhecimento básico de francês e espanhol. Em contraste com os pares neerlandeses, apenas a participante MDF02BR se declarou confortável em

prestar atendimento em outro idioma de domínio, embora ainda não tivesse tido a experiência, e apenas 3 já haviam efetivamente realizado atendimentos utilizando uma outra língua de seu conhecimento.

O perfil dos migrantes atendidos descritos pelos profissionais de saúde foi diversificado em nacionalidades, estágios da vida, situação econômica e status migratório. Em Limburgo e Barbante do Norte, teve predomínio de nacionais de países do Oriente Médio e da África, com destaque para os Sírios, citados por 11 dos 15 profissionais de saúde. Enquanto no Distrito Federal, os venezuelanos e haitianos, maiores fluxos migratórios recebidos pelo Brasil nos últimos 10 anos, foram os mais citados respectivamente por 7 e 5 dos 11 participantes.

Os migrantes participantes por entrevista semiestruturada foram um paquistanês e um costa-marfinense, e por formulário online, uma timorense, uma paraguaia e uma haitiana, todos entre 20 e 40 anos de idade e residindo no Brasil entre 1 e 6 anos. Quatro deles moraram em mais de um Estado, indicando mobilidade interna no território. O nível de escolaridade foi 02 com ensino superior completo, 02 com ensino superior incompleto e 01 com escolaridade não informada. Todos falavam 2 idiomas ou mais além da língua materna. O domínio do português foi descrito à época da participação como bom ou muito bom por 4 dos 5 participantes.

Os participantes do grupo partes interessadas estavam atuando 01 em organização da sociedade civil na área de Direitos Humanos (CONNECTAS), 02 em organismo internacional na área de migrações (OIM), 01 em organismo internacional da área da saúde (OPAS/OMS), 02 em órgão público na temática de refúgio (CONARE), 01 atuando na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (GASPVP) e 01 em entidade de classe para médicos no DF (AMBr).

A Conectas Direitos Humanos, instituída em 2001, atua no Brasil e globalmente por meio de parcerias na defesa e busca pela ampliação e igualdade de direitos. Suas atividades envolvem pesquisa, proposição de ações, promove comunicação acessível sobre direitos, monitora e denuncia violações de Direitos Humanos junto aos órgãos nacionais e internacionais competentes, entre outras áreas de atuação, mas não atua diretamente com a população e os migrantes, mas com governos e organizações no *advocacy* e litígio. Em 2012, a partir da análise da conjuntura geopolítica do Brasil e do crescimento dos fluxos

migratórios, principalmente os forçados, a pauta migratória foi incorporada ao planejamento estratégico da organização. Destaca-se a ação civil pública ajuizada pela Conectas e a Defensoria Pública da União em Roraima contra a Lei Municipal nº 2.074/2019 da Câmara Municipal de Boa Vista que limitava o atendimento de migrantes nos serviços de saúde pública.

A Organização Internacional para as Migrações (OIM) fundada em 1951, e desde 2016 é uma agência das Nações Unidas (ONU) que atua na defesa e promoção da migração ordenada, regular e segura, produz pesquisa e dados e apoia governos na formulação de políticas e práticas migratórias embasadas nos princípios dos Direitos Humanos. Estabeleceu sua sede no Brasil em 2017, presente em 13 cidades e 12 Estados brasileiros, tem atuado na assistência técnica à governos locais na área de saúde com ações de sensibilização, capacitações, produção de materiais sobre doenças como a COVID-19 entre outras questões de saúde voltados para migrantes em diversos idiomas e material para os profissionais de saúde sobre comunicação no atendimento de saúde.

Fundada em 1902, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) é o escritório regional nas Américas da Organização Mundial de Saúde atuando na cooperação técnica, no fortalecimento de sistemas de saúde, resposta a emergências e desastres e no combate a doenças e promoção da equidade em saúde. A migração é um tema de destaque da organização que mantém uma plataforma³ que agrega publicações científicas, legislação, sistemas de informação e ações recomendadas para a região.

O Comitê Nacional para os Refugiados (CONARE) é um órgão colegiado vinculado ao Ministério da Justiça composto por entidades governamentais (votantes) incluindo o Ministério da Saúde e não governamentais (observadores e sem direito a voto), que deliberam sobre as solicitações de refúgio conforme a Lei 9.474/1997. A pedido das participantes, destacamos que estavam vinculadas a Coordenação Geral do CONARE (CG-CONARE) e não falavam em nome do comitê.

³ Disponível em: <https://www.paho.org/pt/migracao-e-saude-nas-americas>

A CG-CONARE está alocada no Departamento de Migrações (DEMIG) do Ministério da Justiça, é responsável por dar o suporte necessário para as deliberações e decisões do CONARE, tais como a gestão administrativa dos processos relacionados a solicitação de reconhecimento da condição ou status de refugiado e relacionados aos refugiados já reconhecidos, é também a parte que recebe as demandas oriundas dos solicitantes e dos refugiados.

No âmbito local, a Gerência de Atenção à Saúde de Populações Vulneráveis e Programas Especiais (GASPVP) é desde 2018 a instância que abriga a pauta de migração na SESDF. Segundo a participante GGOVDFF01BR vinculada a pasta, tem atuação técnica tendo entre suas atribuições realizar o mapeamento da população no território, identificar as necessidades, desenvolver protocolos, normas e diretrizes, planejar ações de gestão do cuidado, planejamento a nível regional e central e acompanhar indicadores.

Já a Associação dos Médicos de Brasília (AMBr) é uma entidade de classe criada em 1959 com mais de 2.900 associados que visa a promoção da saúde e boa prática da medicina por meio de ações políticas, científicas e da educação continuada.

1.5. Recorte Temporal

O recorte temporal norteador da pesquisa é o período entre 2006 e 2022 que abrange a reforma do Sistema de Saúde Neerlandês pelo *Healthcare Insurance Act* em 2006, a adoção da estratégia da saúde da família como modelo de Atenção Primária pelo Sistema Único de Saúde Brasileiro também em 2006 e a intensificação dos fluxos migratórios em ambos os locais de estudo. Para a revisão de literatura buscou-se fontes publicadas no período citado, priorizando publicações mais recentes, bem como retomando artigos seminais importantes para a compreensão do tema e conceitos. A revisão documental e de legislação pautou-se pela vigência e impacto no tema pesquisado.

Variações na temporalidade ocorreram no caso dos registros administrativos, pois quando disponíveis e oportunos, abrangeu-se os anos que antecederam o período supracitado buscando analisar os efeitos da dinâmica migratória e das políticas e ações empreendidas nesses contextos no acesso

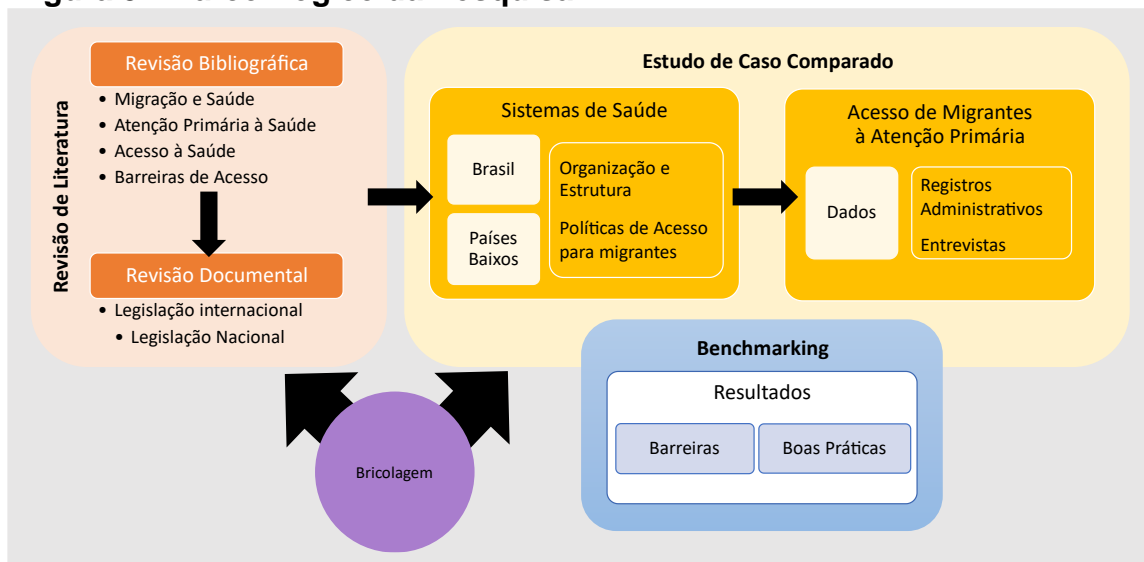
aos serviços de saúde da Atenção Primária. No caso das informações coletadas na pesquisa de campo, a temporalidade está atrelada a memória das experiências e relatos dos participantes da pesquisa e tendem a estarem mais próximas ao período da realização das entrevistas, ou seja, 2018 nos Países Baixos e 2021 no Brasil.

1.6. Desenho de Pesquisa

A estratégia de investigação escolhida para operacionalizar o estudo de caso comparado proposto (

Figura 3) engloba: levantamento bibliográfico e documental sobre migração e saúde, legislações e organização dos sistemas de saúde; pesquisa de dados secundários e de campo visando analisar diferentes esferas relacionadas ao acesso das populações de estudo aos serviços de saúde da APS e subsidiar o benchmarking. Por último, a análise espacial aplicada para sistematizar, especializar e representar os dados e resultados da pesquisa. O percurso metodológico da pesquisa é descrito nos tópicos a seguir.

Figura 3 - Marco Lógico da Pesquisa



1.7. Abordagem Metodológica

A pesquisa se enquadra como exploratória (Piovesan e Temporini, 1995) por buscar ampliar o entendimento sobre o tema. A abordagem metodológica é

baseada em métodos mistos com análise quali-quantitativa, a partir levantamento de dados de registros administrativos dos governos e entrevistas com atores envolvidos na temática, para compreender o cenário do acesso dos migrantes aos serviços de saúde pública da Atenção Primária nos locais de estudo (Cacace *et al.*, 2013, p. 159; Creswell, 2014, p. 43).

Buscando aprofundar e enriquecer a análise adotou-se o Estudo de Caso Comparado (ECC) como estratégia de pesquisa, no intuito de analisar a conexão entre os diversos aspectos e suas influências no fenômeno estudado (Cacace *et al.*, 2013; Bartlett e Vavrus, 2017).

A análise temática foi empregada no exame das entrevistas para identificar os padrões que emergem e suas relações (Minayo, 2004; WILLIG, 2014; Nowell *et al.*, 2017). A codificação foi estabelecida tanto dedutivamente, com base nos temas mais frequentes na revisão de literatura, quanto indutivamente, pela observação dos resultados obtidos (Benaquisto, 2008; Thornberg e Charmaz, 2014).

Ainda, assumindo a necessidade de analisar as múltiplas perspectivas dos atores envolvidos no acesso à APS e a indissociabilidade da temática de seu contexto, utilizou-se o método da bricolagem (Neira e Lippi, 2012; Campos e Ribeiro, 2018; Phillimore *et al.*, 2019) para analisar os dados coletados a partir das entrevistas entre os diferentes grupos de interesse (e.g. ativistas, gestores e trabalhadores de saúde) com os dados secundários a literatura.

A partir dos resultados foi realizado o benchmarking, que consiste na análise qualificada das performances que possibilita a reflexão e aprendizagem por meio das experiências de diferentes atores de um segmento, a identificação de boas (e más) práticas e a viabilidade de replicação em outros contextos. Essa análise investiga quais processos e políticas trouxeram melhorias, as estratégias que resultaram nas mudanças necessárias de comportamento e quais características do ambiente de saúde facilitam ou impedem a mudança (EXPH, 2017).

Na área da saúde e da migração o uso dos Sistemas de Informação Geográficas (SIG) tem se disseminado pela sua capacidade de integração de dados que permite analisar as relações de aspectos sociais sobre um território no espaço-tempo (Martinuci, 2019, p. 15; Miranda, 2020, p. 189–190). Nesse

sentido, a cartografia temática foi utilizada para representar, sistematizar e analisar os achados e resultados de pesquisa por sua capacidade de síntese interpretativa e de transmissão de conhecimento (Loch, 2006; Monken, 2008).

1.8. Fontes de Dados

1.8.1. Levantamento bibliográfico e documental

A pesquisa bibliográfica e documental incluiu artigos científicos revisados por pares e literatura cinzenta (*grey literature*), tendo utilizado diversas ferramentas de busca online como a Biblioteca Virtual em Saúde (BVSaúde), Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde do Brasil (BVSMS), PubMed, *Web of Science* e o Portal de Periódicos da CAPES, sites governamentais e de organismos internacionais como Organização Mundial de Saúde (OMS), Organização Panamericana de Saúde (OPAS), Organização Internacional para as Migrações (OIM) e Organização das Nações Unidas (ONU) para acessar literatura cinzenta publicada por governos, institutos de pesquisa e organismos internacionais. Também foram incluídos artigos e documentos referenciados nas publicações previamente selecionadas.

As palavras e termos-chaves utilizados nos idiomas português, inglês e espanhol nas buscas nas plataformas citadas realizadas entre 2017 e 2022 estão detalhadas no Quadro 3.

A pesquisa bibliográfica e documental foi orientada para a compreensão da inter-relação entre migração e saúde, as principais recomendações dos organismos internacionais e da academia, o arcabouço normativo internacional, o mapeamento da estrutura jurídica brasileira e neerlandesa que normatiza e regula a migração e o sistema de saúde no que tange o acesso pela população migrante e refugiada aos serviços de saúde pública da Atenção Primária.

Quadro 3 - Palavras e termos-chaves utilizados na busca por literatura

IDIOMA	PALAVRAS E TERMOS-CHAVES
Português	Direito à Saúde; Acesso à Saúde; Atenção Primária à Saúde; Imigrante; Migrante; Refugiado; Barreiras de Acesso à Saúde; Migração e Saúde; Saúde de Migrantes;
Inglês	Right to Health; Access to Healthcare; Primary Healthcare; Immigrant; Migrant; Refugee; Barriers to Healthcare Access; Migration and Health; Migrant Health;

Espanhol	Derecho a la Salud; Acceso a la Salud; Atención Primaria; Inmigrante; Migrante; Refugiado; Barreras de Acceso a la Salud; Migración y Salud; Salud del Migrante;
-----------------	--

1.8.2. Registros administrativos

Os registros administrativos do Brasil foram coletados nas plataformas oficiais das instâncias governamentais ou solicitados via Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão conforme preveem a Lei Federal nº 12.527/2011 e Lei Distrital nº 4.990/2012 que regem o acesso à informação. Foram utilizados dados do Ministério da Saúde (MS), Ministério da Justiça e Segurança Pública (MJSP), Departamento de Polícia Federal (DPF), Secretaria de Estado de Saúde do DF (SESDF) conforme Quadro 4 abaixo.

Quadro 4 - Fontes de Dados do Brasil

ORGÃO	BANCO DE DADOS	DESCRIÇÃO DOS DADOS
Ministério da Justiça e Segurança Pública	SISMIGRA	Microdados sobre o registro de migrantes documentados: país de nascimento, sexo, idade/data de nascimento, data de registro, município e estado de residência.
Ministério da Justiça e Segurança Pública	CONARE	Microdados sobre solicitação e concessão de refúgio: país, sexo, cidade e estado onde foi feita a solicitação de refúgio.
Ministério da Saúde (MS)	Cartão Nacional de Saúde (CNS) / CNES	Microdados sobre emissão de CNS para estrangeiros: nacionalidade, sexo, idade/data de nascimento data de entrada, data de emissão do CNS e Estabelecimentos de Saúde e profissionais.
Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SESDF)	InfoSaúdeDF e dados via Lei de Acesso à informação que não foram especificadas as fontes.	Dados sobre equipamentos de saúde: Localização das Unidades básicas de saúde - UBS; dados sobre as equipes de saúde (quantidade e composição); Registros de estrangeiros no sistema de saúde do DF: ano de emissão do número SES, nacionalidade e sexo.

Para o levantamento de dados estatísticos e de registros administrativos dos Países Baixos foram consultados os bancos de dados online de domínio público do próprio país (Quadro 5), como a *Centraal Bureau voor de Statistiek* (CBS), Nivel, *Statline open data*, *Maastricht Buurtmonitor* do governo municipal de Maastricht e, também, fontes da Comissão Europeia, como o *Knowledge*

Centre on Migration and Demography (KCMD) Data Portal e o site da Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD Statistics).

Quadro 5 - Fontes de Dados dos Países Baixos

ORGÃO	BANCO DE DADOS	DESCRIÇÃO DOS DADOS
Instituto Central de Estatística (Centraal Bureau voor de Statistiek)	Saúde e Sociedade (Gezondheid en welzijn) Statline open data	Dados abertos sobre saúde da população geral e migrante
Nivel	Painel do Consumidor de Saúde (Consumentenpanel Gezondheidszorg)	Dados obtidos por pesquisas com cidadãos sobre os cuidados de saúde.
Instituto Nacional de Saúde e Ambiente (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu)	VZinfo.nl SITE	Informações sobre doenças, saúde, cuidados e custos de saúde
Overheid.nl	Saúde e Cuidado (Health and Care Data sets)	Base de dados e legislação sobre saúde
Governo Municipal de Maastricht	Maastricht Buurtmonitor	Dados de saúde e populacional por bairros de Maastricht
Comissão Europeia	Knowledge Centre on Migration and Demography Data Portal	Dados demográficos sobre migração
Organisation for Economic Co-operation and Development	OECD Statistics	Dados da população e de saúde.

1.8.3. Entrevistas Semiestruturadas

Os dados primários foram coletados em entrevistas semiestruturadas realizadas nos Países Baixos com trabalhadores de saúde atuando na Atenção Primária e no Brasil com *stakeholders*, trabalhadores de saúde e com migrantes. Com as entrevistas buscou-se captar aspectos subjetivos a partir das experiências e perspectivas dos participantes para um diagnóstico qualitativo do acesso aos serviços de saúde pela população migrante e refugiada na Atenção Primária dos sistemas públicos de saúde em questão.

Foram utilizadas duas técnicas de amostragem não-probabilística, proposital (*purposive sampling*) e bola de neve (*snowball sampling*). A proposital compreende a seleção deliberada de participantes a partir do julgamento do pesquisador e a técnica bola de neve consiste em uma cadeia de referências, onde um participante indica outro(s) (Bernard, 2005; Abrams, 2010; Vinuto, 2014; Guetterman, 2015; YIN, 2016; Staller, 2021).

No Brasil, as entrevistas com as partes interessadas destinaram-se a levantar ações empreendidas e as percepções sobre a governança do acesso de migrantes e refugiados aos serviços de saúde pública da Atenção Primária. Também serviram como entrevistas exploratórias para melhorar a compreensão do objeto e adequação do roteiro das entrevistas semiestruturada conduzidas posteriormente com os trabalhadores de saúde e migrantes.

O formato de entrevistas individuais semiestruturadas foi escolhido por ser um tipo mais informal e interativo de entrevista orientado para o diálogo sobre um tema entre as partes com uma abordagem mais narrativa de construção do conhecimento condizente à complexidade e delicadeza do tema relacionado a uma população vulnerável e da própria confidencialidade inerente ao atendimento de saúde, facilitando o estabelecimento de vínculo de confiança e proximidade entre o entrevistador e o entrevistado (Kvale, 1996; Mason, 2002; Boni e Quaresma, 2005; Quivy e Campenhoudt, 2005). Alternativamente, em um dos centros de acolhimento de refugiados em Limburgo, nos Países Baixos, foi realizado grupo focal a pedido dos participantes por questões de disponibilidade de horário e de conforto dos deles.

Por isso foram adotadas estratégias de recrutamento que facilitassem o contato com esse grupo, tais como: a aproximação via instituição de acolhimento, grupos religiosos, grupos culturais e a intermediação via universidade e estabelecimentos geridos e frequentados por migrantes no Distrito Federal.

Por se tratar de pesquisa que envolve seres humanos na coleta de dados primários por meio de entrevistas, a pesquisa obteve aprovação no Brasil pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais (CEP/CHS) da Universidade de Brasília processo CAAE nº 92870018.6.0000.5540 e pelo Comitê de Ética da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (CEP-Fepecs) processo CAAE nº 92870018.6.3001.5553. A pesquisa nos Países Baixos, foi aprovada pelo FHML *Research Ethics Committee* da Universidade de Maastricht, *approval number* FHML-REC/2019/028.

Todos os dados coletados por meio dos registros administrativos ou das entrevistas são desidentificados. Foi aplicada codificação alfanumérica, por

exemplo ENFF01BR para identificar a participante de enfermagem nº01 do sexo feminino atuando no Distrito Federal - Brasil, para resguardar o sigilo da identidade dos participantes. Ainda, visando preservar a identidade dos participantes, buscou-se referir-se a eles durante a entrevista de forma genérica com termos como participante, médica(o), enfermeira(o) e etc.

As entrevistas realizadas nos Países Baixos foram em inglês - segunda língua da pesquisadora e de todos os participantes - ocorreram de forma presencial entre 08/11/2019 e 19/12/2019. As entrevistas no Brasil foram em português, sendo a segunda língua dos migrantes participantes e a primeira dos demais. Todas foram realizadas virtualmente devido a pandemia da COVID-19, sendo a primeira em 20/03/2020 com uma das partes interessadas e as demais entre 06/01/2021 e 30/04/2021.

Capítulo 2: Revisão de Literatura

2.1. Migração e Saúde

Compreender a definição de migrante e refugiado é importante, pois essa condição é o princípio que irá nortear juridicamente a inserção desses indivíduos na sociedade de acolhimento, garantir-lhes direitos e proteções dos diplomas internacionais, bem como influir sobre o seu bem-estar e saúde.

O debate em torno da definição de migrante é bastante prolífico, uma vez que não está pactuada dentro do Direito Internacional (Massey *et al.*, 1993; Sayad, 1998; Sassen, 2005; Marandola Jr. e Dal Gallo, 2010; Castles, Haas e Miller, 2014; Brettell e Hollifield, 2015; Hannigan *et al.*, 2016). As definições podem estar atribuídas entre outras variáveis quanto ao destino (se interno ou internacional), a duração (pendular, temporária ou permanente), a motivação (e.g. econômica, voluntária, forçada etc.), a formação do migrante (qualificado ou não), ao status migratório (regular ou irregular) e a direção do movimento, neste último sendo visto como imigrante pelo país de destino/acolhida, emigrante ou migrante retornado pelo país de origem (Cavalcanti *et al.*, 2017).

Pela ausência de uma definição-padrão de migrante, cada país em seu ordenamento jurídico interno pode estabelecer outras nomenclaturas e categorias como estrangeiros, no caso do Brasil, ou alienígenas, não-nacionais,

migrantes ocidentais ou não ocidentais, migrantes de 1ª e 2ª geração nos Países Baixos.

Mesmo sem um consenso conceitual a nível internacional, várias categorias como trabalhadores migrantes, migrante indocumentado / documentado, migrante forçado e migrante contrabandeado são bem definidas legalmente (IOM, 2019). Dentre essas categorias, a mais corriqueira no impacto aos direitos dos migrantes é a definida segundo status migratório como documentados e indocumentados. Sendo o primeiro grupo formado por aqueles que migraram e/ou encontram-se em situação regular junto ao país atual de residência, enquanto o segundo grupo refere-se aos migrantes irregulares, ou seja, aqueles que estão em desconformidades com as normas jurídicas que regem o ingresso e permanência de estrangeiros no país (Gediel, 2017).

Na literatura a definição de migrantes internacionais mais utilizada é uma junção das definições dadas pelo Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas (UNDESA) e pela OIM que os descrevem “como qualquer pessoa que mude seu local habitual de residência” (UNDESA, 1998, p. 9) “cruzando fronteiras internacionais para se estabelecerem um país do qual não é nacional” (IOM, 2019, p. 110).

A definição contemporânea⁴ de refugiados dentro do sistema de proteção internacional em vigor provém da Convenção Relativa ao Estatuto dos Refugiados de 1951, do seu Protocolo Adicional de 1967 e da Declaração de Cartagena de 1987, sendo qualquer pessoa que:

[...] devido ao temor fundado de ser perseguida por razões de raça, religião, nacionalidade, pertença a um determinado grupo social ou opinião política, está fora do país de sua nacionalidade e não pode ou, devido a esse medo, não deseja valer-se da proteção daquele país; ou que, não tendo nacionalidade e estando fora do país da sua antiga residência habitual em consequência de tais acontecimentos, não possa ou, devido a esse receio, não queira regressar a ele. (UNHCR, 2019, p. 18, tradução nossa)

Nesse sentido, os requerentes ou solicitantes de refúgio são aqueles que residem no país ao qual solicitaram refúgio enquanto aguardam a conclusão do

⁴ Para uma visão histórica sobre os refugiados desde o século XV ver JUBILUT, Liliana Lyra (2007), O Direito internacional dos refugiados e sua aplicação no ordenamento jurídico brasileiro. Disponível em <<https://www.acnur.org/portugues/wp-content/uploads/2018/02/O-Direito-Internacional-dos-Refugiados-e-sua-Aplica%C3%A7%C3%A3o-no-Ordenamento-Jur%C3%ADdico-Brasileiro.pdf>>

processo de reconhecimento do status de refugiado. De modo geral, os Estados-Partes se comprometem a garantir direitos e assistência sociais nas mesmas condições de qualquer outro estrangeiro que resida de maneira regular em seu país e a não rechaçar ou expulsar o solicitante de refúgio ou refugiado para territórios onde sua vida ou liberdade seja ameaçada (princípio do *non refoulement*, em português, não devolução). Cabe ressaltar que cada Estado pode definir políticas específicas para o acolhimento de refugiados desde que não firam as disposições determinadas pelos documentos legais internacionais relativos ao tema e aos Direitos Humanos.

Carling (2017a, 2017b) distribui essas várias maneiras de definir o migrante em duas visões principais a inclusivista e a residualista. Na primeira migrante é utilizado como um termo guarda-chuva que se refere a todas as pessoas que se mudaram para um local diferente daquele de habitual residência, independente do status migratório e motivações incluindo os refugiados como um tipo de migrante. A visão residualista, por outro lado, vê os refugiados como uma tipologia distinta do migrante. A OIM adota a visão inclusivista enquanto o Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR) adota a visão residualista.

Para o propósito desta pesquisa adota-se a definição inclusivista de migrante. Portanto, ao longo do texto o uso do termo migrantes refere-se a migrantes internacionais e refugiados, incluindo os solicitantes de refúgio. Nessa perspectiva, conforme pontua William L. Swing, Diretor Geral da OIM, “todo refugiado é um migrante, mas nem todo migrante é um refugiado.” (Carling, 2019, p. 5). Tendo em vista as especificidades jurídicas e de políticas públicas, quando oportuno, será indicada a diferenciação de tratamento entre migrantes e refugiados.

2.2. Interseccionalidades

Para compreender os impactos da migração na saúde, é preciso partir do que se entende por saúde, quais parâmetros a compõem para então, estabelecer as ações necessárias para atingi-la. Nesse sentido, foi adotada a definição de saúde como o completo bem-estar físico, mental e social resultado de um processo biológico-genético-ambiental-cultural-socioeconômico mais amplo e

não apenas a ausência de doenças e enfermidades (WHO, 1946; Pace, 2009). Essa definição holística se alinha a visão conceitual da atenção primária da Declaração de Alma-Ata (WHO, 1978) adotada pelos países em estudo. Sendo assim, como veremos ao longo desse tópico é preciso olhar o sujeito migrante também a partir de suas relações e interações com o meio e sua trajetória.

Os migrantes comumente estão inseridos em um contexto de vulnerabilidade acentuada pela irregularidade da situação migratória, discriminação/xenofobia, condições precárias de trabalho e moradia, diferenças culturais e linguísticas e pelas limitações socioeconômicas que deterioram sua condição de vida e os expõem a situações potencialmente prejudiciais à saúde no país de acolhimento (Eberhardt e Miranda, 2017; Ventura e Yujra, 2019).

Embora essa percepção seja corroborada por vários estudos como os analisados, deve-se evitar generalizações que podem remeter a ideia equivocada de uma população migrante e refugiada doente ou portadoras de doenças. Uma visão mais equilibrada dessa dinâmica migração-vulnerabilidade-saúde é apresentada por Wickramage et al.(2018) que ponderam que ser migrante não é o cerne da vulnerabilidade, mas as condições associadas a migração.

A OIM (2017) destaca que a migração também pode ser benéfica para a saúde do migrante por possibilitar sua saída de um ambiente hostil e de privações decorrentes, por exemplo, da violência, e auxiliar ainda na melhoria da saúde de seus familiares através do envio de remessas financeiras. Acevedo-Garcia e Almeida (2012) ainda destacam que migrantes em países desenvolvidos apresentam melhor situação de saúde que a população autóctone, porém sua saúde se deteriora com o tempo devido às condições de trabalho, limitações linguísticas, baixo status socioeconômico, dificuldades de acesso a serviços de saúde e de assistência social. Portanto, a questão da saúde do migrante é assunto complexo que envolve fatores que precedem a migração, o trajeto e a integração na sociedade de acolhida.

Conforme explica Padilla (2017), os primeiros estudos na Europa, realizados sob a perspectiva da saúde pública e da medicina tropical, colocavam o migrante como portador de doenças raras, perigosas e contagiosas e focavam nos riscos produzidos por essas populações e não em seu bem-estar. Ainda

segundo a autora, o viés epidemiológico foi posteriormente superado por uma abordagem humanista, baseada nos determinantes da saúde a partir do interesse das ciências sociais pela temática.

Ventura e Yujra (2019) destacam três paradigmas na abordagem da saúde de migrantes e refugiados no debate internacional: do risco e da ameaça; o de saúde pública e o dos Direitos Humanos. O primeiro entende a mobilidade humana como uma ameaça a ser tratada globalmente e se centra na proteção da população dos países de acolhida. O segundo, é orientado pela melhoria da saúde da população como meio de reduzir custos no setor e a preservar a força de trabalho, nessa perspectiva, a saúde de migrantes e refugiados é contemplada na medida em que atendem aos interesses dos países de acolhida. O terceiro paradigma, por sua vez, trata a saúde como um direito universal, sendo uma obrigação do Estado promover e garantir o acesso de migrantes e refugiados à saúde independente de sua situação migratória (regular ou irregular).

As iniciativas da Agenda 2030 e do Pacto Global para Migrações se enquadram no paradigma de Direitos Humanos. Contudo, Ventura e Yujra (2019) ressaltam que esse enfoque pressupõe que uma gama de direitos seja garantida aos migrantes e refugiados para que sua vulnerabilidade seja reduzida e a saúde alcançada. No entanto, duas dimensões devem ser consideradas na redução das vulnerabilidades: a das características individuais (e.g. idade, gênero, educação) e das causas estruturais básicas (e.g. condições de vida e trabalho, situação migratória, barreiras culturais e linguísticas).

Já para Ramos (2009), a temática de saúde do migrante tem sido tratada a partir de duas abordagens principais: a da aculturação e a da interseccionalidade. A primeira, é o processo de aprendizagem da cultura do país de acolhimento e seus desafios e dilemas frente a cultura de origem do migrante. Nessa vertente, a cultura é a centralidade da abordagem. Já a interseccionalidade, é um conceito desenvolvido no cerne da corrente feminista negra nos Estados Unidos por Kimberlé Crenshaw (Crenshaw, 1991; Viruell-Fuentes, Miranda e Abdulrahim, 2012; Carbado *et al.*, 2013), e aborda questões de gênero, raça/etnia e classe social como fatores cumulativos de

vulnerabilidade e, portanto, os analisa de maneira conjunta e não separadamente. Essa vertente ainda expõe a questão do racismo estrutural.

Jayaweera (2014, p. 1) também defende ser “imperativo considerar, tanto conceitualmente quanto empiricamente, a interação (Interseccionalidade) entre a variedade de fatores que afetam o estado de saúde, o comportamento de saúde e o acesso aos cuidados de saúde”, tais como: aspectos demográficos, posição socioeconômica, o lugar, políticas de imigração e de integração, racismo e xenofobia, contexto étnico e racial e a própria história de migração.

Para Davies, Basten e Frattini (2006, p. 3) os migrantes estão mais suscetíveis a condições que colocam em risco sua saúde física e mental desde o país de origem, durante a jornada migratória e no país de destino, sendo ainda mais vulnerável os migrantes irregulares ou indocumentados, ressaltando que “a saúde do migrante é também em grande medida determinada pela viabilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade dos serviços no país de acolhimento”.

Os estudos sobre os efeitos da migração também revelaram aspectos de sofrimento que permeiam as várias etapas migratórias, sendo chamado de luto cultural por Eisenbruch (1988), de psicopatologia do exílio por Viñar (1992) e de síndrome da exclusão por Maisondieu (Ramos, 2009). Uma boa síntese desse processo é apresentada por Ramos (2010, p. 3):

O processo migratório, envolvendo rupturas espaciais e temporais, transformações diversas, nomeadamente mudanças psicológicas, ambientais, biológicas, sociais, culturais, familiares, políticas, implicando a adaptação psicológica, cultural e social dos indivíduos e das famílias e diferentes modalidades de aculturação, constitui um processo complexo, com consequências ao nível do desenvolvimento individual, familiar e sócio – profissional, assim como da saúde física e psíquica. A experiência da migração envolve uma mudança psicossocial profunda semelhante a um luto ou a uma incapacidade estando, em geral, associada a estresse e sofrimento, mais ou menos significativos segundo os diferentes tipos de migração.

Para Pacheco-Coral (2018), a migração é um desafio para a saúde pública, seja no atendimento das necessidades especiais dos migrantes ou pela vulnerabilidade das populações locais que podem ser expostas a doenças as quais não foram previamente expostas. Sobre esse aspecto da vigilância em saúde, Aluttis, Krafft e Brand (2014) criticam as adequações das políticas migratórias e de saúde empreendidas tanto pelos países europeus individualmente quanto pela União Europeia por priorizarem o controle

transfronteiriço de ameaças à saúde, principalmente, as doenças infecciosas. Esse cenário é semelhante ao que se observa em Roraima no Brasil em relação ao fluxo majoritariamente de venezuelanos e sua associação aos surtos de sarampo, casos de tuberculose e a política de vacinação obrigatória para permanência e participação no programa de interiorização.

Castiglione (2018) enfatiza ainda que as migrações forçadas, por estarem relacionadas a diversos níveis de violência – e violações de direitos, como guerras e crises humanitárias, tem repercussão direta não apenas na saúde do migrante e do refugiado, mas também nos sistemas de saúde local e dos países próximos. Isso ocorre devido a “rápida degradação ou mesmo destruição do sistema de saúde, na medida em que hospitais e outras infraestruturas são atingidos pelas hostilidades, de forma que por vezes o equipamento de saúde mais próximo passa a estar no país vizinho” (Castiglione, 2018, p. 2).

Além dos impactos diretos da migração, questões sistêmicas e estruturais como o sentimento anti-migrante, a existência de sanções pela irregularidade do status migratório e o despreparo dos serviços de saúde (aspectos culturais, linguísticos e clínicos) para o atendimento de migrantes dentro da comunidade de acolhimento são entraves para o acesso adequado, equitativo e acessível dos migrantes ao sistema de saúde (IOM, 2017).

Essas tensões são vividas, reproduzidas e mediadas pelo território, como Vale, Saquet e Santos argumentam citando Saquet (2004 apud Vale, Saquet e Santos, 2005, p. 16), as relações políticas, econômicas e sociais que compõem a territorialidade “efetivam diferentes redes e um determinado campo de forças” que juntamente com a comunicação contribuem para o controle do espaço agindo “como elementos mediadores da reprodução do poder da classe hegemônica [...] interferindo diretamente na territorialidade cotidiana dos indivíduos e grupos ou classes sociais”.

Diaz et al. (2017) ressaltam que a heterogeneidade desse subgrupo pode gerar necessidades que se diferem da população do país de acolhida. Por isso, as intervenções e políticas de saúde geralmente desenhadas para a população local podem não contemplar as necessidades dos migrantes, levando alguns países a desenvolverem diretrizes para o acesso à saúde, diagnóstico e tratamento direcionadas ou específicas para imigrantes e/ou refugiados.

Essa heterogeneidade da migração contribui ainda para o aumento da diversidade e da superdiversidade (Vertovec, 2007) trazendo implicações para a gestão da saúde dos países de acolhida. A superdiversidade é um conceito que transcende a questão da diversidade de nacionalidade ou país de origem dos migrantes no território de acolhida e foca na intersecção entre aspectos como a situação migratória, idade, gênero e status econômico entre outros e suas dimensões espaciais (Vertovec, 2007, 2019). Dessa forma, sendo especialmente desafiador para os sistemas de saúde e os profissionais que os integram, não somente pela diversidade dos perfis e das necessidades dos migrantes em si, mas também pela dinamicidade dos fluxos migratórios (Vertovec, 2007; Pemberton *et al.*, 2019; Phillimore, Bradby e Brand, 2019).

Embora a dinamicidade e (super)diversidade dos fluxos migratórios agreguem complexidade ao planejamento nacional de saúde, a OIM ressalta que incluir e investir no atendimento das “necessidades dos migrantes protege a saúde pública global, facilita a integração social e contribui para a prosperidade econômica” (IOM, 2017, p. 15). Além disso, Ventura (2018, p. 2) aponta que “explorar a ligação entre Direitos Humanos e saúde global pode ser a chave para avançar nas questões de saúde do migrante” defendendo que a saúde do migrante é determinante para a sua integração na sociedade de acolhimento, sendo crucial que os países reflitam sobre suas responsabilidades enquanto Estados sobre os processos de saúde, doença e os cuidados de saúde dos imigrantes.

2.3. Direito à Saúde: Principais Normas Internacionais

A questão da saúde do migrante não é uma novidade no Direito Internacional, sendo tratada tanto de maneira indireta por termos generalistas como “todas as pessoas / humanidade” dentro de temas guarda-chuva como os Direitos Humanos quanto de maneira direta e explícita em diversos instrumentos internacionais. Pace (2009), em uma extensa revisão sobre o direito à saúde de migrantes, catalogou 58 instrumentos adotados entre 1948 e 2009, incluindo as normas vinculantes, que tem força de lei gerando obrigações e responsabilidades legais, e as não-vinculantes que expressam princípios e representam obrigações morais e não legais para os Estados Parte.

Nesse levantamento fica evidente a dispersão do tema, em sua maioria tratado em trechos de instrumentos direcionados a grupos específicos como, povos indígenas, mulheres, crianças, idosos, pessoas com deficiência, pessoas em detenção e/ou aplicada a categorias delimitadas como “trabalhadores migrantes”, “refugiados” “menores desacompanhados”, ou à determinadas circunstâncias como “em condições abusivas”, “tortura” e “vítimas de tráfico de pessoas” e “durante conflitos armados” (Pace, 2009). A Lista completa e atualizada dos instrumentos internacionais com sinalizando os instrumentos vinculantes, data de adoção e status de ratificação do Brasil e dos Países Baixos está no Quadro 6.

O principal marco na garantia de direitos, incluindo aos migrantes, é a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) de 1948 que visa a dignidade humana através de direitos e liberdades inalienáveis, interdependentes e interrelacionados (UNGA, 1948). O reconhecimento e a adoção do compromisso das nações em promoverem interna e internacionalmente um conjunto de direitos individuais emerge do pós-Segunda Guerra Mundial, em especial, do repúdio as atrocidades do Holocausto. Dois trechos em específico se destacam em nossa temática, primeiro a proibição da distinção “nomeadamente de raça, de cor, de sexo, de língua, de religião, de opinião política ou outra, de origem nacional ou social, de fortuna, de nascimento ou de qualquer outra situação” na garantia dos direitos (UNGA, 1948, artigo 2º). O segundo trecho faz menção específica à saúde:

Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade. (UNGA, 1948, artigo 25, § 1º).

Embora não delegue diretamente aos Estados a responsabilidade/dever de garantir a assistência à saúde, avança ao reconhecer outros fatores que impactam na saúde reforçando o entendimento de que saúde não se restringe a ausência de doenças. Mesmo que a declaração não tenha caráter vinculante,

originou nove importantes tratados vinculantes que consolidaram esses direitos⁵, formando a base do código internacional dos Direitos Humanos, além de influenciar diversos outros documentos internacionais e nacionais como constituições democráticas que fazem referência direta ao texto da declaração (IOM, WHO e OHCHR, 2013). Desse conjunto de tratados derivados da DUDH, dois se destacam no campo do direito à saúde aos migrantes, o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC) de 1966 e o Pacto Internacional sobre os Direitos de Todos os Trabalhadores Migrantes e suas Famílias (ICRMW, acrônimo em inglês).

O PIDESC contribui ao reconhecer que todos gozem do “melhor estado de saúde física e mental possível” (UNGA, 1966) e por estabelecer que os Estados Partes tomem as medidas necessárias para assegurar esse direito, entre estas, “A criação de condições próprias a assegurar a todas as pessoas serviços médicos e ajuda médica em caso de doença” (UNGA, 1966, artigo 12º, § 2º, alínea d). Porém, da forma que foi redigido, vinculando os cuidados de saúde ao aparecimento de doenças, o texto possibilitava interpretações que não contemplavam os cuidados preventivos característicos da Atenção Primária. Essa redação pode ser reflexo da própria compreensão sobre os cuidados de saúde à época anterior a instrumentos importantes relativos à Atenção Primária, como a Declaração de Alma-Ata de 1978.

Posteriormente, o Comitê dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (CESCR, no acrônimo em inglês), instância autônoma, composta por dezoito especialistas, responsável por monitorar a implementação do Pacto abordou essas questões por meio dos Comentários Gerais nº 14/2000 sobre o artigo 12 e o nº 21/2009 sobre o parágrafo 2º do artigo 2. Os comentários gerais servem para pacificar interpretações, esclarecer pontos e sugerir abordagens de implementação dos compromissos derivados de um tratado.

⁵ Convenção Internacional para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial (1965); Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos (1966); Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1966); Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (1979); Convenção contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes (1984); Convenção sobre os Direitos da Criança (1989); Convenção Internacional sobre a Proteção dos Direitos de Todos os Trabalhadores Migrantes e Membros de Suas Famílias (1990); Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (2006); Convenção Internacional para a Proteção de Todas as Pessoas contra o Desaparecimento Forçado (2006).

O Comentário Geral nº14, esclarece o direito à saúde como constituído de um conjunto de liberdades sobre o próprio corpo e do direito a um sistema de proteção à saúde de boa qualidade e adequado culturalmente (CESCR, 2000; Pace, 2009). Embora não utilize o termo Atenção Primária, inclui na interpretação “acesso a serviços básicos de saúde preventiva, curativa e de reabilitação e educação em saúde; programas regulares de rastreio; tratamento adequado das doenças prevalentes, de preferência a nível comunitário.” (CESCR, 2000, p. 6 tradução nossa). Ainda, esclarece que dentre as obrigações legais especiais dos Estados Partes está a abstenção de práticas discriminatórias que proíbam ou limitem o acesso de minorias, requerentes de asilos e migrantes indocumentados aos serviços preventivos, curativos e paliativos como políticas de Estado (CESCR, 2000; Pace, 2009).

O tratamento equitativo e a não discriminação entre estes por raça, língua/idioma, origem nacional ou social e outros status são abordados em detalhes no Comentário Geral nº 20 (CESCR, 2009). A questão da nacionalidade é abordada dentro do tópico “outros status”, utilizado para cobrir grupos sociais reconhecidos como vulneráveis e em processo continuado de marginalização, reforçando que todos os direitos contidos no pacto se aplicam aos não nacionais independente da situação migratória, incluindo os requerentes de refúgio, refugiados, apátridas, trabalhadores migrantes e vítimas do tráfico internacional de pessoas (CESCR, 2009).

O único instrumento vinculante específico para migrantes dentro dos tratados fundamentais de Direitos Humanos, o Pacto Internacional sobre os Direitos de Todos os Trabalhadores Migrantes e suas Famílias (ICRMW, acrônimo em inglês), é o menos abrangente ao restringir os direitos aos trabalhadores migrantes, distinguindo direitos entre documentados e não documentados e excluindo refugiados e apátridas (UNGA, 1990; EMROWHO, 2007; Pace, 2009). O pacto define trabalhadores migrantes como “pessoas que vão exercer, exercem ou exerceram atividade remunerada em um país do qual não é nacional” (UNGA, 1990, artigo 2 § 1º, tradução nossa).

Pela distinção por status migratório, aos documentados é garantido o direito de usufruir dos serviços de saúde em todos os níveis em termos iguais aos nacionais. Aos indocumentados é garantido apenas tratamentos médicos

em caráter de urgência que sejam necessários para a manutenção da vida e evitar danos irreparáveis à saúde (UNGA, 1990).

Refletindo a complexidade do tema, o ICRMW registra a menor adesão entre os Estados (apenas 56 ratificações), e o maior número de inação por parte dos Estados (130 sequer assinaram), entre eles o Brasil e os Países Baixos (OHCHR, 2021). A Figura 4 também compara o número de Estados Partes que ratificaram, os signatários e os que não realizaram qualquer ação em relação aos instrumentos de Direitos Humanos.

Os refugiados além de usufruírem dos direitos elencados nos demais tratados fundamentais de Direitos Humanos, ainda têm o direito à saúde resguardado em dispositivo específico a Convenção relativa ao Estatuto dos Refugiados de 1951 que determina que os refugiados (e solicitantes de refúgio) recebam o mesmo tratamento que os nacionais dos Estados Partes (UN, 1951, artigo 23; artigo 24, § 1º alínea b; Pace, 2009, p. 25–26).

A partir de 2015, os desafios para a gestão e governança das migrações, incluindo o direito à saúde, têm permeado os foros multilaterais com maior expressividade, tendo o tema sido contemplado transversalmente pelos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Agenda 2030 das Nações Unidas, e nominalmente citado dentro do escopo do objetivo 10 para redução das desigualdades dentro dos países e entre eles, na meta 10.7 de facilitação da migração e da mobilidade “ordenada, segura, regular e responsável das pessoas, inclusive por meio da implementação de políticas de migração planejadas e bem geridas” (UN, 2015; IOM, 2018).

A conquista mais expressiva nessa temática ocorreu em dezembro de 2018 com a adoção na Organização das Nações Unidas (ONU) do Pacto Global para a Migração Segura, Ordenada e Regular⁶, que contou com a participação

⁶ O Brasil esteve presente durante a Conferência intergovernamental sobre o Pacto Global para Migração sendo um dos 152 países que votaram a favor. Durante a sessão que adotou o Pacto, o então Ministro das Relações Exteriores do Brasil, Aloysio Nunes, proferiu um discurso reforçando o compromisso do país em “[...] to guarantee migrants are on an equal footing with Brazilians in terms of access to health care, education and other services. Brazil rejects criminalization of migrants, and instead it has policies to regularize their status. Brazil has turned migration into an asset for development and cultural enrichment.” (UN PRESS RELEASE DEV/3375 10 DECEMBER 2018, grifo nosso). No entanto, uma das primeiras ações do governo de Jair Bolsonaro (2019-2022) foi retirar o Brasil do Pacto em 08/01/2019. Em 05/01/2023, o governo recém-empossado de Luiz Inácio Lula da Silva retomou a participação do país neste importante marco da governança global das migrações.

dos Estados, organizações internacionais e sociedade civil para a sua elaboração. Embora não seja juridicamente vinculativo, demonstra a relevância do tema, a disposição em cooperar dos Estados signatários e um compromisso destes com uma série de objetivos que visam fortalecer os direitos dos migrantes e sua dignidade por meio de políticas públicas orientadas por evidências, sendo apontado como o maior avanço dentro da temática a nível internacional (Clark e Horton, 2018).

A saúde é um dos aspectos citados em vários trechos do Pacto, mas se aprofunda e detalha no objetivo 15 que disserta sobre o acesso de migrantes à serviços básicos, no qual se comprometem a realizar ações que incorporem

[...] as necessidades de saúde dos migrantes nas políticas e planos nacionais e locais de saúde, fortalecendo as capacidades de prestação de serviços, facilitando o acesso a preços acessíveis e não discriminatórios, reduzindo as barreiras de comunicação e capacitando prestadores de serviços sensíveis à cultura, a fim de promover a saúde física e mental dos migrantes e comunidades em geral, inclusive levando em consideração as recomendações relevantes do Quadro de Prioridades da OMS e Princípios Orientadores para Promover a Saúde dos Refugiados e Migrantes. (UN, 2019, p. 24, tradução nossa).

No entanto, para serem efetivamente implementadas e exitosas, essas iniciativas necessitam de estudos que forneçam uma base confiável sobre as necessidades dos migrantes dentro do contexto de cada país, provendo um diagnóstico da situação atual e o impacto nos sistemas de saúde locais para que se possa conciliar as recomendações dos organismos especializados internacionais com as demandas e capacidades locais. Nesse intuito, essa pesquisa busca contribuir para a melhoria do acesso dos migrantes aos serviços de saúde com foco na Atenção Primária através do estudo de caso comparado entre dois sistemas de saúde diferentes, o brasileiro e o neerlandês, em contextos migratórios distintos.

Quadro 6 - Instrumentos internacionais sobre o direito do acesso à saúde para migrantes

Instrumento Internacional	Data de Adoção	Entrada em Vigor	Ratificação	
			BR	NL
Declaração Universal dos Direitos Humanos	1948	1948	N/A	N/A
Convenção No. 97 sobre Migração para Emprego (Revisada em 1949)	1949	1952	1965	1952
Convenção de Genebra (IV) relativa à Proteção de Civis em Tempos de Guerra	1949	1949	1957	1954
Recomendação No. 86 sobre Migração para Emprego (Revisada em 1949)	1949	1949	N/A	N/A
Convenção relativa ao Estatuto do Refugiado	1951	1954	1960	1956
Convenção relativa ao status de Apátrida	1954	1960	1996	1962
Regras Mínimas das Nações Unidas para Tratamento de Prisioneiros (Regras de Mandela)	1955	1955	N/A	N/A
Convenção Internacional para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial*	1965	1969	1968	1971
Recomendação Geral XX do CERD sobre Implementação não discriminatória de direitos e liberdades	1966	1966	N/A	N/A
Convenção Internacional sobre Direitos Civis e Políticos*	1966	1976 / 1979	1992	1978
Convenção Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais*	1966	1976	1992	1978
Convenção No. 143 sobre Migrações em Condições Abusivas e a Promoção de Equidade de Oportunidade e Tratamento para Trabalhadores Migrantes	1975	1978	N/R	N/R
Recomendação No. 151 do ILO sobre Trabalhadores Migrantes	1975	1975	N/A	N/A
Protocolo Adicional I às Convenções de Genebra de 12 de agosto de 1949 e relativas à proteção de vítimas de conflitos armados internacionais	1977	1978	1992	1987
Protocolo Adicional II às Convenções de Genebra de 12 de agosto de 1949 e relativas à proteção de vítimas de conflitos armados internacionais	1977	1978	1992	1987
Declaração de Alma-Ata	1978	1978	N/A	N/A
Convenção para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra Mulheres*	1979	1981	1984	1991
Comentário Geral No. 6 do Comitê de Direitos Humanos: Direito à Vida	1982	1982	N/A	N/A
Declaração de Direitos Humanos de Indivíduos que não são nacionais do país onde vivem	1985	1985	N/A	N/A
Comentário Geral No. 15 do Comitê de Direitos Humanos: A posição de estrangeiros dentro da convenção	1986	1986	N/A	N/A
Corpo de Princípios para a Proteção de Todas as Pessoas sob qualquer forma de detenção ou encarceramento	1988	1988	N/A	N/A
Convenção No.169 sobre pessoas indígenas e tribos em países independentes	1989	1991	2002	1998
Convenção sobre o Direito das Crianças*	1989	1990	1990	1995

Princípios Básicos para o Tratamento de Prisioneiros	1990	1990	N/A	N/A
Recomendação Geral da CEDAW No. 14: Circuncisão Feminina (Mutilação genital)	1990	1990	N/A	N/A
Recomendação Geral da CEDAW No. 15: prevenção da discriminação contra mulheres em estratégias nacionais para a prevenção e controle da síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS)	1990	1990	N/A	N/A
Convenção Internacional para a Proteção dos direitos de todos os Trabalhadores Migrantes e Membros de suas Famílias*	1990	2003	N/R	N/R
Regas das Nações Unidas para a proteção de Jovens privados de liberdade	1990	1990	N/A	N/A
Declaração Mundial sobre a sobrevivência, proteção e desenvolvimento da Criança	1990	1990	N/A	N/A
Recomendação Geral da CEDAW No. 18: Mulheres portadoras de deficiência	1991	1991	N/A	N/A
Princípios para a Proteção de Pessoas com Doenças Mentais e a Melhoria dos Cuidados com Saúde Mental	1991	1991	N/A	N/A
Princípios das Nações Unidas para Pessoas Idosas	1991	1991	N/A	N/A
Recomendação Geral XI do CERD sobre não cidadãos	1993	1993	N/A	N/A
Regras padrão na equalização de oportunidades para pessoas portadoras de deficiência	1993	1994	N/A	N/A
Recomendação Geral da CEDAW No. 21: Equidade no casamento e nas relações familiares	1994	1994	N/A	N/A
Comentário Geral do CDESCR No. 5: pessoas portadoras de deficiência	1994	1994	N/A	N/A
Princípios Norteadores para Deslocamento Interno	1998	1998	N/A	N/A
Declaração de Ottawa sobre o Direito da Criança aos Cuidados de Saúde da Associação Médica Mundial	1998	1998	N/A	N/A
Recomendação Geral da CEDAW No. 24: Mulheres e Saúde	1999	1999	N/A	N/A
Diretrizes Revisadas do ACNUR sobre Padrões e Critérios aplicáveis para a Detenção de Solicitantes de Refúgio	1999	1999	N/A	N/A
Recomendação Geral do CERD XXVII sobre discriminação contra os povos Roma	2000	2000	N/A	N/A
Recomendação Geral do CDESCR No. 14: o direito ao mais alto nível possível de saúde	2000	2000	N/A	N/A
Protocolo Opcional à Convenção sobre os Direitos das Crianças no envolvimento de crianças em conflitos armados	2000	2002	2004	2001
Protocolo Opcional à Convenção sobre os Direitos das Crianças na venda de crianças, prostituição e pornografia infantil	2000	2002	2004	2005
Protocolo para Prevenir, Suprimir e Punir o tráfico de pessoas especialmente mulheres e crianças complementando a Convenção das Nações Unidas contra o Crime Organizado Internacional	2000	2003	2004	2005
Princípios e Diretrizes Recomendadas pelo OHCHR (ACNUDH) para Direitos Humanos e Tráfico Humano	2002	2002	N/A	N/A
Comentário Geral do CRC No. 3: HIV/AIDS e os direitos da criança	2003	2003	N/A	N/A

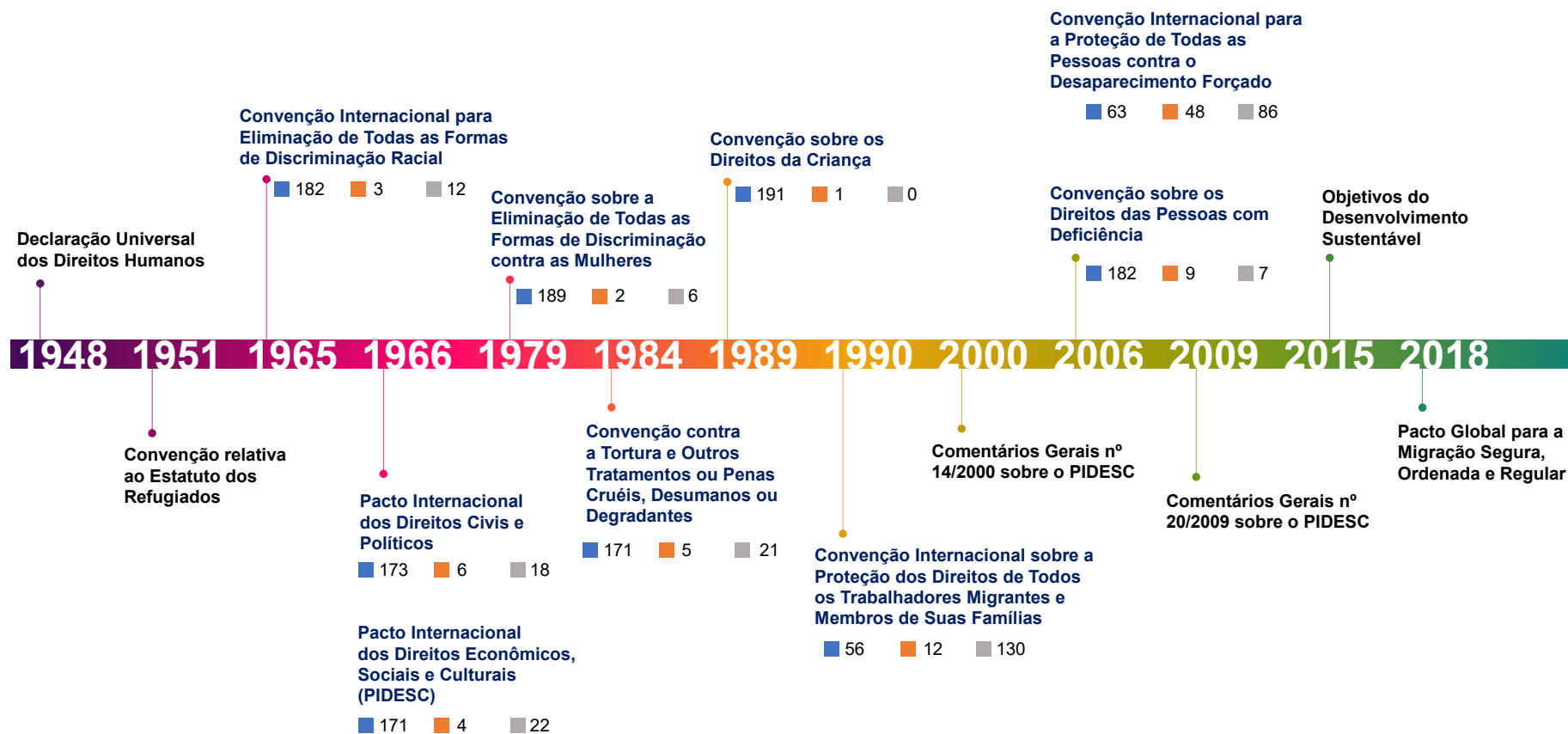
Comentário Geral do CRC No. 4: saúde e desenvolvimento do adolescente no contexto da Convenção sobre os Direitos da Criança	2003	2003	N/A	N/A
Recomendação Geral XXX do CERD sobre discriminação contra não cidadãos	2004	2004	N/A	N/A
Comentário Geral do Comitê de Direitos Humanos No. 31: a natureza da obrigação geral legal imposta aos Estados Partes da Convenção	2004	2004	N/A	N/A
Comentário Geral do CRC No. 6: tratamento de crianças desacompanhadas e separadas fora do seu país de origem	2005	2005	N/A	N/A
Convenção sobre os Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiências*	2006	2008	2008	2016
Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas	2007			
Recomendação Geral da CEDAW No. 26: trabalhadoras migrantes	2008	2008	N/A	N/A
Resolução 61.17 Saúde dos Migrantes da Assembleia Mundial da Saúde	2008	2008	N/A	N/A
Comentário Geral do CESCR No. 20: Direito à não discriminação econômica, social e cultural (art. 2, para. 2, da Convenção Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais)	2009	2009	N/A	N/A
Pacto Global para a Migração Segura, Ordenada e Regular	2018	2018	2023	2018

Elaboração da Autora.

Nota: *Instrumentos internacionais vinculantes; N/A: não se aplica; N/R: não ratificado.

Fonte: NORMLEX from International Labour Organization (ILO); International Humanitarian Law Databases of the International Committee of the Red Cross (ICRC); United Nations Treaty Collection (UNTC); UNHCR REFWORLD.

Figura 4 - Linha do tempo dos atos internacionais



Status dos Tratados Fundamentais de Direitos Humanos: ■ Estados Partes ■ Signatários ■ Sem Ação

Destacados em azul os nove tratados internacionais vinculantes derivados da Declaração Universal dos Direitos Humanos.

Fonte: Informações coletadas no site do Escritório do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos (<https://www.ohchr.org>). Elaboração da autora. Dados de status dos tratados atualizados até 18 de julho de 2021. Disponível <https://indicators.ohchr.org/>

2.4. Acesso aos Serviços de Saúde

Para analisar o acesso dos migrantes e refugiados aos serviços de saúde faz-se necessário conceituar o acesso em suas duas terminologias, acesso (ato de ingressar, entrada) e acessibilidade (qualidade do que é acessível), utilizados na literatura e que variam de acordo com cada autor. No entanto, conforme pontuam Travassos e Martins (2004), é um conceito cujo emprego muda ao longo do tempo e de acordo com o contexto, sendo muitas vezes utilizado de maneira imprecisa e pouco relacionada ao uso dos serviços de saúde podendo seu enfoque ora evidenciar as características relacionados aos indivíduos, ora as características de ofertas, tendo autores que trabalham com ambas as características ou na relação entre elas.

Como veremos a seguir, apesar das diferentes terminologias, as ideias em torno do conceito são semelhantes, algumas mais orientadas ao sistema e outras envolvem aspectos sociais. Donabedian (1973) utiliza o termo acessibilidade, pois para o autor abrange uma quantidade maior de significados e está relacionado a interação dos serviços de saúde com os usuários e sua capacidade de responder às suas demandas. O autor divide o conceito em dois aspectos: sócio-organizacional e geográfico. O primeiro abarca os aspectos sociais, culturais, educacionais ou econômicos do indivíduo que influenciam significativamente no acesso à saúde. Enquanto o geográfico refere-se às implicações espaço-temporais, como distância física entre o usuário e os serviços (Sanchez e Ciconelli, 2012).

Também considerando aspectos do paciente e do sistema, Penchansky e Thomas (1981) concebem o acesso como um ajuste dessa interação que poderia ser avaliado a partir de indicadores das cinco dimensões (acessibilidade, disponibilidade, aceitabilidade, capacidade de pagamento e adequabilidade) que demonstrassem o grau de interação entre os usuários e o sistema de saúde, refletidos, por exemplo, a partir do nível de satisfação do atendimento (Penchansky e Thomas, 1981; Sanchez e Ciconelli, 2012). Emily Saurman (2016), defende a inclusão de uma sexta dimensão à proposta de Penchansky e Thomas, a consciência relacionada à comunicação e informação considerando o contexto e o conhecimento sobre saúde das partes envolvidas (Quadro 7).

Quadro 7 - Dimensões de Acesso (Penchansky & Thomas; Saurman)

Dimensões de Acesso	Definição	Componentes das Dimensões e Exemplos
Acessibilidade^a	Localização	Serviço acessível dentro de uma proximidade razoável ao consumidor em termos de tempo e distância.
Disponibilidade^a	Oferta e demanda	Serviço disponível possui serviços e recursos suficientes para atender ao volume e às necessidades dos consumidores e comunidades atendidas.
Aceitabilidade^a	Percepção do consumidor	serviço aceitável responde à atitude do prestador e do consumidor em relação às características do serviço e às preocupações sociais ou culturais. Por exemplo, a disposição de um paciente em consultar uma médica pode determinar se um serviço é aceitável ou não.
Custo Acessível^a	Custos financeiros e incidentais	Os serviços acessíveis examinam os custos diretos tanto para o prestador de serviços quanto para o consumidor.
Adequação^a (Acomodação)	Organização	Um serviço adequado é bem-organizado para aceitar os clientes, e os clientes são capazes de usar os serviços. As considerações de adequação incluem horários de funcionamento (serviços fora do horário de expediente), sistemas de referência ou agendamento e estruturas de instalações (acesso para cadeirantes).
Consciência^b	Comunicação e informação	Serviço mantém a conscientização por meio de estratégias eficazes de comunicação e informação com usuários relevantes (clínicos, pacientes, a comunidade em geral), incluindo a consideração do contexto e a alfabetização em saúde.
^a As cinco dimensões de acesso identificadas por Penchansky e Thomas.		
^b Sexta dimensão que pode influenciar o acesso.		

Fonte: Emily Saurman, 2016 p. 37, tradução nossa.

Nas palavras de Saurman, “Nenhum serviço de saúde pode ser efetivo se não responder ao contexto ou se a população pretendida não sabe de sua existência.” (2016, p. 38). Dentro dessa dimensão, a autora destaca como a mobilidade impacta no acesso de pessoas que podem vir a buscar atendimento, mas não conseguem ou terem maior dificuldade por desconhecerem os serviços disponíveis na nova comunidade (Saurman, 2016).

Andersen e Newman (2005) não fazem distinção entre acesso e acessibilidade, definindo-os como o meio de entrada para a obtenção de cuidados médicos e a continuação do tratamento, focado nos requisitos e nas barreiras para concretização do atendimento médico. O grau de acesso, portanto pode variar de acordo com fatores como custos, filas de espera e o cumprimento de requisitos que qualifiquem o paciente para a realização de determinado

tratamento ou atendimento (Travassos e Martins, 2004, p. 195; Andersen e Newman, 2005, p. 8).

Seguindo o raciocínio das barreiras, mas baseando-se nas ideias de Donabedian, Frenk (Frenk, 1985, p. 439) concebe o conceito de acessibilidade como “a relação funcional entre um conjunto de obstáculos para procurar e obter cuidados (“resistência”) e as correspondentes capacidades da população para superar tais obstáculos (“poder de utilização”)” (Travassos e Martins, 2004, p. 193). Dessa maneira, mesclando características da oferta e da população.

Já Aday e Andersen (1974, p. 209–210), embora baseassem-se na caracterização demográfica e na disposição organizacional geográfica do sistema de saúde, tinham a caracterização da política de saúde como um ponto de partida para a determinação do conceito, assim, o acesso tem um caráter mais político que operacional. Os determinantes individuais que podem interferir no acesso à saúde, tais como características da população ou das instituições de saúde também foram abordados por Ronald e Newman (Sanchez e Ciconelli, 2012, p. 260).

Starfield (2002, p. 225) já compreende acesso e acessibilidade como conceitos distintos, sendo o primeiro “a forma como a pessoa experimenta esta característica do seu serviço de saúde”, enquanto a segunda “possibilita que as pessoas cheguem aos serviços”. Dessa maneira, o acesso está relacionado a vivência pelo indivíduo das características do serviço de saúde e a acessibilidade a aspectos como a localização da unidade de saúde, tempo de espera, disponibilidade de horários para atendimento de consultas agendadas e não-agendadas ligadas a estrutura de um sistema ou unidade de saúde.

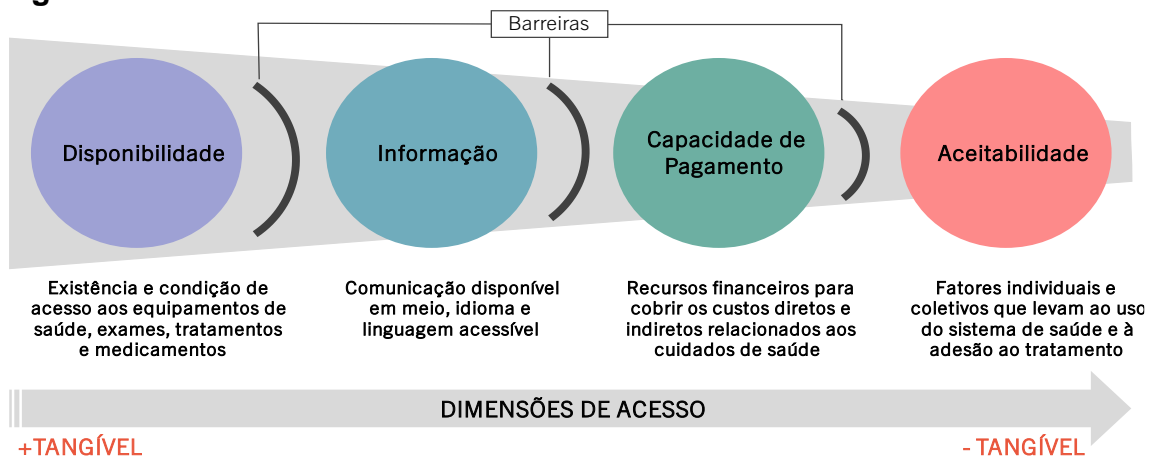
Sanchez e Ciconelli (2012, p. 195) discorrem sobre como a informação é central para Goddard e Smith (2001, p. 1153), pois o conhecimento sobre a disponibilidade dos serviços de saúde e mesmo a habilidade de processar a informação recebida pode variar de acordo com os diferentes grupos populacionais e entre os profissionais de saúde. Assim, a informação disponível impacta “na forma como as pessoas percebem as dificuldades/facilidades para obterem os serviços de saúde de que necessitam e, portanto, o acesso aos mesmos” (Sanchez e Ciconelli, 2012, p. 195).

Uma das definições mais abrangentes é a proposta por McIntyre e Mooney (2007), pois incorporaram o conceito de liberdade para uso dos serviços à noção de acesso à saúde, argumentando que atributos intrínsecos ao indivíduo como seu nível educacional, sua bagagem cultural, suas crenças, condições sociais e econômicas entre outras, fariam o usuário mais ou menos livre para utilizar o sistema, refletindo em melhores ou piores condições de acesso à saúde. Além disso, a informação que o profissional e o usuário de saúde possuem determina fortemente a qualidade dessa interação entre o sistema de saúde e o indivíduo.

Dentre os autores citados, as abordagens apresentadas por Goddard e Smith (2001) e por McIntyre e Mooney (2007) ao considerarem aspectos culturais e de informação, além dos geográficos e econômicos para conceituar o acesso, são as que melhor contemplam aspectos relacionados a perspectiva da saúde como Direito Humano e do acesso universal recomendados pelos organismos multilaterais (IOM, 2017). Essas abordagens também são as que tangem as barreiras descritas nos estudos sobre saúde do migrante.

No entanto, como explicitam Sanchez e Ciconelli (2012), a incorporação de aspectos de difícil mensuração ou menos tangíveis do sistema e da população tornam o conceito de acesso complexo e para avaliá-lo as autoras sugerem que suas principais características sejam agrupadas em quatro dimensões: disponibilidade, aceitabilidade, capacidade de pagamento e informação, sistematizados em uma escala do mais tangível para o menos tangível (Figura 5).

Figura 5 - Dimensões de Acesso



Fonte: Adaptado de Sanchez e Ciconelli, 2012.

Sendo a disponibilidade a presença (ou não) do serviço / estabelecimento de saúde em local apropriado e no momento em que é necessário (Sanchez e Ciconelli, 2012), engloba a relação geográfica entre instituições físicas de saúde e os indivíduos que dela necessitam, bem como o ajuste às necessidades do indivíduo e a relação entre tipo, abrangência, qualidade e quantidade de serviços prestados. A capacidade de pagamento apresenta a relação entre custo da utilização dos serviços de saúde e a capacidade financeira dos indivíduos, mediados por conceitos que englobam o financiamento do sistema de saúde.

A dimensão da informação reflete a qualidade da informação que chega ao usuário a partir do sistema de saúde e se demonstra essencial por permitir ao usuário a avaliação e a decisão sobre o uso dos serviços disponíveis. Quando a informação é imperfeita ou assimétrica, ou seja, quando uma das partes do sistema detém informações significativas enquanto a outra não possui informações suficientes para o uso adequado ou suficiente para suas demandas, urge a necessidade de análises para melhoria. As autoras apontam ainda que é a partir da informação que se pode mensurar a real utilização dos serviços de saúde ante as oportunidades de utilização, já que ela permite que o usuário faça escolhas em relação ao cuidado com a sua saúde (Sanchez e Ciconelli, 2012).

Por fim, a dimensão mais difícil de ser quantificada e detectada é a da aceitabilidade, pois compreende o modo como os serviços de saúde prestados são percebidos pelos indivíduos e comunidades e engloba principalmente a interação entre as expectativas dos trabalhadores de saúde e dos usuários com os tratamentos propostos e tendo como ponto chave o respeito mútuo entre os atores do sistema.

Segundo Sanchez e Ciconelli (2012), a aceitabilidade varia conforme inúmeras variáveis, entre elas as crenças e atitudes frente à saúde, a qualidade de informações sobre o cuidado com a saúde, bem como variáveis como idade, sexo, estado civil, etnia e religião. A confiança no sistema pode resultar tanto em um elemento essencial para a equidade no acesso, como sua falta pode ocasionar em uma barreira ao mesmo (Travassos, 2008).

A confiabilidade se reflete também na natureza do engajamento e do diálogo entre o paciente com o profissional de saúde e possui como elemento final os arranjos organizacionais do sistema de saúde e o modo como eles

moldam a resposta do paciente ao cuidado. Conforme Sanchez e Ciconelli (2012, p. 264) apontam “a aceitabilidade e os problemas de confiança influenciam a decisão do paciente e a experiência adquirida e são mais propensos a afetar de forma desvantajosa os grupos socialmente marginalizados”.

As autoras ainda reforçam que acesso não equivale simplesmente a utilização dos serviços de saúde, mas engloba a sua utilização em circunstâncias que permitam seu uso de forma apropriada. Além disso, é importante compreender que a oferta de recursos e serviços não são suficientes para determinar a entrada ou não no sistema, já que a determinação do paciente em buscar cuidado, assim como a confiabilidade no sistema, são fundamentais nesse processo.

O modelo de dimensões de análise do acesso aos serviços de saúde apresentado por Sanchez e Ciconelli (2012) é compatível com as definições de acesso utilizadas nesta pesquisa (Goddard e Smith, 2001; Starfield, 2002; McIntyre e Mooney, 2007) e sensível as especificidades das populações migrante e refugiada presentes na literatura.

Ademais, os conceitos apresentados por considerarem tanto a perspectiva do usuário quanto a estrutura do sistema de saúde, em especial o de Starfield (2002), trazem a luz o potencial de contribuição da ciência geográfica para o tema por meio das tecnologias, técnicas e capacidade de reflexão por mediar as relações entre o território, o ambiente e a sociedade, localizando-as no tempo e no espaço.

Por considerarem aspectos centrais sobre a saúde dos migrantes, tais como a cultura, crenças e a comunicação-idioma a partir de uma perspectiva compartilhada de pesos entre as partes envolvidas (usuário e sistema de saúde), as abordagens apresentadas nesse capítulo endossam a relevância dos estudos sobre acesso dessas populações aos serviços de saúde e embasam a compreensão dos temas que esta pesquisa se propõe a caracterizar, discutir e analisar.

2.4.1. Barreiras de Acesso à Saúde

Ao abordar o acesso à saúde uma das questões que emerge é a das barreiras enfrentadas pela população, particularmente as mais vulneráveis incluindo os migrantes e refugiados, para o efetivo uso dos serviços. As barreiras não são novidade nos estudos migratórios e de saúde, tendo sido catalogadas barreiras linguísticas, culturais, econômicas e estruturais em diversos países, sistemas de saúde e abordando várias nacionalidades e etnias (Carrillo *et al.*, 2011; Agudelo-Suárez *et al.*, 2012; Gil-Gonzalez *et al.*, 2015; Hacker *et al.*, 2015; WHO, 2017).

As barreiras são origem e sintoma das inequidades vivenciadas no percurso da busca por cuidados de saúde, sendo sua identificação e tratamento importante para o aprimoramento dos serviços rumo ao acesso universal equitativo. Contudo, pela própria dinamicidade da população, as barreiras podem surgir à medida que apareçam mudanças, por exemplo, no perfil dos usuários.

No entanto, esses estudos tendem a ser fragmentados a grupos específicos, condições de saúde e localidades, dificultando seu uso como orientador de políticas públicas mais abrangentes (Luiking *et al.*, 2018). Geograficamente, a maior parte dos estudos foram conduzidos em países desenvolvidos abordando migrantes oriundos de países em desenvolvimento, demonstrando a necessidade de estudos fora desse eixo e que contemplem, por exemplo, as migrações sul-sul, intrabloco como no caso do MERCOSUL e União Europeia e outras nacionalidades.

Quanto à natureza, as barreiras podem ser formais, ligadas as restrições e elegibilidade do acesso impostas por governos e instituições, ou as chamadas de barreiras percebidas, relacionadas a percepção do usuário / grupos de usuários / profissionais de saúde a partir de sua(s) experiências. As do segundo grupo incluem aquelas descritas pelo Modelo de Crenças de Saúde (MCS, ou HBM - *Health Belief Model* em inglês) (Janz e Becker, 1984; Champion e Skinner, 2008).

As principais barreiras identificadas na literatura no caso dos migrantes são as de elegibilidade, linguísticas, financeiras e culturais. No entanto, barreiras de gênero, geográficas, climáticas e de caráter mais pessoal, como o medo de

perseguição e deportação e a falta de confiança no sistema de saúde também foram descritas na literatura.

As barreiras administrativas englobam as normativas que regem a elegibilidade, ou seja, o direito ao acesso aos serviços de saúde. É importante ressaltar que mesmo com a existência de uma legislação garantidora do acesso, pode-se coexistir aspectos restritivos, tais como, a exigência de documentações variadas, como estar em situação regular no país e comprovante de residência; restringir o acesso a um determinado nível ou estabelecimento de atendimento de saúde, ou por um período.

A barreira mais recorrente na literatura é a linguística. É fácil compreender sua importância dada a necessidade de comunicação entre médico-paciente e a complexidade em mitigá-la (Rasi, 2020; Shamsi, Al *et al.*, 2020). No entanto, não se resume ao idioma falado entre as partes, mas se estende pela linguagem utilizada e está ligada à cultura tanto do migrante quanto do profissional de saúde. Bernales *et al.* e Dastjerdi ressaltam que mesmo falantes nativos do mesmo idioma, porém de países diferentes podem experimentar dificuldades de comunicação oriundas do vocabulário, pronúncia, expressões e gírias (Dastjerdi, 2012; Bernales *et al.*, 2017).

Outro ponto ainda pouco abordado nos estudos de saúde e migração é a questão da expressão de sentimentos, emoções, intensidades e sintomas pelo idioma, por exemplo, como traduzir a dor? Algo tão subliminar e envolvido culturalmente (Fang *et al.*, 2015; McGarry *et al.*, 2018; Givler, Bhatt e Maani-Fogelma, 2023). Esse aspecto se torna ainda mais proeminente em contextos de saúde mental que podem tanto dificultar o diagnóstico e tratamento quanto levar a patologização de emoções, costumes e crenças (Jensen *et al.*, 2013; Shrestha-ranjit *et al.*, 2017).

As barreiras linguísticas podem persistir mesmo nas ações de mitigação, assim como adicionar novas barreiras. As ações mais comumente abordadas pela literatura envolvem algum tipo de intérprete seja formal ou informal, presencial ou remoto, e delas derivam, por exemplo, o desconforto de uma terceira pessoa, seja um familiar/amigo ou um intérprete profissional, e a desconfiança sobre a acurácia da informação, além da dependência desse ator para a comunicação (Leanza, Boivin e Rosenberg, 2010; Brisset, Leanza e

Laforest, 2013; Sleptsova *et al.*, 2017). Sendo necessária a avaliação cuidadosa das possibilidades de mitigação disponíveis e o treinamento e orientação dos profissionais envolvidos.

No aspecto financeiro estão todos os custos do acesso, desde o pagamento por consultas, exames, tratamentos e medicações até gastos com transporte. Indiretamente outros fatores atuam na dinâmica financeira como a dificuldade de ausentar-se do trabalho, insegurança laboral, desemprego, receio de deportação e demissão por questões de saúde (Dent, *Epidemiol e Wiley*, 2012; Sweeney *et al.*, 2015; Teunissen *et al.*, 2015, 2016; Vázquez *et al.*, 2016; March *et al.*, 2018).

Barreiras culturais surgem quando um ou mais aspectos do conjunto de costumes, hábitos, crenças e religiões de ambas as partes são ignoradas, invisibilizadas ou entram em conflito (Viruell-Fuentes, Miranda e Abdulrahim, 2012; Ahmed *et al.*, 2016; March *et al.*, 2018). Ilustrativamente, pode ser um hábito alimentar-nutricional, uma restrição a tratamentos como transfusão de sangue, uma preferência individual ou religiosa por atendimento por um profissional de determinado gênero, uma crença ou estigma sobre uma doença e o uso de tratamentos tradicionais como chás, ervas etc.

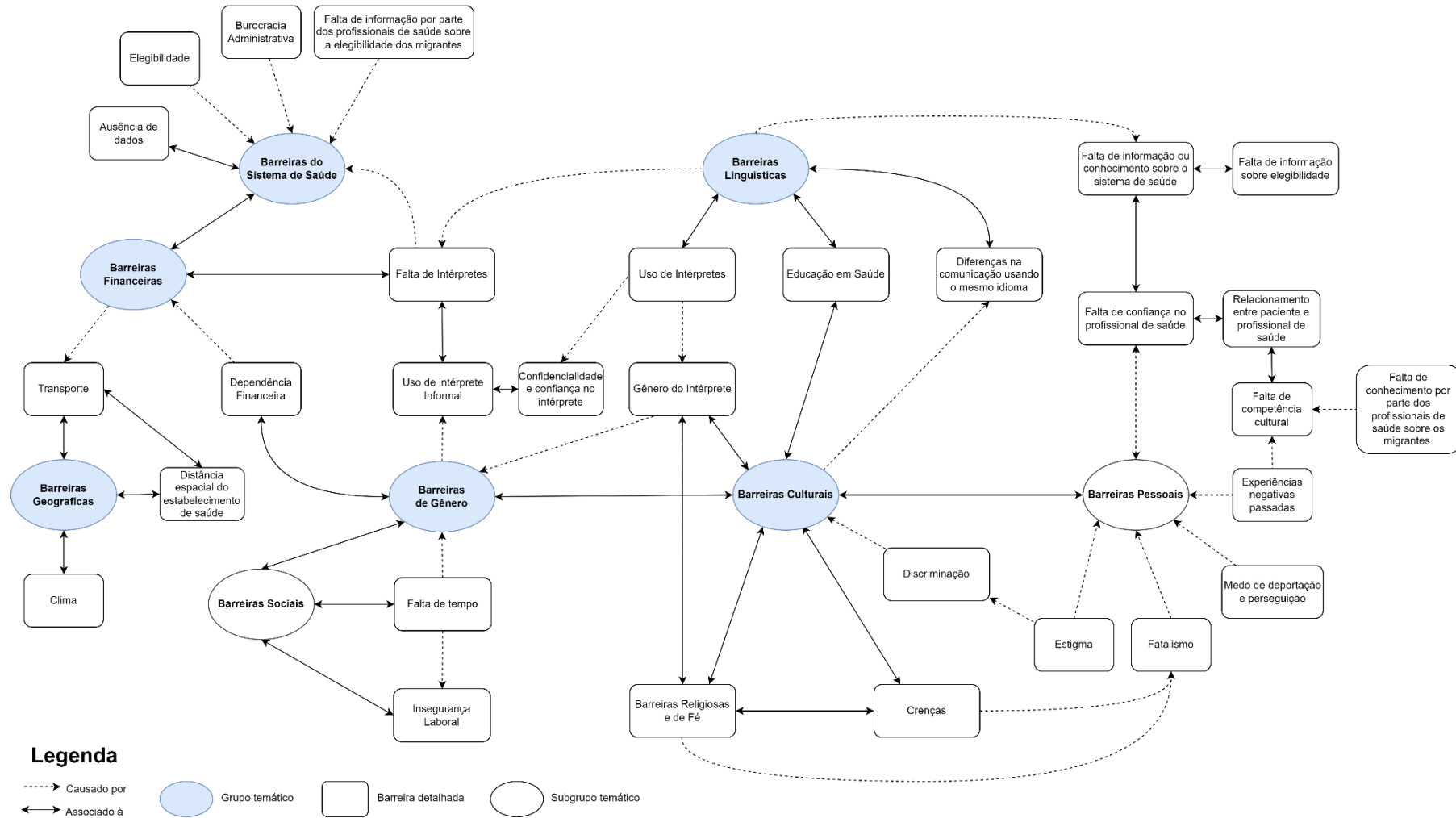
Entre das barreiras culturais se destacam as barreiras de gênero, aquelas que afetam prevalentemente e/ou desproporcionalmente as mulheres, sejam pelo acúmulo de responsabilidades domésticas, disparidade salarial e dependência financeira e linguística ou por questões cultural-religiosas que as restringem a estarem acompanhadas de um membro masculino da família ou ser atendida exclusivamente por mulheres (Boyd e Grieco, 2003; O'Mahony e Donnelly, 2013; Ahmed *et al.*, 2016; March *et al.*, 2018).

Barreiras geográficas dispõem sobre o acesso físico aos equipamentos de saúde, tais como distância e a mobilidade das populações migrantes, seja a pé, por transporte público, particular ou próprio (Syed, Gerber e Sharp, 2013). O clima também se apresenta na literatura como uma barreira que impacta significativamente a mobilidade, em especial os eventos extremos de calor, chuva e neve que podem tanto impedir o acesso quanto gerar atrasos (Woodgate *et al.*, 2017).

O medo da deportação e perseguição são aspectos que impactam na busca por atendimento de saúde pelos migrantes, principalmente entre os indocumentados, que acabam adiando cuidados de saúde incluindo preventivos (March *et al.*, 2018). Esses medos também aumentam a desconfiança sobre os profissionais de saúde e a possibilidade de denúncias de sua situação irregular no país ou divulgação de seus arquivos médicos (Teunissen *et al.*, 2015).

Ao analisar as diversas barreiras de acesso à saúde presentes na literatura, nota-se sua interligação e efeito cascata sobre demais pontos de barreira, por isso, sugiro uma abordagem sistêmica. A Figura 6 não visa esgotar o tema, mas ilustra a relação entre as principais barreiras descritas na literatura e seus potenciais desdobramentos, representando um modelo para análise sistêmica.

Figura 6 - Diagrama sistêmico das barreiras de acesso à saúde vivenciadas por migrantes



Elaboração da autora.

Capítulo 3: Caracterização dos Sistemas de Saúde

Esse capítulo se propõe a compreender a organização e funcionamento geral dos sistemas de saúde e da atenção primária no Brasil e nos Países Baixos e como recebem as pessoas migrantes. São apresentados o arcabouço legal e normativo, características da APS como composição da força de trabalho, distribuição das unidades/clínicas, cobertura e dados sobre a população migrante atendida.

3.1. O Sistema de Saúde Brasileiro

O sistema de saúde brasileiro é uma conquista social fomentada pelo movimento pela Reforma Sanitária iniciado na década de 70 que advogava pela democratização da saúde, universalidade do acesso, equidade, entre outros pontos, sendo consolidada pela constituição no processo de redemocratização do Estado brasileiro em 1988 (Paim, 2008).

A Constituição Federal do Brasil de 1988 (CF88) determina que a saúde é um direito de todos e dever do Estado e cria o atual sistema de saúde brasileiro, caracterizado como um sistema misto e segmentado composto por um sistema público de saúde e um sistema privado (BRASIL, 1988). O presente estudo se limita ao sistema de saúde público, porém, a título de contextualização apresentaremos brevemente o sistema privado.

A prestação de serviços de assistência à saúde pela iniciativa privada (BRASIL, 1988, art. 199) é regulada pelo Estado e autorizada desde que “observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto às condições para seu funcionamento.” (BRASIL, 1990, art. 22) e prevê a sua participação complementar ao SUS quando as “disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área” pelo serviço público de saúde (BRASIL, 1990, art. 24). Esse sistema se aproxima do modelo smithiano, no qual o acesso se dá à uma rede privada de clínicas, laboratórios e hospitais pela contratação voluntária de um seguro de saúde pelo usuário ou mediante pagamento dos serviços do próprio bolso (Serapioni e Tesser, 2019).

O sistema público, denominado Sistema Único de Saúde (SUS), por sua vez, segue o modelo Beveridgiano surgido na Inglaterra em 1942, preconizando a

universalidade de direitos com financiamento e gestão pública/estatal (Fleury e Ouverney, 2012; Serapioni e Tesser, 2019). Regulamentado pela Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, denominada Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde (SUS), tem como princípios a universalidade, integralidade, descentralização, equidade e participação social (Noronha, Lima e Machado, 2012). O SUS é financiado pelos impostos e gratuito (sem pagamento direto pelo usuário) a todos e em todos os diferentes níveis e densidades tecnológicas.

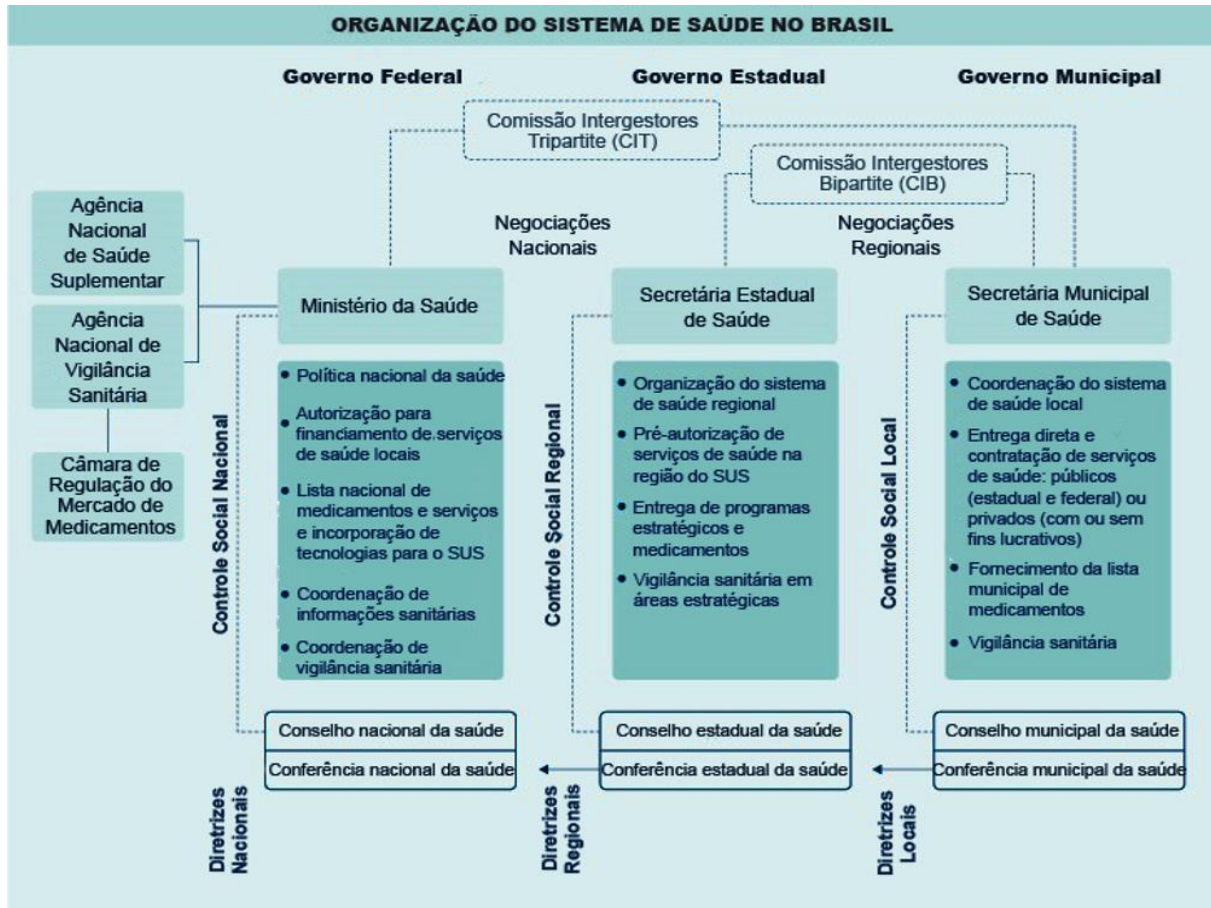
A organização do SUS é solidária e descentralizada entre a União, Estados, Municípios e o Distrito Federal e os serviços distribuídos de maneira hierarquizada e regionalizada (Figura 7). Nesse arranjo, o Ministério da Saúde responsável pela gestão nacional (formula, normatiza, avalia, fiscaliza e monitora políticas e ações de saúde), elabora a política nacional de saúde. As Secretarias de Saúde Estaduais fazem a gestão e planejamento regional, cabendo aos municípios a gestão local e execução dos serviços públicos de saúde, principalmente a Atenção Primária (Noronha, Lima e Machado, 2012). O Distrito Federal como ente federativo anômalo agrega as funções de Estado e município.

A articulação entre gestores e a pactuação federativa é realizada por meio das comissões intergestores (bipartite e tripartite), conselhos de gestão regional, conselhos de secretários de saúde e o conselho nacional de saúde. A participação social é um dos princípios do SUS e é assegurado entre outros meios pelos Conselhos Nacional, Estadual e Municipal de Saúde que tem suas agendas norteadas pelas Conferências de Saúde que ocorrem a cada quatro anos nos três níveis (municipal, estadual e federal) (Noronha, Lima e Machado, 2012). O documento final consolidado na Conferência Nacional de Saúde subsidia orienta o Conselho Nacional de Saúde nas proposições de diretrizes para a formulação de políticas públicas no período subsequente.

Em 2010, buscando a integralidade do cuidado, adotou-se a Rede de Atenção à Saúde (RAS) como modelo organizativo do Sistema Único de Saúde, substituindo o modelo fragmentado e hierarquizado. Na RAS as relações são horizontais e a APS tem papel central de comunicação entre os demais pontos de atenção da rede. A APS brasileira teve seu embrião no Distrito Federal, na região administrativa de Planaltina, a partir do Projeto Integrado de Saúde Comunitária desenvolvido em 1975 pela

Universidade de Brasília em parceria com o governo distrital por meio da Fundação Hospitalar e da Fundação de Serviço Social, sendo posteriormente adaptada e implementada em 15 municípios cearenses (Mendes, 2021).

Figura 7 - Organização Geral do SUS



Fonte: OECD (2021), Estudos da OCDE sobre os Sistemas de Saúde: Brasil 2021, OECD Publishing, Paris. Disponível em <https://doi.org/10.1787/f2b7ee85-pt>. Acesso em 04/04/2023.

Com sua consolidação como modelo organizativo, a Atenção Primária à Saúde⁷ tornou-se a parte mais descentralizada e capilarizada do SUS e consiste no:

o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. (MS, 2017a, art. 2º)

Na APS o atendimento à população é feito nas Unidades Básicas de saúde (UBS), que atuam em um território específico, sendo responsável pela população

⁷ A PNAB 2017 define Atenção Básica e Atenção Primária como termos equivalentes.

presente neste território (população adscrita). A definição de um território permite conhecimento aprofundado dos condicionantes e determinantes de saúde (socioeconômicos, culturais, epidemiológicos etc.) da população adscrita e subsequentemente o desenvolvimento de ações de saúde adequadas as necessidades de saúde daquela localidade. A APS deve ser altamente resolutiva frente aos problemas de saúde da população, promover a longitudinalidade do cuidado, coordenar o fluxo para os demais pontos da RAS e organizar a rede de saúde a partir das necessidades de saúde da população.

E a APS, cabe ainda ordenar:

O acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde [...] e deve ser fundado na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo e no critério cronológico, observadas as especificidades previstas para pessoas com proteção especial, conforme legislação vigente (Brasil, 2011, art. 11).

A coordenação do cuidado centrado na APS facilita o acesso dos usuários aos serviços da atenção secundária e terciária, permite um acompanhamento longitudinal centrado nas necessidades do indivíduo no tempo adequado, com qualidade e com a otimização dos recursos (Ouverney e Noronha, 2013).

Apesar de ordenar o acesso, a APS não é a única porta de acesso ao SUS descrita na legislação, sendo as demais: a atenção de urgência e emergência; a atenção psicossocial; e especiais de acesso aberto⁸ (Figura 8). Atenção primária é indicada como a porta prioritária / principal de acesso, que deve ocorrer preferencialmente em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) próxima a residência do usuário (MS, 2006, 2017b; Chagas e Vasconcellos, 2013; CNS, 2018).

No entanto, a consolidação da Atenção Primária como tal ainda é um desafio, tendo em vista a alta procura direta por atendimento nas Unidades de Pronto Atendimento 24 horas (UPA 24h) e nos hospitais (serviços de urgência e emergência)⁹, seja por desconhecimento pelo usuário da organização do sistema ou problemas de acessibilidade, incluindo o horário de atendimento e falta de profissionais de saúde nas UBSs (Chagas e Vasconcellos, 2013). O desafio se estende pela própria capacidade de implementação da política idealizada na realidade

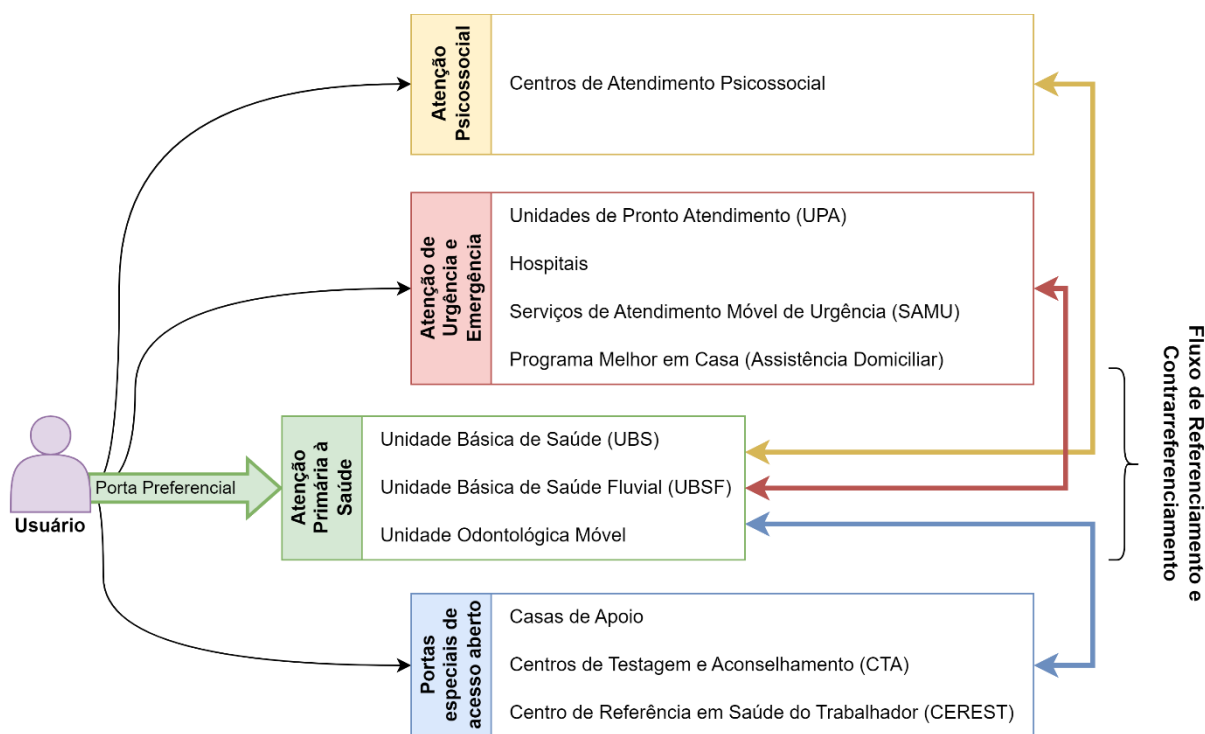
⁸ Alguns exemplos são as Casas de Apoio, Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST).

⁹ A Portaria nº 1.600/2011 do Ministério da Saúde prevê a atuação das UPAs 24h como apoio à Atenção Primária nos horários contrários de funcionamento das UBSs, impactando o fluxo das urgências e emergências com demandas que seriam resolvidas na APS (GONÇALVES et al., 2021).

do cotidiano, com estudos evidenciando a falta de comunicação entre os níveis de complexidade e a própria formação dos profissionais (Cecilio e Reis, 2018).

Levantamentos feitos pelo Projeto de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde (PROADESS/Fiocruz) demonstram uma queda acentuada do uso regular da APS pela população em todo o país, sendo na média de 54% em 2003 e 36% em 2019, enquanto no mesmo período a cobertura estimada da APS aumentou sistematicamente alcançando 74% da população brasileira em 2019¹⁰.

Figura 8 - Portas de Acesso ao SUS



Fonte: Conselho Nacional de Saúde. Carta dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária do SUS. 2018. Elaboração da autora.

O funcionamento das UBS deve observar a carga horária mínima de 40h semanais, 5 dias por semana e durante os 12 meses do ano. Embora a legislação não determine os dias e horários de funcionamento, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017 pontua que o serviço deve ser capaz de responder as necessidades da população residente e itinerante incluindo diferentes arranjos de dias e horários pactuados pela participação social e gestão local (MS, 2017b). A adequação dos

¹⁰ Disponível em: <https://www.proadess.iciet.fiocruz.br/>

horários de atendimento das UBSs pode ser de maneira temporária ou permanente, incluindo a possibilidade de ampliação da carga horária até 75h semanais e de recebimento de incentivo financeiro do Governo Federal com adesão ao Programa Saúde na Hora (MS, 2020).

A PNAB estabeleceu a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como modelo de reorganização da APS (MS, 2006, 2017b), veda qualquer tipo de exclusão, citando nominalmente a baseada por nacionalidade, e prevê a adoção de ações e estratégias “que permitam minimizar desigualdades/iniqüidades, de modo a evitar exclusão social de grupos que possam vir a sofrer estigmatização ou discriminação, de maneira que impacte na autonomia e na situação de saúde.”(MS, 2017a, art. 3º, § 3º e 4º). A ESF é operacionalizada pelas Equipes de Saúde da Família (eSF), composta por no mínimo um médico e um enfermeiro preferencialmente com formação em saúde da família, um técnico ou auxiliar de enfermagem e um agente comunitário de saúde (ACS).

A eSF tem entre suas atribuições realizar o diagnóstico situacional, o cadastramento domiciliar, desenvolver ações baseadas no diagnóstico e pactuada com a comunidade onde atua, visando o cuidado proativo aos problemas de saúde-doença ao longo do tempo e buscar parcerias com organizações e instituições sociais e promover espaço de cidadania.

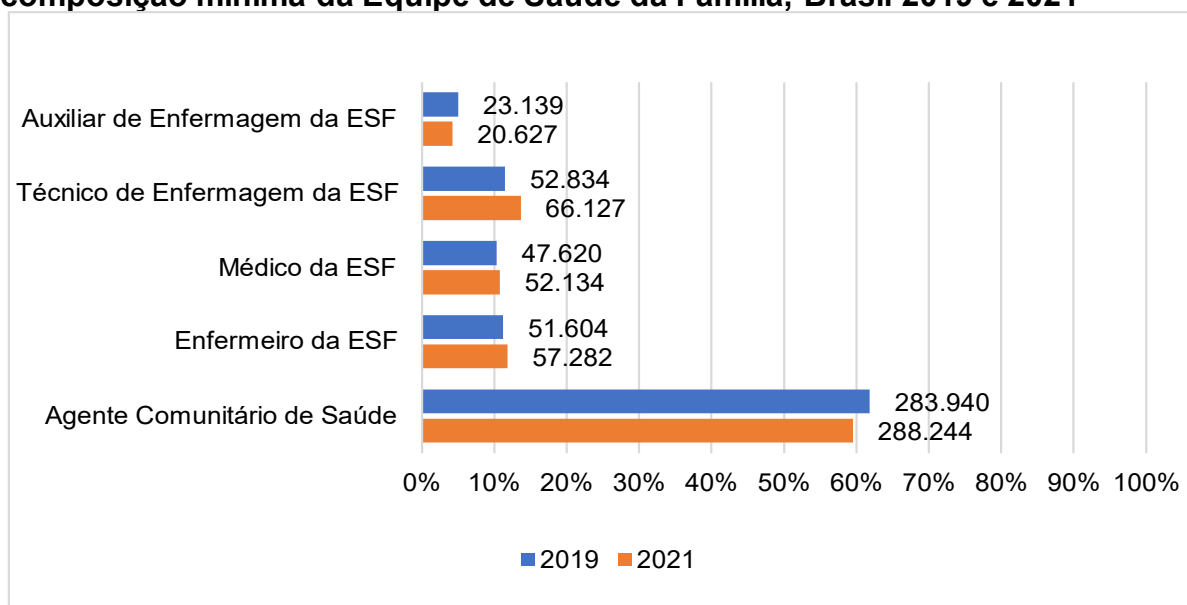
Destaco aqui a figura do ACS pelo conhecimento da região que possibilita a identificação de lideranças e parcerias para ações intersetoriais, por atuar na aproximação da APS a população adscrita e pelas funções de promoção da saúde, difusão de informações e orientação sobre o funcionamento e utilização dos serviços de saúde (MS, 2017a; Losco e Gemma, 2019; Oliveira *et al.*, 2022).

Losco e Gemma (2019) destacam a importância estratégica dos ACS e a contratação de migrantes para o exercício dessa função, para a inserção das populações migrantes aos serviços do APS. Conforme as autoras elaboram, além de reduzirem a barreira linguística e cultural, a vivência migratória do ACS migrante gera identificação entre os pares e reduz a desconfiança e o medo de penalidade e deportação pela aproximação dos serviços públicos, em particular dos indocumentados (Losco e Gemma, 2019).

Cada eSF será responsável por uma população adscrita entre 2.000 e 3.500 pessoas, outros arranjos de adscrição podem ser feitos considerando fatores como a vulnerabilidade social, especificidades territoriais e de riscos e dinâmicas comunitárias visando a equidade e ampliação do acesso desde que respeitado o limite máximo (MS, 2017a). Ademais, limita-se a 4 eSF por UBS e a quantidade máxima de eSF por município é calculada dividindo a população local por 2.000.

Segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e da Secretária de Atenção Primária à Saúde (SAPS)¹¹, o Brasil contava em dezembro de 2019 com 42.513 equipes na APS, incluindo equipes de saúde da família e equipes de atenção básica. Em 2021 esses números foram para 51.530, cobrindo 69,50% da população residente no Brasil. Em 2021, considerando a composição mínima estipulada pela PNAB de 2017, havia 484.414 profissionais atuando na APS a nível nacional (Gráfico 3).

Gráfico 3 - Comparativo do número de profissionais atuando na APS segundo composição mínima da Equipe de Saúde da Família, Brasil 2019 e 2021



Nota: Esses dados não incluem outros profissionais que atuam na APS, portanto representando apenas uma parcela da força de trabalho.

Fonte: CNES. Disponível em <https://cnes.datasus.gov.br/pages/profissionais/extracao.jsp>

¹¹ Painéis de Indicadores Atenção Primária à Saúde, Cobertura da APS PNS 2020-2023, disponível em: https://sisaps.saude.gov.br/painelsaps/cobertura_aps

A cobertura de Saúde Bucal que também integra a APS brasileira, é dividida em dois grupos: os vinculados a eSF com cobertura de 46,16% da população e as vinculadas a equipes de Atenção Básica (eAB) com cobertura de 56,61% no ano de 2021¹².

Fazem parte ainda do SUS, o subsistema de atenção à saúde indígena (Lei nº 9.836/1999) que visa prestar atendimento culturalmente adequado às populações indígenas. No entanto, no atual cenário esse subsistema não atende as populações indígenas migrantes no território nacional, como os indígenas Warao da Venezuela, que acessam o sistema de saúde regular. O subsistema de atendimento e internação domiciliar (Lei nº 10.424/2002) e o subsistema de acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, ambos contemplam os migrantes.

3.1.1. O acesso aos serviços de saúde por migrantes no Brasil

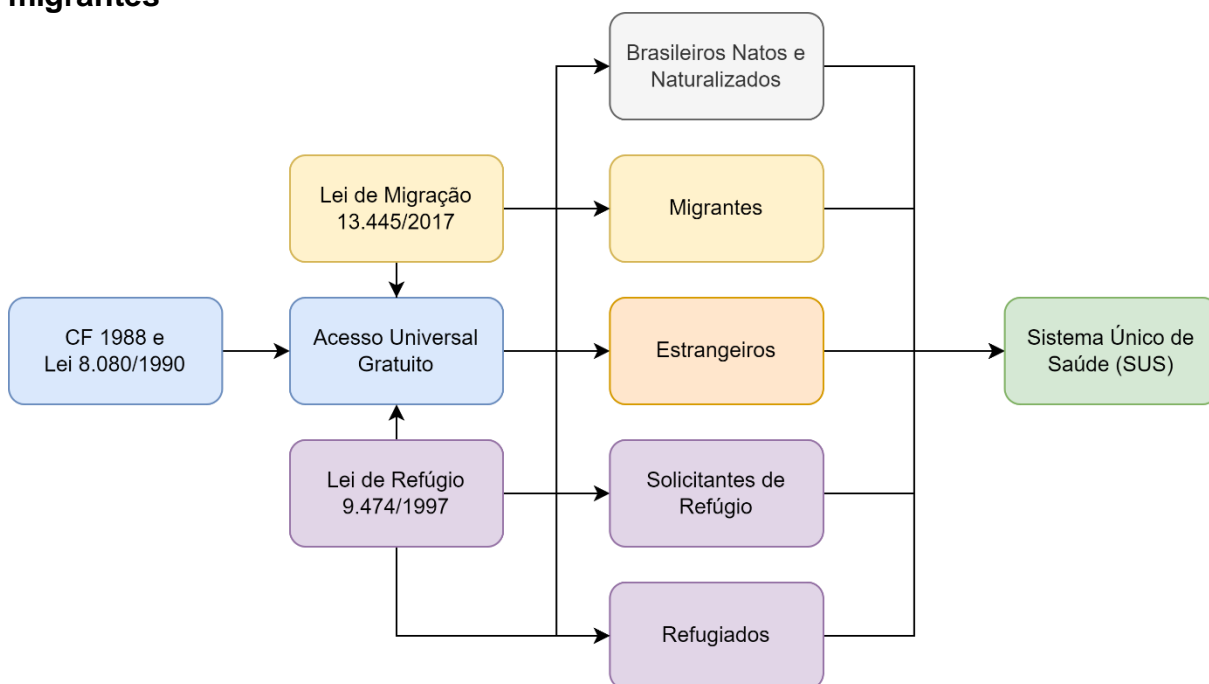
O direito à saúde e o acesso universal e gratuito para os migrantes são assegurados no contexto normativo brasileiro por vários dispositivos legais, como a Constituição Federal de 1988 (CF88) e nas demais legislações de saúde e migração em vigor (Figura 9).

Segundo a CF88, a saúde é direito de todos e dever do Estado que tem a incumbência de garantir o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, incluindo aqueles para promoção, prevenção e recuperação da saúde (BRASIL, 1988). Quanto a universalidade, a CF88 é explícita sobre sua aplicação tanto na cobertura quanto no atendimento, estabelece a igualdade perante a lei entre brasileiros e estrangeiros residentes no país, dentre estes, o direito à vida e à igualdade de direitos (BRASIL, 1988; Silva, 2006; Veronese e Machado, 2017).

Esses princípios são reiterados na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990 pela Lei 8.080, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde, ao conceber o direito à saúde como um direito humano fundamental, portanto inalienável, e adotar a definição ampliada de saúde que inclui o bem-estar físico, mental e social dos indivíduos e da coletividade (BRASIL, 1990).

¹² Painéis de Indicadores Atenção Primária à Saúde, Saúde Bucal, disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/painelsaps/saude-bucal>

Figura 9 - Legislações brasileiras que garantem o acesso ao SUS à pessoas migrantes



Elaboração da autora.

A legislação específica que rege a questão migratória, a Lei de migração nº 13.445/2017 (Brasil, 2017), aponta claramente os princípios e garantias do Estado brasileiro para com a pessoa migrante, incluindo explicitamente, dentre outros direitos o acesso aos serviços saúde, e avança ao garantir esses direitos independente da situação migratória do indivíduo. O disposto também se aplica aos refugiados, os solicitantes de refúgio e aos apátridas (Brasil, 2017, art. 26º e 121º).

Os refugiados ainda dispõem de legislação específica, a Lei nº 9.474/1997 – Lei do Refúgio, que embora não aborde diretamente o direito à saúde, evoca o artigo 23 da Convenção Relativa ao Estatuto do Refugiado de 1951 estipulando que “Os Estados Contratantes darão aos refugiados que residam regularmente no seu território o mesmo tratamento em matéria de assistência e de socorros públicos que é dado aos seus nacionais” (Brasil, 1997).

Outra legislação brasileira que se relaciona com a mobilidade humana forçada diz respeito às vítimas de tráfico de pessoas, para as quais é assegurada pela lei nº 13.444/2016 em seu artigo 6º inciso VI a “atenção integral às vítimas diretas e indiretas, independentemente de nacionalidade e de colaboração em investigações ou processos judiciais;” e do parágrafo 3º que define que “a assistência à saúde

prevista no inciso I deste artigo deve compreender os aspectos de recuperação física e psicológica da vítima” (Brasil, 2016).

Ainda, buscando dirimir qualquer questionamento sobre a garantia do acesso aos serviços de saúde no Brasil para migrantes e refugiados, foi solicitado via lei de acesso à informação manifestação do Ministério da Saúde sobre a matéria o qual retornou:

[...] que o entendimento desta Pasta é **que não existe óbice ao atendimento do estrangeiro em unidade de saúde pública**, considerando o preconizado pela Constituição Federal em seu art. 5º, caput, **não havendo espaço para discriminações**, sendo garantido ao estrangeiro ou ao nacional, *em caso de necessidade premente*, o atendimento junto ao Sistema Único de Saúde. [...]

Repisando, em havendo recusas de atendimento a estrangeiro nas unidades de saúde do SUS, impende ao gestor local a prestação de esclarecimentos, uma vez que lhe compete a organização da rede assistencial e da execução dos serviços de saúde no respectivo território, o que inviabiliza quaisquer providências junto a esta Pasta.

Por orientação da Coordenadora-Geral de Assuntos de Saúde e Atos Normativos, informo que esta Consultoria Jurídica possui entendimento consolidado, consoante pareceres anexos, no sentido de que *“a regra geral que impera é a impossibilidade de estrangeiro não residente ter acesso à assistência à saúde na esfera do SUS, salvo nas hipóteses de emergência e de existência de documento internacional vinculante no qual o Estado brasileiro tenha se obrigado a tal tipo de prestação”*. (via Lei de Acesso à Informação protocolo nº 25820.003037/2018-02)

Apesar de informar não haver impedimentos legais ao atendimento de estrangeiros pelo SUS, a comunicação do MS o delimita aos casos de “necessidade premente”, ou seja, urgência e emergência. Esse posicionamento é característico de uma interpretação conservadora dos dispositivos constitucionais acerca dos direitos sociais como direitos positivos, ou seja, onerosos ao poder público (Schwarz, 2016). Contudo, ao fazê-lo, acarreta a exclusão dos serviços de promoção e prevenção à saúde, estando em desacordo com a normativa supracitada em vigor e aos princípios da universalidade e integralidade do atendimento.

Quanto a limitação da cobertura de saúde pela distinção entre estrangeiros residentes e não residentes evocando o artigo 5º da CF88, Silva (2006) esclarece sobre o impedimento de fazê-lo apresentando quatro argumentos: a) o argumento óbvio, que descarta a interpretação apenas pelo sentido gramatical, defendendo o sentido geral de garantias de direitos dispostos na CF88; b) a dos direitos naturais, que aborda a impossibilidade de se legislar sobre o que é inerente a condição humana;

c) a dos direitos decorrentes, que se respalda nos tratados internacionais evocando o parágrafo 2º do artigo 5º da CF88¹³; d) o da dignidade humana.

Portanto, assumindo que a distinção de residência evidencia um conflito entre normas em vigor, e considerando o princípio da aplicação da norma que promova melhor benefício ao indivíduo (PIOVESAN, 2012), podemos evocar, por exemplo, o Protocolo de San Salvador, que estabelece a “Extensão dos benefícios dos serviços de saúde a todas as pessoas **sujeitas à jurisdição do Estado**” (OAS, 1988,art. 10º, § 2º alínea b, grifo nosso). Nesse sentido, a expressão “não residente” refere-se à jurisdição (ou aplicabilidade) da legislação ao território brasileiro e não a condição do indivíduo, portanto, assegurando a todos em território brasileiro a igualdade de direitos (Silva, 2006).

Dessa maneira, entende-se que a legislação nacional em concordância com os diplomas internacionais assegura amplamente o direito de acesso universal e gratuito das pessoas migrantes, solicitantes de refúgio e refugiadas aos serviços de saúde no Brasil independente de seu status migratório no país.

3.1.2. A Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal

Distintamente dos demais entes da federação, o Distrito Federal desde 1960 já possuía caráter universal, atendendo sem discriminação toda a população residente, modelo que só seria adotado pelo país como um todo a partir de 1988 com a criação do SUS (Göttems *et al.*, 2019). Ainda na vanguarda o Distrito Federal é berço da Atenção Primária do país com o primeiro projeto do tipo iniciado em 1975, mas como pontua Göttems *et al.* (2019), foi em 1979 que o modelo inspirado no sistema de saúde inglês, o NHS, foi adotado como política distrital para ampliação da cobertura e acesso da população com a criação de centros de saúde urbanos e rurais que contavam com clínicos gerais, ginecologistas, epidemiologistas e sanitaristas.

Entre 1995 e 1999 foi implementado de maneira concomitante com o modelo tradicional de APS adota em 1979, o Programa Saúde em Casa que se aproximava ao posterior modelo de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Dessa maneira,

¹³ Transcrição do referido artigo: “§ 2º Os direitos e garantias expressos nesta Constituição não excluem outros decorrentes do regime e dos princípios por ela adotados, ou dos tratados internacionais em que a República Federativa do Brasil seja parte.”

coexistiam dois modelos de APS no DF até 2017 com o Programa Converte APS, alinhada à demanda pela adoção do modelo ESF registrada pelo Conselho de Saúde do Distrito Federal, instância de participação social, através da resolução nº 465/2016 (Corrêa *et al.*, 2019).

Assim, em 2017 por meio das Portarias nº 77 e 78 a Secretaria de Estado de Saúde do DF reestrutura a APS adotando o modelo de Estratégia de Saúde da Família promovendo também a contratação e capacitação de profissionais de saúde com foco na medicina de família e comunidade (Tasca *et al.*, 2019). Em termos de cobertura, Tasca *et al.* (2019) destacam que em 2017 havia 277 eSF no DF e no ano seguinte totalizavam 549 equipes, passando de uma cobertura populacional de 34% para 69%, porém quando analisados localmente esses dados revelam que áreas de vulnerabilidade foram priorizadas e algumas alcançaram 100% de cobertura. A APS no DF ainda é composta por Equipes de Saúde Bucal (eSB) e os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB).

O sistema de saúde pública do DF é organizado em sete Regiões de Saúde (Figura 10) estabelecidas pelos Decretos nº 36.918, de 26 de novembro de 2015, e nº 37.057, de 14 de janeiro de 2016 (Gottens *et al.*, 2017) e que englobam duas ou mais Regiões Administrativas (RA), cada uma responsável por todos os níveis de atenção dentro do seu território, sendo gerida por sua respectiva Superintendência.

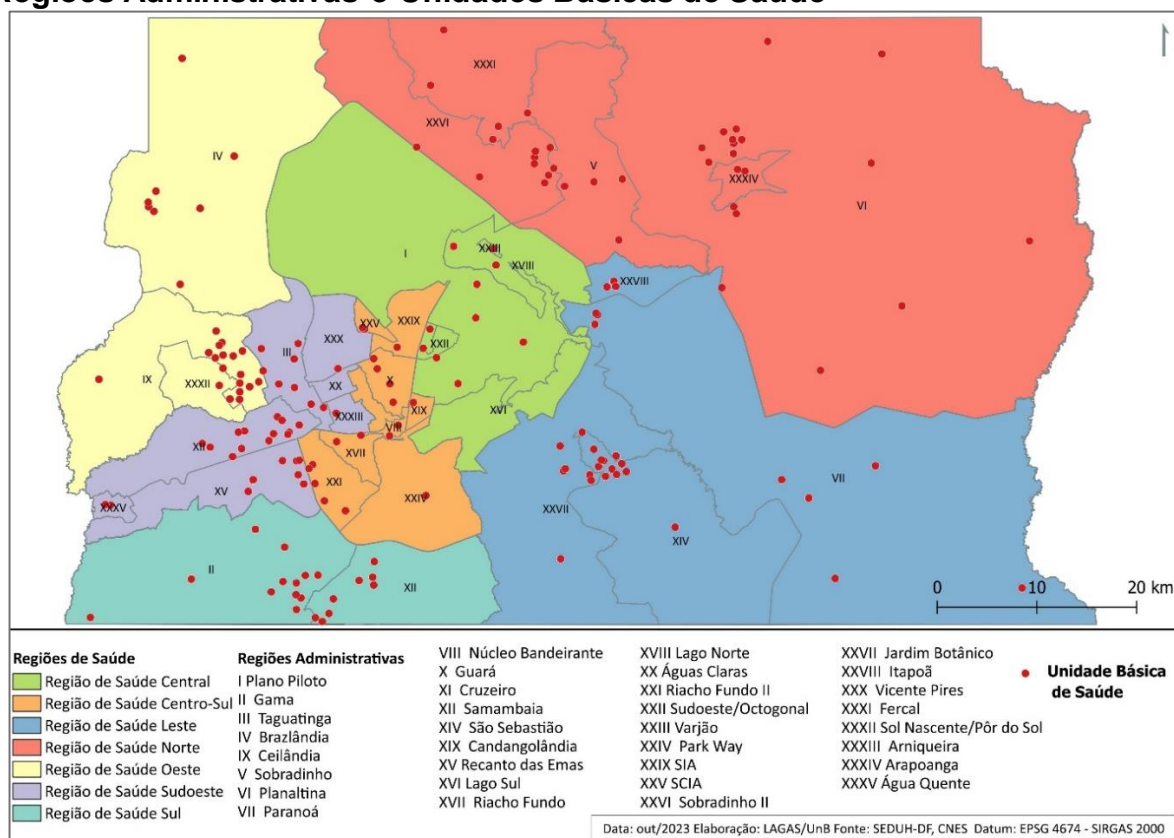
No DF, em outubro de 2023 havia 175 Unidades Básicas de Saúde distribuídas pelas Regiões de Saúde (Tabela 2). A RA I Plano Piloto tem seis UBS, sendo cinco pertencentes a Região de Saúde Central e uma a Região de Saúde Centro-Sul. A Região de Saúde Norte tem a maior concentração de UBS, 37, e abriga a RA com maior quantidade de UBS, RA VI Planaltina com 21 unidades. A única RA que não possui UBS é a XVI Lago Sul, área com a maior renda per capita do DF R\$10.979 (CODEPLAN, 2023).

Segundo o portal InfoSaúdeDF até outubro 2023 havia 1.739.763 usuários cadastrados na APS, sendo 6.616 com nacionalidade estrangeira e 155 naturalizados¹⁴. Contudo, não há detalhamento das nacionalidades dos estrangeiros cadastrados. Esse dado é próximo aos 6.751 cadastros de número SESDF com

¹⁴ Fonte: e-SUS AB Disponível em: <https://info.saude.df.gov.br/cadastro-individual/>. Último Acesso em 23/10/2023. Nota: Dados referentes a atualização de 23/10/2023 às 09:33:14 (horário de Brasília)

nacionalidade estrangeira entre 2010 e 2020, fornecido via lei de acesso à informação pela a SESDF em 2021. O ano com maior número desses registros foi 2016, majoritariamente de albaneses (Tabela 3). No entanto, não foram identificadas literatura ou em outras bases governamentais de dados que forneçam alguma justificativa para a concentração de registros dessa nacionalidade especificamente nesse ano.

Figura 10 - Mapa das Regiões de Saúde do Distrito Federal com indicação das Regiões Administrativas e Unidades Básicas de Saúde



Ao todo foram identificadas 150 nacionalidades, as 10 primeiras compreendem fluxos da América do Sul, América Central e África e Europa e correspondem a 37% do total de nº SESDF com indicação de nacionalidade (Tabela 3). Nesses grupos, considerando apenas os idiomas oficiais de cada país, podemos identificar ao menos oito línguas: espanhol, warao, amárico, creole, inglês, mandarim, albanês e português.

São poucas as menções aos migrantes em documentos relacionados a SESDF, o Protocolo do Acesso na Atenção Primária à Saúde do DF, as publicações Cuidado em Saúde Mental na APS no contexto da pandemia e pós-pandemia (COVID-

19), Manual de gerenciamento local da APS DF e a Nota Técnica nº 10 de 2018, este último o único específico sobre essa população (SESDF, 2018a).

Tabela 2 - Número de UBS por Região Administrativa e Região de Saúde do Distrito Federal 2023

Região Administrativa	Região de Saúde	Qtde de UBS
RA VI Planaltina	Região Norte	21
RA XIV São Sebastião	Região Leste	18
RA IX Ceilândia	Região Oeste	18
RA XII Samambaia	Região Sudoeste	13
RA II Gama	Região Sul	13
RA IV Brazlândia	Região Oeste	9
RA XV Recanto das Emas	Região Sudoeste	9
RA VII Paranoá	Região Leste	8
RA XVI Sobradinho II	Região Norte	7
RA III Taguatinga	Região Sudoeste	7
RA XIII Santa Maria	Região Sul	7
RA I Plano Piloto	Região Central / Região Centro-Sul*	6
RA V Sobradinho	Região Norte	6
RA X Guarã	Região Centro-Sul	5
RA XXI Riacho Fundo II	Região Centro-Sul	5
RA XXVIII Itapoã	Região Leste	3
RA XXXI Fercal	Região Norte	3
RA XI Cruzeiro	Região Central	2
RA VIII Núcleo Bandeirante	Região Centro-Sul	2
RA XVII Riacho Fundo	Região Centro-Sul	2
RA XXV SCIA/Estrutural	Região Centro-Sul	2
RA XX Águas Claras	Região Sudoeste	2
RA XVIII Lago Norte	Região Central	1
RA XXIII Varjão	Região Central	1
RA XIX Candangolândia	Região Centro-Sul	1
RA XXIV Park Way	Região Centro-Sul	1
RA XXIX SIA	Região Centro-Sul	1
RA XXVII Jardim Botânico	Região Leste	1
RA XXX Vicente Pires	Região Sudoeste	1
Total		175

Nota: *A UBS 1 DCCP Localizada na RA I Plano Piloto, mas faz parte da Região de Saúde Centro-Sul, sendo a única com atuação de duas regiões de saúde.

Fonte: InfoSaúdeDF. Disponível em <https://info.saude.df.gov.br/ubssalasi/> Atualização 19/10/2023 às 09:50:04.

O Protocolo faz apenas uma menção aos migrantes no item IV - Classificação de Risco e Avaliação de Vulnerabilidades ao exemplificar populações que podem ter

o acesso dificultado aos serviços de saúde devido ao contexto social pela “perda ou fragilidade de vínculos de afetividade, pertencimento e sociabilidade (ex.: pessoa em situação de rua, imigrantes);” (SESDF, 2018b p. 16).

Tabela 3 - Principais países de origem dos números SESDF emitidos entre 2010-2020 e no ano de 2016 isoladamente

2010-2020			2016		
PAÍS DE NACIONALIDADE	TOTAL	% TOTAL	PAÍS DE NACIONALIDADE	TOTAL	% TOTAL
Venezuela	607	37%	Albânia	84	48%
Colômbia	368		Bolívia	57	
Abissínia*	284		Açores	52	
Argentina	207		Abissínia*	38	
Haiti	187		Colômbia	37	
Bolívia	183		Argentina	30	
Albânia	167		Portugal	27	
Portugal	162		Gana	25	
Peru	162		Estados Unidos da América	22	
Cuba	140		China	22	
Demais Nacionalidades	4.284		63%	Demais Nacionalidades	
Total	6.751	100%	Total	833	100%

Nota: * Abissínia é atualmente a Etiópia.

Fonte: SESDF, SEI nº 0006000524169202170.

A publicação Cuidado em Saúde Mental na APS no contexto da pandemia e pós-pandemia (COVID-19) voltado para os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica, cita migrantes e refugiados na exemplificação de populações em situação vulnerável sem pormenorizar conceitos e aspectos desses grupos (SESDF, 2021a).

No Manual de gerenciamento local da APS DF a população migrante e refugiada é abordada brevemente quanto ao direito de acesso e conceituação no item que trata da Atenção à saúde da população em situação vulnerável, sendo uma das onze populações especificadas nesse grupo. Também é o único desses documentos que direciona o leitor para a Nota Técnica nº 10/2018 (SESDF, 2021b).

A Nota Técnica nº 10 (SESDF, 2018a) apresenta a base legal do direito ao acesso, os conceitos de migrante e refugiado, esclarece que a apresentação de documentos de identificação e residência não pode ser condicionante ao atendimento, aponta alguns desafios no atendimento e orienta sobre ações de imunização e mapeamento no território. A nota reconhece que as características linguísticas, culturais, epidemiológicas e de morbidade das populações migrantes exigem

organização da APS para “para garantir a integralidade e equidade do cuidado, e buscando acesso e comunicação efetiva com usuário.” (SESDF, 2018a, p. 2-3).

Além disso, alerta os profissionais de saúde sobre as condições de vida sub-humanas e as diversas violências as quais essa população está suscetível, como trabalho análogo ao escravo e tráfico de pessoas, e orienta que sejam tomadas as ações necessárias junto aos órgãos competentes. Recomenda ainda que a APS em parceria com outros órgãos e atores sociais atuem para viabilizar documentos e matrícula em curso de língua portuguesa para os migrantes.

Apesar de abordar temas sensíveis aos migrantes como o trabalho precário ou análogo a escravidão, o tráfico de pessoas, viabilização de documentação e orientar quanto ao trabalho conjunto com outras áreas do governo, em especial as de assistência social, o documento não apresenta informações sobre a Gerência de Atenção à Saúde de Populações em Situação Vulnerável e Programas Especiais (GASPVP) responsável pela pauta na SESDF e que tipo de apoio pode oferecer aos profissionais da ponta.

Ainda destacamos na nota as referências as barreiras linguísticas e o desconhecimento sobre os serviços de saúde, dois pontos importantes para viabilizar o acesso dos migrantes. Porém, não orienta que as equipes expliquem o funcionamento do SUS e a APS nem fornece material informativo sobre o assunto voltado aos migrantes. A solução apresentada para a barreira linguística - matrícula em curso de português - embora válida e recomendada é uma medida de médio e longo prazo e não minimiza as dificuldades de comunicação imediatas (e em curto prazo) que prejudicam o cumprimento das demais determinações da nota.

3.1.3. Gerência de Atenção à Saúde de Populações em Situação Vulnerável e Programas Especiais (GASPVP/SESDF)

O decreto 28.011/2007 é o registro mais antigo localizado nos documentos públicos da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SESDF) que incluem a GASPVP¹⁵ em sua estrutura dentro da Diretoria de Atenção Primária à Saúde e Estratégia da Saúde da Família. Sobre as competências da GASPVP, foram

¹⁵ O nome da gerência nesse decreto é Gerência de Atenção à Saúde de Populações em Situação Vulnerável. Optou-se por manter o nome atual no decorrer do texto para facilitar a compreensão.

encontrados dois decretos, o primeiro datado de 2013 e o segundo de 2018, em vigência (Quadro 8).

Quadro 8 - Comparativo de Competências da GASPVP em 2013 e 2018

DECRETO Nº 34.213 DE 14/03/2013	DECRETO Nº 39.546 DE 19/12/2018
<p>Art. 408. À Gerência de Atenção à Saúde de Populações em Situação Vulnerável, unidade orgânica de direção, diretamente subordinada à Diretoria de Áreas Estratégicas, compete:</p> <p>I - planejar, coordenar e supervisionar as ações em saúde para populações em situação vulnerável;</p> <p>II - promover o acesso qualificado aos serviços de saúde a grupos populacionais em situação vulnerável;</p> <p>III - fomentar a participação popular dos movimentos sociais na construção das políticas públicas de saúde voltadas para grupos minoritários;</p> <p>IV - avaliar e monitorar a implantação de programas estratégicos desenvolvidos em saúde para populações em situação vulnerável no Distrito Federal;</p> <p>V - coordenar o acompanhamento das condicionalidades de saúde dos beneficiários de programas de inclusão social; e</p> <p>VI - desenvolver outras atividades que lhe forem atribuídas na sua área de atuação.”</p> <p>Art. 409. Ao Núcleo de Programas Estratégicos, unidade orgânica de execução, diretamente subordinada à Gerência de Atenção à Saúde de Populações em Situação Vulnerável, compete:</p> <p>I - promover e monitorar as ações de atenção primária à saúde, voltadas às populações em situação de vulnerabilidade, considerando suas especificidades;</p> <p>II - implementar programas estratégicos na atenção às populações em situação vulnerável;</p> <p>III - identificar grupos populacionais em situação de vulnerabilidade biopsicossocial;</p> <p>IV - supervisionar as unidades de referência no atendimento às pessoas em situação de vulnerabilidade no Distrito Federal; e</p> <p>V - executar outras atividades que lhe forem atribuídas na sua área de atuação.</p>	<p>Art. 125. À Gerência de Atenção à Saúde de Populações em Situação Vulnerável e Programas Especiais - GASPVP, unidade orgânica de execução, diretamente subordinada à Diretoria de Áreas Estratégicas da Atenção Primária, compete:</p> <p>I - elaborar e propor normas e diretrizes relacionadas à atenção à saúde de populações em situação vulnerável, no âmbito do Distrito Federal, em consonância com as políticas voltadas à saúde de populações específicas e políticas de promoção da equidade em saúde;</p> <p>II - apoiar as Regiões de Saúde na implementação das políticas públicas e programas especiais dirigidos à saúde de populações em situação vulnerável;</p> <p>III - monitorar e avaliar os indicadores relacionados à saúde de populações em situação vulnerável e programas especiais;</p> <p>IV - monitorar as condicionalidades de saúde dos beneficiários do Programa Bolsa Família;</p> <p>V - planejar, monitorar e avaliar a execução orçamentária relacionada à saúde de populações em situação vulnerável e programas especiais; e</p> <p>VI - executar outras atividades que lhe forem atribuídas na sua área de atuação.</p>

Em 2018 o Núcleo de Programas Estratégicos é extinto e as competências da GASPVP são alteradas, sendo suprimidas importantes competências de planejar, coordenar e supervisionar ações de saúde, promover o acesso e de “fomentar a

participação popular dos movimentos sociais na construção das políticas públicas de saúde voltadas para grupos minoritários;” e a competência do Núcleo de Programa Estratégicos de “identificar grupos populacionais em situação de vulnerabilidade biopsicossocial;”. Dessa maneira, tornando a atuação da gerência mais voltada ao monitoramento, avaliação e orientação.

Embora não tenha sido localizado qualquer documento oficial que defina quais populações vulneráveis estão no escopo da GASPVP, a página da gerência dentro do site da SESDF em março de 2021 não fazia menção a essa população. Durante entrevista realizada com participante vinculada a pasta no mesmo período, a participante (GGOVDF01BR) esclareceu ter ciência da ausência da informação e informou que já havia solicitado a atualização dos dados.

Em buscas realizadas no site da SESDF uma semana após a realização da referida entrevista foi identificada a inserção de informações em português sobre o atendimento de pessoas migrantes, refugiadas e apátridas na descrição das populações atendidas nas Unidades Básicas de Saúde. Além de informações sobre a documentação não ser condicionante para o atendimento, destaca-se a indicação de que o campo nacionalidade é de preenchimento obrigatório e a importância de seu registro para promoção da equidade e formação de profissionais.

Sobre o levantamento de dados para o mapeamento das populações vulneráveis no geral e suas necessidades, a participante esclarece que são utilizados vários mecanismos, desde sistemas informatizados do sistema de saúde como o E-SUS e o CNES ao preenchimento manual de planilha no Excel e pontuou que no caso dos refugiados também consultam as organizações da sociedade civil, nomeadamente o Instituto Migração e Direitos Humanos (IMDH) e a Cáritas.

Tendo em vista que as solicitações de dados via lei de acesso à informação sobre atendimentos à migrantes na APS do DF foram respondidas alegando a ausência de dados, infere-se que essa miríade de potenciais fontes de dados pode não ser suficiente para subsidiar a gerência com informações, impactando na atuação junto à população migrantes.

3.2. Sistema de Saúde Neerlandês

O Sistema de Saúde Neerlandês (SSN) em vigor foi instituído em 2006 pelo *Healthcare Insurance Act* (Lei do Seguro de Saúde), adotando um sistema universal híbrido, combinando elementos públicos e privados, baseado na tradição bismarckiana de seguro social de saúde obrigatório (Wammes, Niek e Westert, 2020). No modelo de Bismarck ou modelo de Seguro Social de Saúde, a governança do sistema de saúde é compartilhada entre o governo, organizações profissionais e seguradoras de saúde sem fins lucrativos no qual cada indivíduo paga o seguro saúde obrigatório para um fundo que em troca garante o atendimento de saúde, sendo cofinanciado também pelo Estado e pelos empregadores (Fleury e Ouverney, 2012; Kroneman *et al.*, 2016; Chung, 2017; Serapioni e Tesser, 2019).

No caso neerlandês, o Estado tem papel reduzido, sendo responsável por estipular a cobertura mínima dos seguros de saúde, o orçamento para saúde, o controle da qualidade, acesso/acessibilidade, controle de custos e a fiscalização da competição justa entre seguradoras e segurados (Kroneman *et al.*, 2016; VWS, 2016). A lógica de competição de mercado atua também como balizadora da qualidade, uma vez que, anualmente os segurados podem mudar de seguradora escolhendo a que avalie oferecer melhor benefício ou preço (VWS, 2016). Enquanto, a operacionalidade do sistema é feita por usuários, seguradoras e prestadores de serviço organizados em associações (Figura 11).

O pagamento do seguro é responsabilidade do indivíduo no caso de maiores de 18 anos, enquanto o governo subsidia os custos para menores de idade. Pessoas de baixa renda podem se aplicar para receber um subsídio governamental para ajudar a cobrir os custos com o seguro de saúde (Kroneman *et al.*, 2016; Wammes, Niek e Westert, 2020).

Cabe também ao governo determinar as prioridades de saúde e monitorar o acesso, qualidade e custo. A reforma do sistema de saúde também aumentou a descentralização dos cuidados de saúde dando maior autonomia aos municípios (Wammes, Niek e Westert, 2020).

O novo SSN, centrado na demanda dos usuários, prevê o acesso universal ao seguro básico de saúde, porém não a cobertura universal, e o financiamento é regido pelo princípio da solidariedade social, ou seja, todos contribuem (indivíduos, empresas

limitações na cobertura, como o atendimento na atenção primária em clínicas específicas, muitas vezes localizadas dentro dos próprios centros de acolhimento (Kroneman *et al.*, 2016, p. 163).

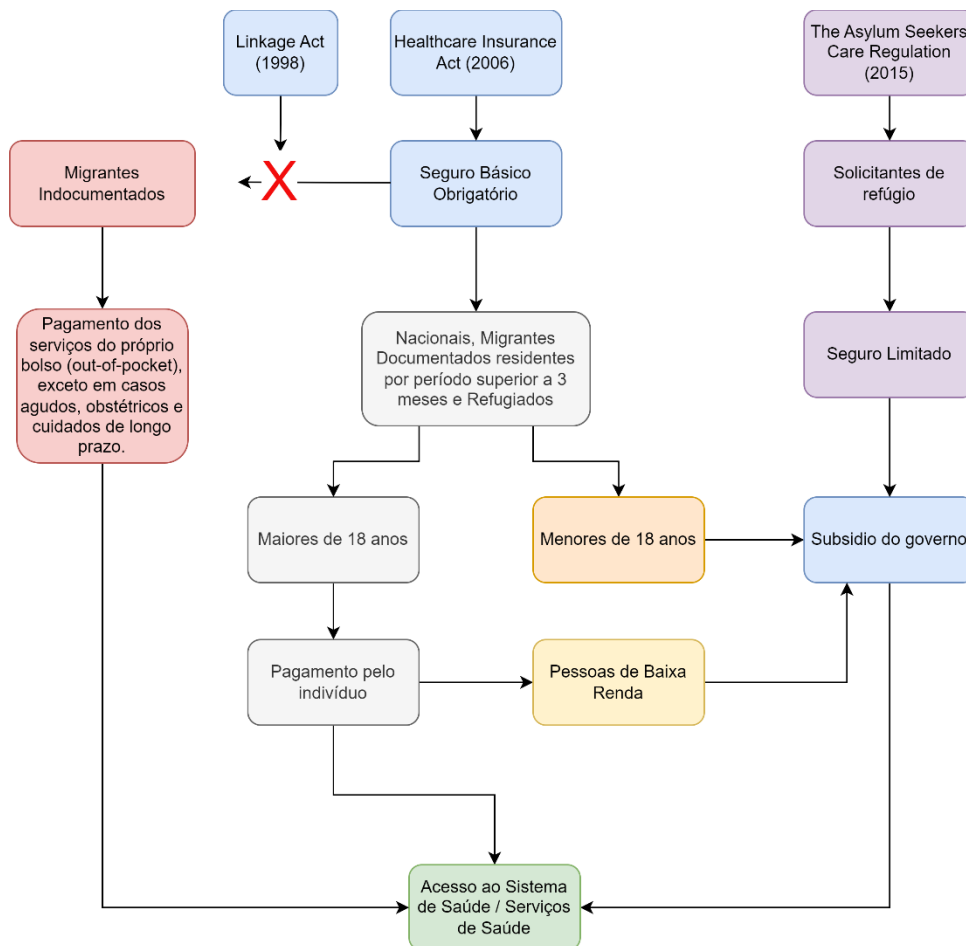
Os migrantes indocumentados, por não possuírem o número de atendimento ao cidadão (*BSN - Citizen Service Number*), requisito documental imposto pelo *Linkage Act* de 1998, não podem aderir a um seguro. Apesar disso, Hintjens, Siegmann e Staring (2020) ressaltam que a legislação neerlandesa é uma das mais permissivas na Europa no que tange o acesso à saúde por migrantes indocumentados, pois por meio de políticas de compensação garante acesso a todos os níveis de cuidado, não admitindo que os prestadores de serviços façam discriminação entre pacientes segundo seu status migratório, preconizando que sejam oferecidos os cuidados medicamente necessários de acordo com os padrões profissionais geralmente aceitos.

A legislação neerlandesa prevê o acesso dos migrantes indocumentados aos cuidados de saúde mediante pagamento do próprio bolso, ainda prevê que o profissional de saúde pode solicitar ao governo o reembolso pelos serviços prestados, caso seja comprovado que o paciente não segurado não tenha condições de arcar com os custos (Kroneman *et al.*, 2016; Hintjens, Siegmann e Staring, 2020; Wammes, Niek e Westert, 2020). Contudo, as organizações europeias reconhecem que esta circunstância pode representar “uma barreira administrativa e financeira intransponível para os migrantes indocumentados, o que poderia deixá-los de fato sem os cuidados [de saúde] necessários” (OECD e EOHSP, 2017, p. 10). A Figura 12 esquematiza os meios de acesso ao sistema de saúde neerlandês, enquanto a Figura 13 o acesso à atenção primária de acordo com os grupos de pacientes.

O seguro de saúde básico-padrão (mínimo a ser oferecido pelas seguradoras) é determinado pelo governo e inclui consultas com o clínico geral / médico de família (*General Practitioners*), cuidados relativos à maternidade, farmacêutico, saúde mental, cuidados hospitalares e cuidados de enfermagem ao domicílio (VWS, 2016). O valor é determinado pelas seguradoras com base no rateio pela comunidade (*community-rated premium*) sendo igual para todos os segurados que possuem a mesma apólice dentro da mesma seguradora, sem diferenciação por idade ou

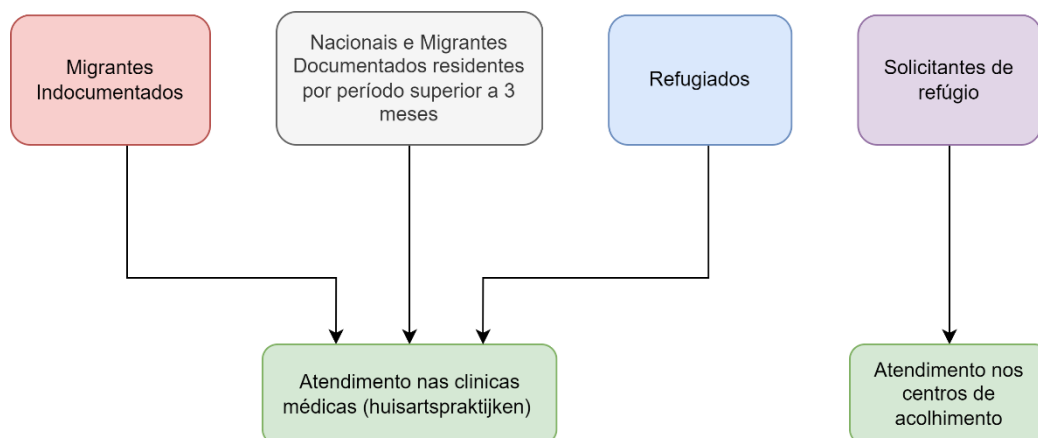
condição de saúde. Em 2021, o valor médio estimado do seguro básico foi de 120¹⁶ euros mensais.

Figura 12 - Acesso ao Sistema de Saúde Neerlandês



Elaboração da autora.

Figura 13 - Acesso à Atenção Primária nos Países Baixos



Elaboração da autora.

¹⁶ Informação disponível em <https://www.zorgwijzer.nl/faq/expats>. Acessado em 01/01/2022.

Além desse valor, os usuários devem pagar do próprio bolso pelo uso de certos serviços cobertos pelo seguro, entre eles estão exames de sangue, transporte de ambulância, raio-x, cuidados de saúde mental e consultas com especialistas¹⁷, até que se atinja o valor de excesso obrigatório (*mandatory deductible excess*) estipulado em 385 euros de 2016 até 2022¹⁸ (OECD e EOHSP, 2021). Após isso, esses serviços passam a ser custeados pelo seguro. O segurado também pode voluntariamente escolher por um valor maior de excesso, até o limite de 500 euros, para reduzir o valor do seguro básico (Wammes, Niek e Westert, 2020). Em suma, se utilizar apenas os serviços de saúde cobertos pela seguradora, o custo anual individual com saúde pode chegar a 1.825 euros.

As seguradoras de saúde são obrigadas a aceitar todos que solicitem adesão ao seguro básico, em 2016 foi estimado que apenas 0,2%, em torno de 23.000 pessoas residentes nos Países Baixos não possuíam o seguro básico obrigatório (Wammes, Niek e Westert, 2020). No entanto, nem todos os serviços e tratamentos estão cobertos pelo seguro básico, como, por exemplo, fisioterapia e odontologia e transplantes de órgãos que são oferecidos como seguros adicionais. Contudo, a contratação de seguros adicionais está condicionada a avaliação das seguradoras que podem negar a adesão de usuários baseadas, por exemplo, no estado de saúde geral.

No caso dos transplantes de órgãos não cobertos por seguradora e, portanto, sendo custeado direto do bolso pelo paciente, seus valores máximos são controlados pela Autoridade Neerlandesa de Saúde (NZa - *Dutch Health Authority*) (Kroneman *et al.*, 2016). Portanto, acesso aos serviços de saúde ocorre de três maneiras: seguro de saúde básico obrigatório, seguros adicionais e pagamentos do próprio bolso (alguns podem ser reembolsáveis).

Ainda formam a base legal do sistema de saúde: o *Long-Term Care Act* (Lei de cuidados de longo prazo), que trata dos cuidados de longo prazo à idosos e pessoas com deficiências físicas e/ou mentais graves; o *Social Support Act* (Lei de Apoio Social, que trata da cobertura de saúde para pessoas de baixa renda ; e, o *Youth Act*

¹⁷Informação disponível em <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/eigen-risico-zorgverzekering>. Acessado em 01/01/2022.

¹⁸Informação disponível em <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/eigen-risico-zorgverzekering>. Acessado em 06/01/2022

(Lei da Juventude), que estabelece a cobertura governamental do seguro saúde para menores de 18 anos.

Os serviços de saúde são prestados por entes privados. Na atenção primária por profissionais de saúde autônomos, organizados em clínicas particulares, os hospitais tendem a ser especializados e de dois tipos: sem fins lucrativos (a maioria) e os hospitais universitários são (EC, 2016; Kroneman *et al.*, 2016).

A atenção primária é forte e atua como “*gatekeeper*”, sendo definida pela Autoridade Neerlandesa de Saúde (NZa) como de baixa complexidade de caráter ambulatorial focado na coordenação e continuidade do cuidado focado na pessoa e seu ambiente, prestado nas proximidades/vizinhança do paciente (NZa, 2022).

Como controladora do fluxo para os demais níveis de assistência, é obrigatório o encaminhamento do *General Practitioner* (GP) para atendimentos especializados e hospitalares não emergenciais. Esses profissionais atendem a uma ampla gama de demandas de saúde como procedimentos ginecológicos (exceto acompanhamento pré-natal, parto e cuidados da maternidade durante a primeira semana pós-parto) e cuidados de saúde mental, tendo um percentual de resolutividade dentro da atenção primária de 93% das demandas de saúde (Kroneman *et al.*, 2016, p. xxiii). No próximo tópico são detalhadas as principais características da APS neerlandesa.

3.2.1. Atenção Primária Neerlandesa

Nos Países Baixos a Atenção Primária é a porta de entrada exclusiva ao sistema de saúde para casos sem risco à vida, funciona 24 horas por dia, 7 dias por semana. Nos horários contrários ao funcionamento das clínicas (segunda a sexta-feira das 8h às 18h), o paciente pode ligar para o telefone de plantão da clínica (quando disponível) ou buscar atendimento no Posto de Clínica Geral (*Huisartsenpost*) da sua região. Dessa maneira, qualquer queixa de saúde que não ameace a vida passa obrigatoriamente pela APS, e o atendimento pode ser feito pelo GP ou outro profissional como a assistente do GP ou enfermeiro, seja por telefone, e-mail ou pessoalmente.

Os atendimentos sem urgência no hospital, por exemplo, necessitam ter encaminhamento do GP e geralmente são agendados pela APS. Caso a pessoa se dirija diretamente ao hospital com uma queixa sem risco a vida e sem

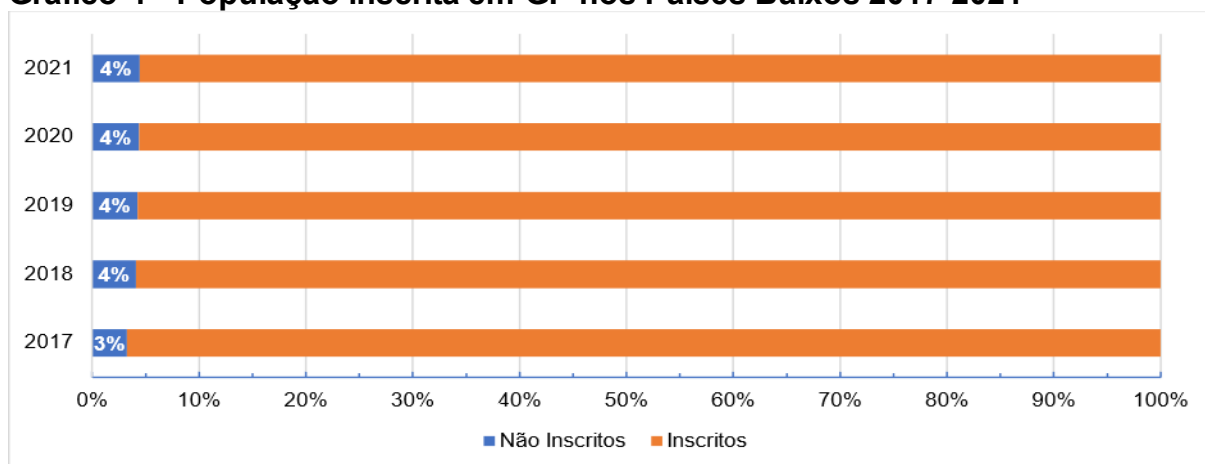
encaminhamento do GP, será orientada a buscar o seu GP ou o *Huisartsenpost*. Consultas com especialistas também só ocorrem mediante encaminhamento do GP, similar ao funcionamento da APS brasileira.

Por esse motivo, todo residente no país é orientado a se registrar junto a um GP que atua de maneira regionalizada por bairros, o segurado pode escolher e mudar livremente de GP, assim como o GP pode recusar pacientes alegando alta demanda ou mesmo a distância entre a residência do paciente e a clínica (Kroneman *et al.*, 2016; SZW, 2016; Wammes, Niek e Westert, 2020).

Segundo dados do NZa, entre 2017 e 2021 em média 4% da população não estava inscrita junto a um GP (Gráfico 4), representando uma alta cobertura da população. Porém, não foram localizados dados desagregados por antecedente de migração nem uma explicação sobre os potenciais motivos da não inscrição no GP, por exemplo, recém-chegados ou desconhecimento da orientação.

Entre 2000 e 2021 houve um aumento de 56% no registro de clínicos gerais/médicos de família atuando na atenção primária (GP), passando de 8.626 para 13.492, uma densidade de 7,7 por 10.000 habitantes (Flinterman *et al.*, 2022). Em 2019, ano da realização da pesquisa, haviam 12.766 GPs registrados, correspondendo a densidade de 7,4¹⁹ e 5.677 clínicas de atenção primária no país (Batenburg, Velden e Vis, 2019).

Gráfico 4 - População inscrita em GP nos Países Baixos 2017-2021



Fonte: NZA <https://www.nza.nl/zorgsectoren/huisartsenzorg/kerncijfers-huisartsenzorg> | CBS <https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/85644NED/table?dl=955D1>. Elaboração da autora.

¹⁹ Cálculo realizado com base na população dos Países Baixos em 2019 de 17.282.163 habitantes. Disponível em <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/85496NED/table?dl=936A8>. Acesso em 18/07/2023.

Não foi encontrada informação sobre regulamentação para composição mínima das clínicas de atenção primária, mas além dos GP, também atuam Médicos assistentes (*Physician Assistant*), Enfermeiros de Prática Avançada em Doenças Crônicas (*praktijkondersteuner huisartsen somatiek*, POH-S)²⁰, Enfermeiros de Prática Avançada em Saúde Mental (*praktijkondersteuner huisartsen voor geestelijke gezondheidszorg*, POH-GGZ)²¹ e Assistentes dos Médicos (*Doktersassistent – DA*)²². Cabe ressaltar que a formação para POH é a nível de pós-graduação. A Autoridade Neerlandesa de Saúde desde 2018 estipula um número médio de 2.095 pacientes por GP e 2.350 por POH-GGZ (NZa, 2018).

Nos Países Baixos a categoria Enfermeiros de Práticas Avançadas (*Nurse Practitioners*, NP)²³, em neerlandês *Verpleegkundig Specialisten*, foi regulamentada em 2001. Para obterem o registro esses profissionais devem possuir obrigatoriamente formação em nível de bacharelado em enfermagem, mínimo de 2 anos de experiência na área e mestrado de 2 anos em Universidade de Ciências Aplicadas²⁴ (Freund *et al.*, 2015, p. 735, 740). São reconhecidas pelo governo as especialidades de NP em cuidados preventivos, cuidados agudos, cuidados crônicos, cuidados intensivos e cuidados mentais.

Os NPs atuam aliando conhecimentos da área da enfermagem e da medicina, têm autonomia para “executar e delegar os seguintes procedimentos: cateterismo, desfibrilação, cardioversão, endoscopia, injeção, punção, prescrição de medicamentos sujeitos a receita médica e procedimentos cirúrgicos simples” (Kappert

²⁰ POH-S: apoia o clínico geral e assiste pacientes com condição física crônica, como diabetes mellitus, asma/DPOC e doença cardiovascular. Entre outras coisas, fornece informações sobre a doença, orienta o paciente quanto ao uso de medicamentos e mudanças no estilo de vida e realiza exames de controle. Fonte:

https://kennisbank.patientfederatie.nl/app/answers/detail/a_id/1813/~praktijkondersteuner-huisarts-%28poh%29

²¹ POH-GGZ: apoia o clínico geral na supervisão e tratamento de pacientes com problemas psicológicos, psicossociais ou psicossomáticos. Fonte:

https://kennisbank.patientfederatie.nl/app/answers/detail/a_id/1813/~praktijkondersteuner-huisarts-%28poh%29

²² DA: auxilia os clínicos em diversas atividades rotineiras como agendamento de consultas, triagens e procedimentos médico-técnicos como curativos, suturas, eletrocardiogramas, coleta de sangue, administra medicamentos, injeções. Se assemelha ao Técnico de Enfermagem no Brasil. Fonte: <https://www.nvda.nl/het-beroep/>

²³ No Brasil se equiparam aos Enfermeiros de Práticas Avançadas (EPA).

²⁴ Nos Países Baixos as Universidades de Ciências Aplicadas oferecem cursos orientados para a prática profissional, enquanto as demais universidades são orientadas para a pesquisa acadêmica.

e Hoop, De, 2019, p. 5). No começo de 2019 os NP representavam uma força de trabalho de cerca de 3.600 profissionais ativos alocados em todos os níveis de complexidade.

A acessibilidade geográfica à Atenção Primária nos Países Baixos é um dos pontos fortes reconhecidos pela literatura (Loenen, Van *et al.*, 2016; Fullman *et al.*, 2018; OECD e EOHSP, 2021). Em 48% dos 355 municípios têm no mínimo 3 consultórios de GP por raio de 3 quilômetros, sendo a média nacional de 9,6. No entanto, quando se analisa a distância entre o usuário e os consultórios mais próximos, na maior parte dos municípios (86%) fica em um raio de até 1,5 quilômetro. De modo geral, isso representa que os usuários podem acessar a atenção primária ou o GP se deslocar até a residência do paciente mais facilmente, incluindo de bicicleta ou caminhando, o segundo e terceiro meios de locomoção mais utilizados no país (Harms e Kansen, 2018).

A proximidade é um dos fatores preponderantes na escolha do GP, 99% usuários estão registrados em clínicas dentro do próprio bairro, sendo que apenas 0,15% da população leva mais do que 10 minutos de deslocamento de carro até a clínica mais próxima (OECD e EOHSP, 2021). O tempo de espera por uma consulta também é curto, no geral no máximo 2 dias e os usuários também contam com atendimento fora do horário de funcionamento da clínica, geralmente a noite e finais de semana, por meio de telefone e, se necessário, um GP poderá atendê-lo em casa ou mesmo encaminhá-lo ao pronto-socorro (Kroneman *et al.*, 2016).

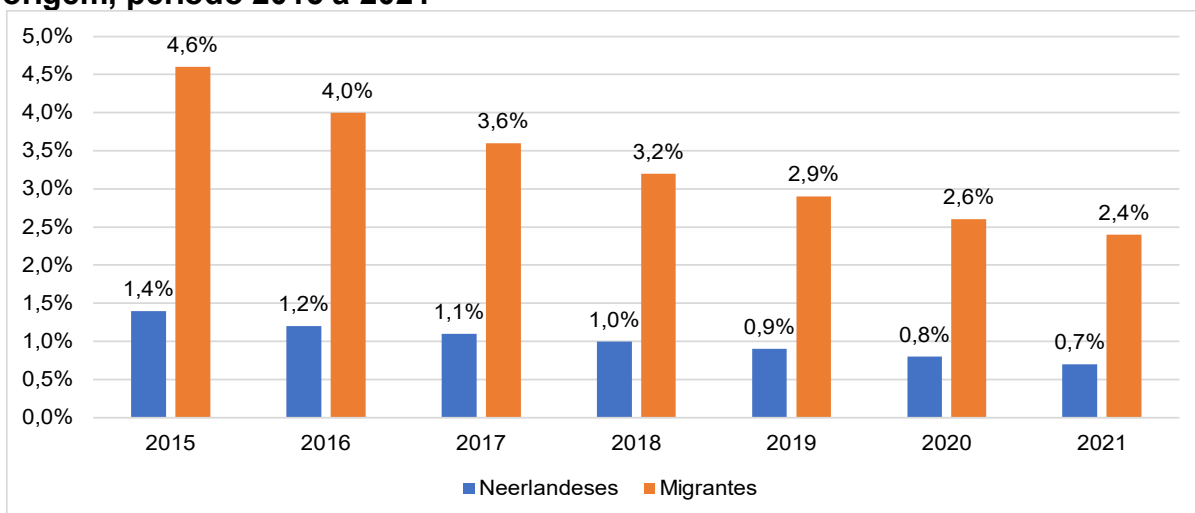
Cabe ressaltar que essa estimativa leva em consideração que o paciente esteja registrado na clínica mais próxima de sua residência. Porém, pode ocorrer, por exemplo, que a clínica mais próxima não tenha vaga para absorver novos pacientes, que o paciente escolha outra clínica, ou mesmo que o paciente se mude de bairro, mas opte por manter o vínculo com o GP, assim aumentando o tempo de deslocamento.

Segundo a pesquisa de saúde da CBS realizada entre 2017 e 2019 com 29.635 pacientes entrevistados, em média 68,9% deles tiveram ao menos um contato com o GP por ano. O maior percentual ocorreu na região de saúde de Limburgo do Norte com prevalência de 72,1% dos entrevistados, seguido das regiões de Amsterdã e Haaglanden com 71,9% cada e de Limburgo do Sul com 71%.

3.2.2. Características do acesso à saúde de migrantes e solicitantes de refúgio nos Países Baixos

Mesmo possuindo legislação e mecanismos que possibilitem o acesso de todas as categorias de migrantes, a necessidade de pagamento seja do seguro ou por atendimentos, pode se tornar uma barreira financeira. Essa percepção é corroborada pelos dados de inadimplência divulgados pelo governo em 2021 (Gráfico 5), na qual se observa que a inadimplência entre os segurados migrantes é 3,25 vezes maior do que entre os neerlandeses em 2020. Embora venha apresentando declínio percentual desde 2015, a proporção comparativa entre os dois grupos se manteve em torno de 2%. Contam como inadimplentes os segurados que não pagam o seguro básico por seis meses ou mais, cuja dívida tenha sido reportada ao Escritório Central de Administração (*Centraal Administratie Kantoor - CAK*).

Gráfico 5 - Percentual de inadimplência do seguro de saúde por grupos de origem, período 2015 a 2021



Nota: Os percentuais são calculados em relação ao total da população em questão (intragrupo) e não sobre a população total segurada.

Fonte: CBS StatLine, Conjunto de Dados Zorgverzekeringswet wanbetalers naar migratieachtergrond per 31 december. Disponível em <https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/81063ned/table?dl=93B7D>.
Elaboração da autora.

De acordo com os dados coletados em pesquisa amostral pelo Instituto Neerlandês de Pesquisa em Saúde (Nivel), o custo ainda é uma barreira para acessar os cuidados em saúde pela população no geral. No primeiro ano de pandemia (2020),

7% dos participantes alegaram terem dispensado pelo menos uma forma de cuidados de saúde devido aos custos²⁵.

Além da questão financeira, a barreira linguística tem sido abordada pelo governo neerlandês com avanços e retrocessos. Em 2003, o uso de intérpretes profissionais na área da saúde foi reforçado pela Inspeção de Saúde (*Inspectie voor de Gezondheidszorg – IGZ*) dos Países Baixos após um incidente que resultou na realização de um aborto sem consentimento em uma paciente migrante marroquina devido a um mal-entendido gerado pela falha na comunicação intermediada por um intérprete informal (familiares ou amigos) (IGZ, 2003).

Na nota emitida pelo IGZ (2003) se reconhecia que a ausência de comunicação paciente e profissional de saúde numa língua compreensível a ambos feria a Lei da Qualidade, a Lei das Profissões de Saúde Individual (Wet BIG), a Lei de Interrupção da Gravidez (WAZ) e a Lei do Direito de Reclamações dos Clientes do Setor de Saúde (WKCZ), por não permitir cuidados adequados e eficazes centrados no paciente. Instruía o uso de intérpretes profissionais no primeiro contato do paciente com o profissional de saúde (entrevista inicial), durante conversas importantes para a saúde do paciente (para comunicar más notícias, discutir diagnóstico e que envolvam escolhas difíceis) e nos demais casos, recomendou moderação no uso de intérpretes informais. Esse serviço poderia acessado rapidamente (no mesmo dia) ser agendado ou não, com tempo de resposta entre 1 e 2 minutos. No entanto, em Maastricht e Groningen, foi identificado dificuldades no tempo de resposta, mas ainda era possível obter o serviço em mais da metade dos casos.

À época o serviço de intérprete profissional por telefone era fornecido gratuitamente pelo governo, porém, em 2012 o Esquema Nacional de Subsídios para Serviços de Interpretação e Tradução em Saúde foi descontinuado com alegações de que os residentes deveriam aprender o idioma do país (Goudsmit e Dute, 2017)²⁶. Em 2020, o Ministério dos Cuidados Médicos e Desporto solicitou ao Instituto Neerlandês

²⁵ Nota: População amostral total de 1.500 participantes com 18 anos ou mais para cada ano. De acordo com a Nivel, essa amostra é representativa da população geral neerlandesa em idade e sexo. Disponível em <https://www.vzinfo.nl/prestatie-indicatoren/financiele-toegankelijkheid-afzien-van-zorg-vanwege-kosten>. Acesso em 08/02/2023.

²⁶ “Falta de intérpretes na área da saúde” (Gebrek aan tolken in de zorg), publicado no BNNVARA em 12/12/2020. Disponível em: <https://www.bnnvara.nl/kassa/artikelen/gebrek-aan-tolken-in-de-zorg>. Acesso em 02/04/2023

de Saúde relatório sobre o tema e concluiu que, embora reconheça o impacto da comunicação na prestação dos serviços de saúde, o paciente não pode requerer ao governo facilitação no acesso ao serviço de intérprete profissional, sendo inclusive sugerido o uso de intérpretes informais e ferramentas de tradução^{27,28}.

Em algumas regiões os profissionais da atenção primária podem solicitar uma sobretaxa no pagamento de honorários para cobrir os custos da utilização de intérpretes formais por meio do Fundo Regional (*Regionale Achterstandsfonds*), desde que o paciente resida em um bairro carente (essa informação é fornecida e checada por meio do CEP). A cada ano o governo atualiza a lista de CEPs considerados desfavorecidos, esse sistema atrelado ao endereço pode limitar e tornar instável o acesso ao serviço. No caso dos pacientes segurados, a partir de janeiro de 2022 os serviços de saúde mental podem solicitar reembolso dos custos de interpretação à seguradora de saúde e esse benefício também se estendeu aos serviços de parteiras em 2023.

O serviço de interpretação profissional continua disponível gratuitamente 24 horas por dia para três grupos: vítimas de tráfico humano, pessoas em centros de acolhimento para mulheres e os solicitantes de refúgio residentes nos centros de acolhimento (Goudsmite Dute, 2017). No caso dos solicitantes de refúgio, para utilizar o serviço o profissional de saúde deve ligar para o serviço de tradução e informar o número COA do paciente. Também está disponível a possibilidade de reembolso do serviço de intérprete profissional via telefone no atendimento de refugiados pelos primeiros 6 meses de registro no município de residência.

3.2.3. Atenção Primária à Saúde em Maastricht, Países Baixos

Em Maastricht no ano de 2019, onde se concentrou a pesquisa, os números são superiores que a média nacional com 12,7 consultórios por raio de 3km e a uma distância de 600 metros dos usuários e tempo de deslocamento de até 3 minutos de carro até a clínica mais próxima e a 3,8km do Posto de GP (Tabela 4).

²⁷ IBIDEM. Acesso em 02/04/2023

²⁸ Ponto de vista Interpretação para falantes não nativos em cuidados médicos de saúde mental (Standpunt Tolkvoorziening voor anderstaligen in de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg). Disponível em: <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/standpunten/2020/04/20/standpunt-tolkvoorziening-anderstaligen-ggz> . Acesso em 02/04/2023

Tabela 4 - Comparativo da quantidade e distância médias dos estabelecimentos da APS entre os Países Baixos, a província de Limburgo e o município de Maastricht (2019 e 2020)

Local	Anos	Países Baixos		Limburgo (Província)		Maastricht	
		2019	2020	2019	2020	2019	2020
Distância para a Clínica de GP mais próxima (km)		1	1	1	1	0,6	0,6
Número de clínicas de GP num raio de 3km		9,6	8,5	5,5	4,9	12,7	10,9
Distância até o posto de GP em km (plantão noturno e fins de semana) mais próximo		6,3	6,4	6,6	6,7	3,8	3,8

Fonte CBS StatLine, Regionale kerncijfers Nederland. Atualizado Em 29 de Setembro de 2023. Disponível em: <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/70072ned/table?dl=9933F>

No mesmo ano, havia 36 Clínicas de Atenção Primária (*GP Clinics / Huisartsenpraktijk*) distribuídas em 21 dos 44 bairros do município (Figura 15). Participaram da pesquisa profissionais de saúde atuando em 10 desses 21 bairros distribuídos nos distritos Centrum, Buitenwijk West, Buitenwijk Zuidoost e Buitenwijk Oost. Os bairros com maior número de clínicas são Brusselsepoort, Scharn, Villapark e De Heeg, com três cada uma.

A população migrante dos bairros onde as clínicas estão localizadas varia entre 79,40% e 18%, sendo que cinco delas estão entre os dez bairros com maior concentração de migrantes, incluindo de primeira e segunda geração. Os principais grupos de migrantes são os Marroquinos e Turcos (Gráfico 6).

Em 2020, primeiro ano da pandemia de COVID-19, a saúde percebida pela população com 18 anos ou mais²⁹ foi avaliada como muito boa/boa por 74,4% da população de Maastricht, um pouco abaixo da média nacional de 78,4%. No entanto essa percepção varia de acordo com o bairro, chegando a 85,6% em Beatrixhaven e 63,4% em Malpertuis, respectivamente o segundo e quarto bairros com maior número de migrantes. Os maiores percentuais de autopercepção de ansiedade e depressão 15,3% e solidão 21% foram reportados pelos moradores do bairro de Pottenberg (Tabela 5).

²⁹ Dados do Instituto Nacional de Saúde Pública e Ambiente dos Países Baixos, disponível em <https://statline.rivm.nl/#/RIVM/nl/dataset/50090NED/table?dl=99335>

Tabela 5 - Dez bairros com maior proporção de migrantes residentes em Maastricht, 2018

Bairro	Total de Habitantes	Holandeses		Migrantes	
Brusselsepoort*	6.665	1.373	20,60%	5.292	79,40%
Beatrixhaven	20	5	25,00%	15	75,00%
Bossherveld	45	15	33,40%	30	66,60%
Malpertuis	2.180	737	33,80%	1.443	66,20%
Binnenstad*	2.070	758	36,60%	1.312	63,40%
Caberg*	3.385	1.239	36,60%	2.146	63,40%
Belvédère	25	10	40,00%	15	60,00%
Statenkwartier	3.925	1.660	42,30%	2.265	57,70%
Pottenberg*	2.475	1.079	43,60%	1.396	56,40%
Sint Maartenspoort*	1.700	745	43,80%	955	56,20%

Nota: * Bairros com presença de Clínicas de Atenção Primária.

Fonte: Maastricht Buurtmonitor com dados do CBS. Download em 10/09/2019. Elaboração da autora. Disponível em: https://maastricht.buurtmonitor.nl//jive?workspace_guid=737a5fd1-a250-4452-9e2d-9c8d892fdecb

Entre as diversas características apresentadas neste capítulo sobre os sistemas de saúde brasileiro e neerlandês e seus respectivos modelos de Atenção Primária à Saúde, a Figura 14 traz uma síntese comparativa dos principais pontos que estruturam os serviços de saúde desses países.

Figura 14 - Síntese das principais características dos Sistemas de Saúde e Atenção Primária do Brasil e dos Países Baixos

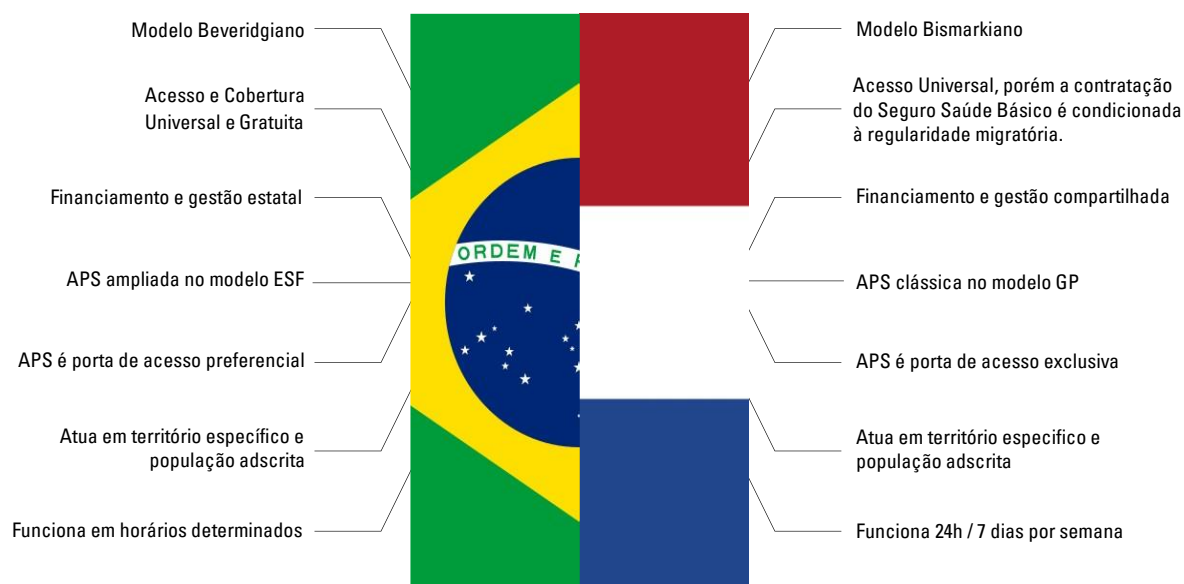


Figura 15 - Localização das Clínicas e Posto de Atenção Primária por distrito em Maastricht e mapa dos bairros por distrito 2019.

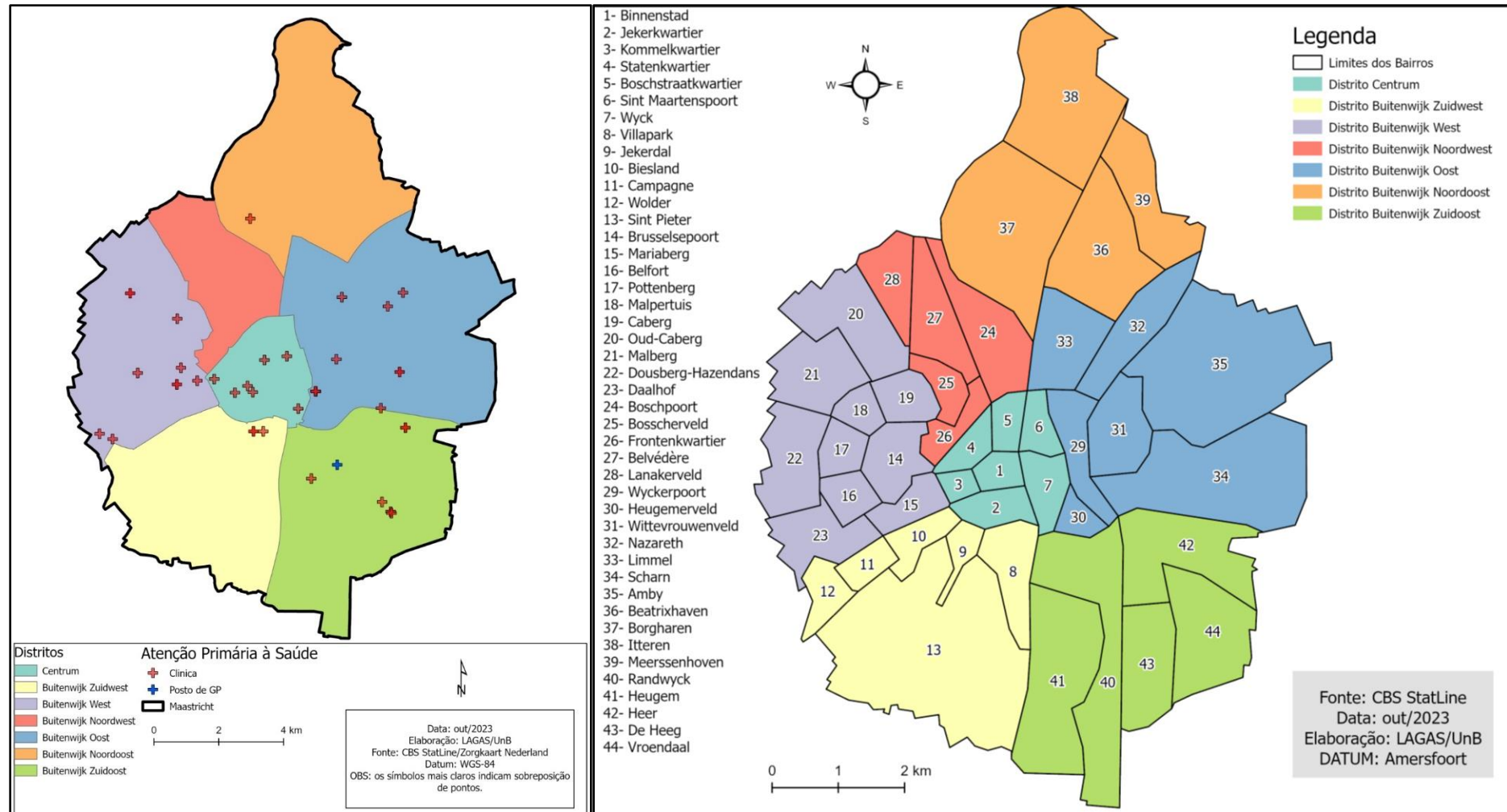
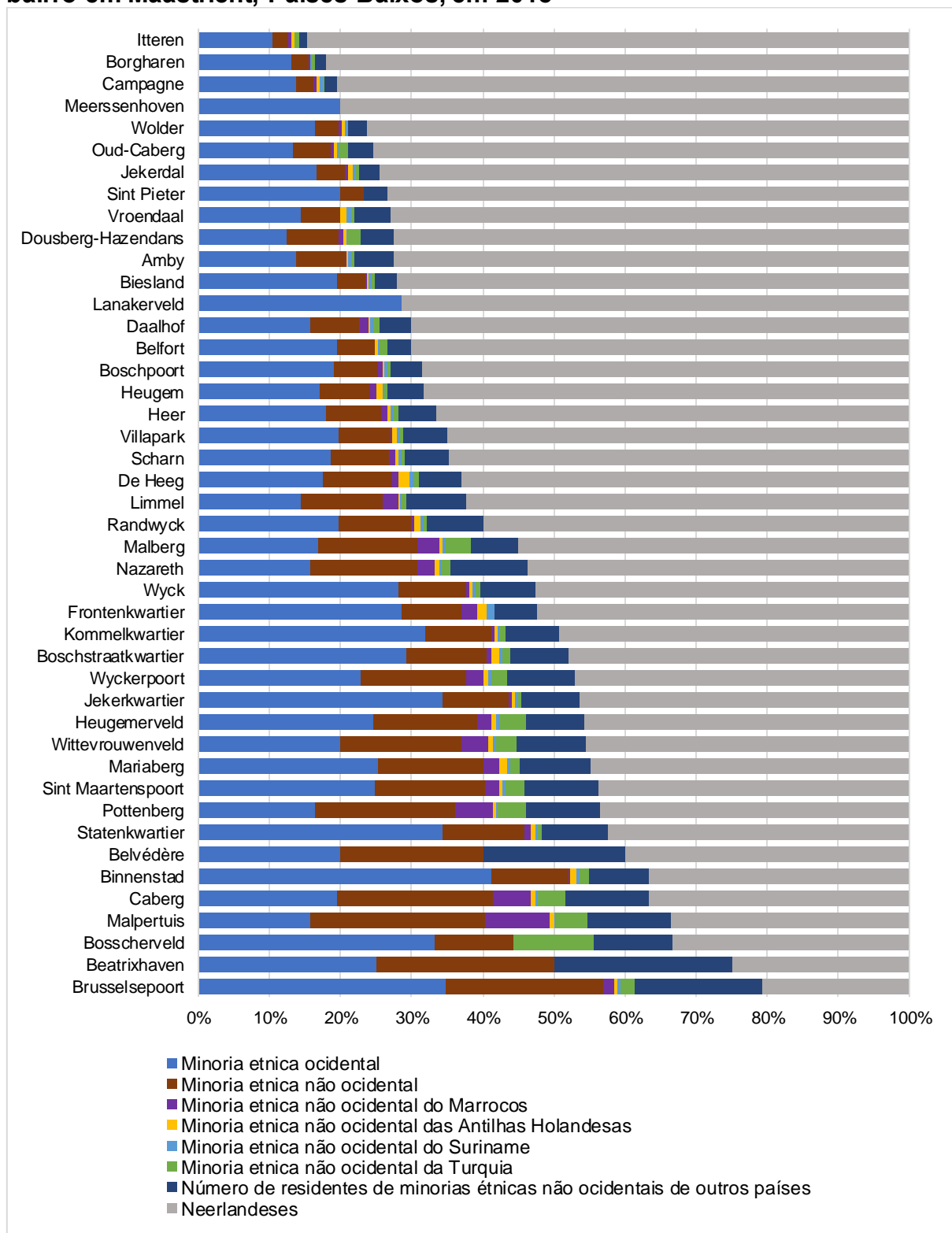


Gráfico 6 - Proporção de população por grupos de antecedentes migratórios por bairro em Maastricht, Países Baixos, em 2018



Fonte: Maastricht Buurtmonitor com dados do CBS. Download em 10/09/2019. Elaboração da autora. Disponível em: https://maastricht.buurtmonitor.nl/jive?workspace_guid=737a5fd1-a250-4452-9e2d-9c8d892fdecb

Capítulo 4: O acesso à APS a partir da percepção dos participantes

Neste capítulo são abordadas as percepções dos diferentes perfis de participantes (profissionais de saúde, migrantes e partes interessadas) acerca do acesso à Atenção Primária à Saúde das pessoas migrantes, refugiadas e apátridas à medida que são analisadas em conjunto com as referências bibliográficas, documentais e registros administrativos.

A análise foi estruturada em temas que emergiram durante as entrevistas de maneira a compreender como ocorre o acesso e identificar facilitadores e barreiras. Os temas são apresentados e analisados em grupos temáticos: aspectos organizacionais, comunicação e diversidade cultural. Ao final no tópico “Garantindo Direitos sem deixar ninguém para trás” são apresentadas boas práticas e recomendações para mitigar as barreiras identificadas e melhorar o acesso dessas populações à APS em ambos os países.

4.1. Aspectos Organizacionais

Durante as entrevistas emergiram questões organizacionais que impactam no acesso aos serviços de saúde da APS que estão relacionadas à formação profissional, gestão da migração e da saúde e perpassam aspectos administrativos, financeiros e culturais.

Os relatos das partes interessadas retratam a insuficiência do sistema de saúde em identificar e atender as demandas dos migrantes em território nacional. Para a participante OIF01BR, isso estaria relacionado a um processo de lutas e conquistas de direitos ainda incipiente por migrantes e refugiados no Brasil. Corrobora com essa observação, as restrições de atividades políticas, incluindo manifestações, impostas aos migrantes até 2017 pelo artigo nº107 Estatuto do Estrangeiro. Isso mudou com a nova Lei de Migração nº 13.445/2017 (artigo 4º alíneas VI e VII) que passou a garantir o direito à liberdade de expressão, à reunião para fins pacíficos e associação (inclusive sindical) para fins lícitos a esse grupo.

A participante OIF01BR também assinala que os avanços na pauta da migração perpassam outros aspectos da sociedade brasileira:

[...] tem algo também que perpassa a questão dessa cultura Brasileira, né? **Desse mito da democracia racial, esse mito dessa cordialidade.** Então, a gente, qualquer um pode ser brasileiro, então **a gente acolhe todo mundo e na verdade, acolhe de formas muito diferentes né, de formas muito distintas,** então é eu acho que também passa por essa questão dessa cultura. **É de uma forma que nem sempre é de inclusão as vezes é de uma coisa mais de assimilação,** né? (OIF01BR, grifo nosso)

E isso foi percebido ao longo da pesquisa na retórica da universalidade do SUS, mas sem a percepção e reconhecimento das especificidades e inequidades geradas pela visão restrita da garantia legal de acesso as populações migrantes como no caso da percepção da participante do CG-CONARE:

Essa questão da saúde, ela não é uma pauta do CONARE pelo seguinte motivo, existem várias na verdade, como você mesma falou, a saúde é um direito universal no Brasil [...] qualquer pessoa em situação migratória regular ou não, ela tem acesso aos nossos serviços e a gente sempre fala o serviço universais básicos previstos na Constituição e em leis específicas, principalmente é educação, saúde e assistência social. Para isso, essas pessoas, elas têm que cumprir os mesmos critérios e os mesmos requisitos que qualquer outro brasileiro teria de cumprir. Então, nesse aspecto, essas pessoas têm todo acesso que elas precisam. (GGOVFF01BR)

No entanto, como observado na literatura (Ledoux *et al.*, 2018), a existência de legislação não garante o efetivo acesso a direitos, sendo múltiplos os fatores que interferem nesse processo, como os relatados pela participante ONGF01BR:

o tema da saúde ele sempre apareceu nos diagnósticos, não como uma limitação formal, por conta do SUS [ser universal] no sentido de acessar, mas muito de dificuldades de acesso na ponta, é, por conta de as vezes muito a falta de capacitação e entendimento do agente da ponta que está ali no posto de saúde, das unidades do SUS para fazer o recebimento dessa população. Então, embora independente da sua situação migratória, você tem acesso, há alguns que tentam pedir documentação, outros também trazem muito nessas escutas fala sobre a violência obstétrica contra mulheres, principalmente mulheres africanas, [...] E tantos outros fazendo denúncias sobre casos de tratamento diferenciado a migrantes como um traço de xenofobia. (ONGF01BR)

A questão da sensibilização de gestores e profissionais da saúde foi comum entre as partes interessadas participantes. A participante OIF01BR da OPAS ressaltou que a pauta necessita ser pensada fora do critério emergencial e de maneira a fortalecer o sistema de saúde como um todo:

Então a gente também pensar uma estratégia que é humanitária, mas ao mesmo tempo pensar no desenvolvimento daquele local, enfim, uma perspectiva mais duradoura assim, né? [...] A gente tem um sistema que a gente tem que fortalecer e não tentar fazer algumas respostas que no final pode resultar no enfraquecimento, pode resultar numa fragilização, pode resultar num sistema paralelo. (OIF01BR)

Outro ponto levantado pelas partes interessadas foi a falta de dados sobre o acesso de migrantes a APS no país de forma geral, corroborando com os resultados obtidos durante a coleta de dados secundários. Sobre esse aspecto, a participante OIF02BR analisa como despreparo do Sistema de Saúde tanto na concepção das ferramentas utilizadas pelos serviços de saúde quanto no processamento e na gestão dos dados.

No caso do DF, a participante GGOVDF01BR da GASPVP informou que existe o campo nacionalidade no E-SUS, que aparece para preenchimento quando assinalada a opção de “estrangeiro”, e atribuiu essa lacuna a falhas no preenchimento dos dados nos sistemas (e.g. cadastro do usuário E-SUS e CNES), ressaltando a necessidade de capacitar a ponta para o correto preenchimento do campo e de ajuste nos sistemas de informação para tornar estes campos de preenchimento obrigatório.

Giovanella e Guimarães (2007) já haviam identificado falhas no registro de atendimentos a estrangeiros no SUS em estudo com 53 municípios brasileiros de fronteira do arco sul, 69% não assinalavam os atendimentos como feitos a estrangeiros e 40% das Secretarias Municipais de Saúde possuíam estatísticas mensais sobre os atendimentos a estrangeiros, essa pesquisa revelou ainda que os serviços mais procurados foram medicamentos (62%) e consultas na APS (60%).

Na visão da participante OIF03BR, o vazio de dados reflete um desencontro com a vivência dos profissionais da ponta e impacta na percepção de (sub)utilização do SUS pelos migrantes e se manifesta também institucionalmente:

[...] existe por um outro lado é uma certa invisibilização né das pessoas e uma falta de estudos sobre a presença dos migrantes no Sistema Único de Saúde que a gente nota e é muito presente assim, inclusive quando a gente conversa com os municípios, né? E falam que é assim, **não existe uma área específica, não existe um estudo, não existe nenhum tipo de análise de informações sobre migrantes nos sistemas**. Mas quando falavam com os profissionais da ponta, sim, existe uma presença recorrente de pessoas buscando e falta de profissionais que consigam se comunicar com os migrantes ou falta de assim mesmo uma capacitação em termos interculturais para conseguir dar um acolhimento melhor. (OIF03BR, grifo nosso)

A ausência de dados e a conseqüente invisibilização desses usuários impacta diretamente a formulação de ações e políticas públicas de equidade, pois impossibilita um diagnóstico do perfil do usuário e outras características epidemiológicas.

No entanto, quanto a identificação de solicitantes de refúgio e refugiados, a participante GGOVFF01BR alertou para o potencial risco de estigmatização. Embora

no Brasil, não haja qualquer distinção ou identificação desses grupos nos Sistemas de Informação do SUS e no acesso, essa percepção dialoga com o contexto dos solicitantes de refúgio nos Países Baixos que residem em Centros de Acolhimento para Solicitantes de Refúgio (AZC) e tem o acesso à saúde por um sistema exclusivo, em sua maioria dentro do próprio AZC.

Esse foi o caso nos dois AZC visitados pela pesquisadora, que possuíam suas próprias clínicas de APS. Esses centros, assim como tantos outros no país, estavam localizados em áreas fora das cidades (Miellet, 2021; Damen, Dagevos e Huijnk, 2022). Devido a essa organização do acolhimento dos solicitantes, torna-se público a situação migratória dos indivíduos que ali residem e podem favorecer uma percepção estigmatizada e até negativa generalizada a partir de eventos isolados (Damen, Dagevos e Huijnk, 2022).

A atuação das organizações internacionais e da organização não governamental no Brasil, segundo as participantes entrevistadas, estão concentradas em Roraima, devido ao fluxo de Venezuelanos, e em outros Estados com maior concentração de migrantes como São Paulo. As parcerias com as OI's ocorrem geralmente de modo passivo, ou seja, o contato/demanda parte dos governos que buscam orientações, capacitações, desenvolvimento de projetos e materiais como cartilhas. Todavia, embora a OIM e a OPAS tenham escritórios em Brasília, não foram apontadas pelas participantes parcerias com o governo do Distrito Federal na área da saúde.

Outro aspecto que emergiu nas entrevistas foi a associação do SUS ao perfil de migrantes vulneráveis e a percepção que esse fluxo seria recente no DF:

Porque no Distrito Federal até pouco tempo atrás essa imigração ela era temporária dos diplomatas e que não lançavam mão do serviço público de um modo geral, eles vêm com seguro saúde e buscam serviços particulares, né? E agora nesses últimos tempos é que a gente tem tido então uma demanda de pessoas é mais humildes, né? E que necessitam realmente do serviço público, não é? (ECM01BR)

O adensamento do fluxo, o critério de vulnerabilidade e a pressão dos atores da sociedade civil foram apontados pela participante GGOVDFF01BR como motivações para a inclusão de migrantes, refugiados e apátridas no escopo de atuação da GASPVP em 2019, sendo a única instância da Secretaria de Estado de Saúde do DF que formalmente é atribuída responsabilidade sobre essas populações.

Esse cenário desarticulado e de inércia ou ações fragmentadas no que diz respeito ao acesso de migrantes à Atenção Primária e ao Sistema de Saúde como um todo reverberam na cadeia de prestação do cuidado no DF como veremos ao longo deste e dos próximos capítulos.

4.1.1. Treinamento para o atendimento de migrantes

Entre os profissionais de saúde, todos os brasileiros e quatro neerlandeses referiram não ter recebido capacitação ou treinamento formal para o atendimento de populações migrantes durante sua formação. Entre os brasileiros foi apontada a necessidade de treinamento em competência cultural, enquanto os neerlandeses refletiram sobre a abordagem generalista em torno de grupos étnicos, nacionalidades e a aplicabilidade desses treinamentos no cotidiano.

Vários foram os impactos percebidos pelos profissionais brasileiros ocasionados pela lacuna na formação. O médico MDM02BR reflete sobre isso e as inseguranças no atendimento a uma população culturalmente diversa e como o treinamento adequado poderia auxiliar os profissionais de saúde:

Tem coisas que a gente tem um é receio assim, e aqueles de base árabe, né? Aqueles de formação muçulmana, até onde vai? qual é a exposição do corpo? Como a gente consegue ter esses respeitos? Ou, que são coisas que as vezes é de uma sensibilidade que o profissional tem que ter, mas às vezes podemos *comer bola [vacilar]* e atravessar alguma barreira que não está clara para a gente que para ele pode ser muito claro, né? **É facilitaria sim, sem dúvida, ter uma abordagem que nos instrumentalizasse para determinados públicos onde isso é mais presente, né? É, se eu pudesse, se eu soubesse antecipadamente quais nações têm a permissão de múltiplos casamentos né, de poligamia ia diminuir um pouco o choque cultural quando isso vem pra gente, né? [...]** Então tem diferença sim, a gente não tá preparado pra isso nesse momento. A gente espera lidar com isso de uma forma é tentando até pisando em ovos mesmo, acho que essa é a tática que a gente vai, vamos sentindo onde estou pisando, e de ver até onde a pessoa abre e permite a nossa intervenção, nossa entrada e tudo. [...] É uma coisa meio assim que hoje a gente faz o que dá, da melhor forma possível, mas muita gente patina nisso tudo. (MDM02BR, grifo nosso)

A médica MDF02BR pontuou como o comportamento dos profissionais de saúde interage com o resultado de saúde do paciente:

[...] eu vejo assim muitas vezes a nossa equipe não tendo esse olhar de competência cultural, né, a gente tende assim, naturalmente a impor a nossa cultura, os nossos valores e isso às vezes traz um distanciamento para o paciente [...] o migrante traz consigo muitas vulnerabilidades, se a gente agregar ainda a isso um atendimento distante e sem competência cultural é

muito certo o insucesso no plano terapêutico, né, no cuidado em saúde dessa pessoa. (MDF02BR)

A fala traz um ponto importante de inclusão do profissional nessa dinâmica da competência cultural, de figura participativa nesse processo. Esse olhar para dentro de identificar os estereótipos e preconceitos da cultura de quem presta o atendimento, visto que o profissional está inserido em seu próprio contexto sociocultural que constrói sua visão de mundo e pauta suas práticas quotidianas, podendo ecoar no contexto profissional (Seeleman, Suurmond e Stronks, 2009; Rodrigues e Dias, 2012).

Ao nível de gestão, a participante GGOVDF01BR utilizando um exemplo ocorrido no atendimento feito pela equipe de Consultório na Rua³⁰ a migrantes indígenas venezuelanos da etnia Warao vivendo em um acampamento improvisado no DF, observou que o despreparo dos profissionais de saúde aumenta as chances de choques culturais que podem impactar nos resultados de saúde dos pacientes:

Num primeiro momento o que que aconteceu, a equipe que foi lá atender e tudo, tipo, já chegou lá com várias coisas, não fez a negociação com o pajé. Então assim, não teve essa preocupação com a questão da cultura, da crença. Já quis colocar, já foi lá impondo uma questão de saúde de que a gente faz aqui, né? Aqui no DF mesmo, assim chegou lá já querendo vacinar um monte de gente. Naquela época [das campanhas de vacinação] das crianças e tal e já chegou com as com as caixas térmicas das vacinas, né? Entendeu? E aí quando chegou não puderam vacinar ninguém, porque o pajé falou, 'Não, vocês não vão vacinar não. Ninguém conversou comigo, ninguém que veio aqui pedir autorização.' Né? E aí foi assim um choque para a equipe, porque não tiveram esse cuidado, né? [...] E agora com a vacinação da COVID, a gente fez todo um cuidado, né de conversar com o pajé, né? [...] e assim a gente conseguiu vacinar muitas pessoas lá, né.

Souza e Oliveira (2021) em pesquisa realizada durante o primeiro ano da pandemia da COVID-19 em instituição de ensino superior de Aracaju - Sergipe, identificaram que dos 144 alunos de medicina em pré-internato e internato 47,2% consideravam como ruim o seu conhecimento e competência para atender a população migrante. A falta de treinamento dos profissionais de saúde brasileiros participantes formados em diferentes instituições localizadas no Distrito Federal, Goiás, Minas Gerais, Pará, Paraíba e São Paulo, reflete o vazio institucional nacional resultante da ausência de "sistematização de ensino da competência cultural em

³⁰ O Consultório na Rua é uma estratégia criada em 2011 no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, formada por uma equipe multidisciplinar podendo ser composta conforme modalidade (I, II ou III) por enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal, cirurgião-dentista, profissional de educação física e profissional com formação em arte e educação.

saúde no Brasil, seja na graduação ou pós-graduação, ocorrendo, na maioria das vezes, de maneira empírica e extracurricular” (Gouveia, Silva e Pessoa, 2019, p. 87).

Nos Países Baixos, a discussão sobre diversidade cultural nos cursos de ciências da saúde remonta ao início dos anos 2000. Diversos artigos analisaram o conhecimento dos estudantes e profissionais, bem como as grades curriculares de instituições de ensino superior, reivindicando a inclusão, o fortalecimento e refinamento da temática (Paternotte *et al.*, 2014; Seeleman *et al.*, 2014; Geerlings *et al.*, 2018; Zanting *et al.*, 2020; Verbree *et al.*, 2023).

Embora a diversidade cultural seja citada nas diretrizes da educação superior em saúde, estudos que analisaram a grade curricular da graduação e da pós-graduação nos Países Baixos apontaram que, assim como no Brasil, a competência cultural ou interculturalidade não é abordada de maneira clara, consistente e transversal, sendo ofertado em sua maioria como disciplinas eletivas, além de ser mais explícita em universidades com perfil internacional, aquelas que recebem estudantes estrangeiros (Paternotte *et al.*, 2014; Zanting *et al.*, 2020).

A ausência de clareza sobre competência cultural, escassez de abordagens que incluam a nacionalidade, etnia e religião na diversidade cultural e a apresentação estereotipada desses indivíduos na formação de profissionais de saúde apontados por esses estudos, também emergiram nas entrevistas com enfermeiros e médicos neerlandeses (Paternotte *et al.*, 2014; Seeleman *et al.*, 2014; Geerlings *et al.*, 2018; Zanting *et al.*, 2020; Verbree *et al.*, 2023).

A deficiência na formação apontada pela literatura, aparece nas explicações dos profissionais de saúde neerlandeses que reportaram treinamento. O conteúdo mais citado dos treinamentos foi justamente a competência cultural / diferenças culturais de maneira ampla e não necessariamente abordando ou focado em populações migrantes, ofertados pela universidade na graduação, residência ou na pós-graduação e por ONGs.

Quando citada uma abordagem voltada para migrantes os profissionais de saúde neerlandeses entrevistados reportaram generalizações e/ou centrada em doenças associadas a certos grupos, como por exemplo, a diabetes no povo hindustani. A associação de condições de saúde a determinados grupos ou culturas na formação médica é uma das preocupações levantadas por Zanting *et al.*(2020),

que questionam até que ponto essa relação é construída por correlação ou casualidade. As autoras alertam que, mesmo diante de evidência da relação étnica, religiosa e de nacionalidade a uma doença, existem outros aspectos que intermediam essa correlação e que não podem ser desprezados, como condições e estilo de vida (Zanting *et al.*, 2020).

Os enfermeiros neerlandeses entrevistados foram os que expressaram ter recebido treinamento mais consistente sobre o tema ao longo da formação e atuação profissional. Segundo os enfermeiros atuando junto à solicitantes de refúgio, é obrigatório o treinamento, uma delas inclusive salientou ser formada como enfermeira cultural (ENFFCAR01NL).

Esse resultado é condizente com estudo realizado por Suurmond *et al.* (2010a) com enfermeiros atuando nos AZC dos Países Baixos, em que a maioria dos participantes (88%) reportava ter recebido alguma forma de treinamento em competência cultural que refletia positivamente sobre sua percepção de capacidade em prestar cuidados culturalmente competentes.

A pouca carga horária dedicada ao tema de prestação de cuidado a migrantes na residência para GPs foi um dos aspectos abordados, sendo atribuída por alguns profissionais a menor concentração de migrantes em Maastricht se comparada com outras cidades neerlandesas como Utrecht, citada pela médica GPFC07NL:

No meu programa de medicina tivemos alguns tópicos especiais sobre atendimento para migrantes, e fiz meu treinamento para Clínica Médica em Utrecht e lá na clínica que trabalhei tinha muitos migrantes. Então me deu alguma experiência e nós fizemos alguns cursos ou tópicos especiais para falar sobre isso, mas esse foi único treinamento. (GPFC07NL, tradução nossa)

No entanto, cabe ressaltar que os dados oficiais sobre a população migrante de Maastricht e Utrecht de 2010 a 2022 mostram um percentual médio de migrantes 30% e 34% sobre a população total respectivamente. A diferença entre as duas províncias está no perfil do fundo de migração, sendo em Utrecht majoritariamente de não ocidentais em média 23% no período e em Maastricht de ocidentais em média 20%³¹.

³¹ Cálculos com base nos dados da CBS StatLine, incluindo migrantes de 1ª e 2ª geração. Disponível em <https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/84910NED/table?dl=99A45>

A percepção do migrante como o não ocidental é condizente com a análise do conteúdo de materiais utilizados em 3 programas de medicina feita por Zanting *et al.* (2020), nos quais os exemplos/estudos de casos apresentados - quando incluíam a nacionalidade e/ou religião do indivíduo - se referiam a nacionalidades não ocidentais e religiões como o islamismo, sendo raramente citado o cristianismo.

Essa abordagem, denominada pelas autoras como “o outro exótico”, construída por exemplos que apresentam a cultura como categorias amplas, uniformes e fixas contribui para uma visão reducionista e estereotipada da diversidade cultural, representada por um “outro” diferente, desviante do padrão cultural da sociedade de acolhida, difícil de lidar e problemático (Zanting *et al.*, 2020).

Além da competência cultural, duas médicas (GPFC06NL e GPFC07NL) citaram o treinamento para prestar cuidados de saúde para pessoas analfabetas, com pouca escolaridade ou sem instrução como proveitosa no atendimento de migrantes. Embora à primeira vista a inclusão ou comparação da população migrante a grupos de pessoas com pouca ou nenhuma escolaridade possa causar estranheza, é compreensível a analogia devida as limitações de vocabulário em um novo idioma.

É preciso ressaltar que os migrantes compõem um grupo diverso com suas interseccionalidades, entre estas a escolaridade. Existem dentro do grupo de migrantes aqueles que não foram alfabetizados no próprio idioma materno, sendo as mulheres em alguns contextos culturais mais afetadas, um exemplo é o Afeganistão sob o regime do Talibã. Isso também se aplica ao letramento em saúde e a percepção dos profissionais da transversalidade da migração sobre as temáticas das capacitações recebidas mesmo que não orientadas ao tema, propicia o uso de ferramentas e habilidades que auxiliem na comunicação e no atendimento no geral.

Treinamento sobre prevenção de suicídio, foi citado pelo médico GPMCAR01NL atuando em um AZC, que ressaltou ser muito proveitoso devido ao relativamente alto risco de tentativas entre solicitantes de refúgio em seu local de trabalho. A saúde mental em migrantes e, principalmente em casos de migração forçada, é bastante abordado na literatura (Priebe, Giacco e El-Nagib, 2016) e foi um tema recorrente entre os profissionais de saúde neerlandeses, mas apenas este médico reportou esse tipo de treinamento no cuidado a populações migrantes.

Os profissionais de saúde de ambos os locais ainda abordaram o desafio de preparar profissionais para um potencial contato com uma grande diversidade de culturas que variam mesmo entre migrantes de uma mesma nacionalidade. A preocupação com generalizações, estereótipos e a adequação do escopo dos treinamentos ao cotidiano da profissão foi pontuada pelo médico GPMCAR01NL:

[Durante a faculdade] Como médico de família tivemos treinamento em comunicação transcultural, mas eu, tudo o que aprendi lá, tive que esquecer porque era sobre 'OK sírios são assim'. Eles são colocados em caixinhas, mas eu depois de 5-6 anos trabalhando com solicitantes de refúgio, não os coloco mais em caixas porque o que eu disse antes, o contexto de cada um é diferente. (GPMCAR01NL, tradução nossa)

A médica GPFC03NL, que ministra cursos sobre competência cultural, percebe que alguns colegas de profissão ainda têm preconceito com essa população, um aspecto que já foi abordado pela literatura apontando que esse comportamento contribui para as disparidades em saúde, incluindo a segurança do paciente (Suurmond *et al.*, 2010b; Drewniak, Krones e Wild, 2017; Carvalho *et al.*, 2021).

Diante das críticas sobre o treinamento recebido e suas experiências, os profissionais de saúde neerlandeses enfatizam que não existe um conjunto de regras definidas para prestar atendimento aos migrantes e advogam que cada paciente é único e a necessidade de evitar generalizações.

Os profissionais de saúde entrevistados de ambos os locais atribuem a responsabilidade da oferta desses treinamentos a universidade, ponderando que a oferta por ONGs ou outras formas não institucionalizadas torna a oferta incerta e condicionada aos interesses desses atores.

Alguns profissionais de saúde participantes do DF complementaram que o treinamento para atendimento das populações migrantes se alinha estrategicamente com a posição geopolítica e a política migratória do Brasil:

Sem dúvida a gente precisava ter algum tipo de formação que ajude, instrumentalizasse os médicos que saem das universidades para lidar com contexto para além do povo brasileiro, né? Então, pensando até num papel de nação grande como somos, né? O Brasil se entende como país imponente na América Latina e que acaba atraindo todo um povo que fala outra língua, que tem uma outra cultura, se a gente minimamente não tiver acesso a esse tipo de coisa, bom, vamos ter mais dificuldade. Acho que assim, pensando numa formação opcional, sem dúvida seria algo muito interessante a ser fomentado para todas as universidades, mas algo mais transversal, contínuo ou mesmo da grade mínima. (MDM02BR)

Eu acho que deveria era tanto na faculdade já ter já ter um curso voltado pra atenção [aos migrantes], quanto para os profissionais que já trabalham. O

governo trouxe, tanto federal quanto estadual, trouxe é em emergência às pessoas de outro estado, outro país pra cá, mas faltou eles ensinarem, não é bem ensinar é, é capacitar os atendimentos nossos, nos capacitar para atendê-los, porque se você joga uma pessoa, tira ela de um outro país do nada, só para tentar é entre aspas fazer bonito pra mídia, não resulta muita coisa, porque eles chegam aqui, não sabem do que está passando, não conhece a estrutura do SUS direito, não sabem como é que que é o SUS, os atendimentos, ficam perdido tanto os estrangeiros como nós [profissionais de saúde]. (ENFF03BR)

Nessas duas falas os profissionais identificam descompasso entre as ações do país na política migratória com a política de saúde. Percebe-se ainda um certo desalento e sentimento de abandono por parte do poder público no suporte aos profissionais da saúde.

A médica MDF02BR foi a única participante no DF que realizou uma capacitação formal a parte da formação médica sobre tema relacionado ao contexto de saúde e migração:

Agora na residência eu fiz um curso esses tempos sobre migrantes e saúde, né, mas por conta [própria], assim, não foi na formação da minha formação médica. [...] É agora fazendo esse curso né, é que eu tive acesso a mais documentos assim, mas a maioria é, tem um guia de atendimento a migrantes³², mas a maioria em outros idiomas, geralmente espanhol, né? Então assim, eu não achei ainda nenhuma [publicação], um documento do Ministério da Saúde, assim, em português eu ainda não achei nada.” (MDF02BR)

O curso em questão é o Migração e Saúde ofertado de maneira online pela Escola Nacional de Administração Pública (ENAP). O relato da MDF02BR traz a presença do obstáculo linguístico também no acesso ao conhecimento e a ausência de informação e material de suporte oficial do Ministério da Saúde para o profissional.

Esse curso foi citado pela participante OIF03BR como uma das iniciativas de capacitação da OIM em parceria com o Governo Federal, que a época da entrevista em janeiro de 2021 ainda estava em fase de desenvolvimento:

[A OIM] tem desenvolvido um curso sobre migração e saúde, que vai ser lançado esse ano na ENAP [Escola Nacional de Administração Pública], que é voltado para profissionais da ponta. Então vai ser um curso online disponíveis para profissionais da área da saúde, né? É que atuam no Sistema Único de Saúde e pra eles entenderem também como qualificar e promover o atendimento de migrantes. E a gente também tá construindo agora um curso também voltado para a questão da saúde mental, especificamente, que vai ter como alvo organizações e prestadores de serviço nessa área de saúde mental e atenção psicossocial pra migrantes e refugiados. Também estamos construindo esse curso que vai ser lançado este ano. Ambos ambas as

³² Trata-se da publicação “Migraciones e Interculturalidad: guía para el desarrollo y fortalecimiento de habilidades em comunicación intercultural” de 2017 do escritório da OIM na Argentina. Disponível em https://publications.iom.int/es/system/files/pdf/guia_migraciones.pdf

capacitações em linha com as necessidades que a gente tem a recebido né dos governos locais e na ponta. (OIF03BR)

Embora direcionado a profissionais da ponta, nenhum outro profissional da saúde do DF entrevistado alegou conhecimento deste ou outros cursos de capacitação relacionado à temática. De acordo com dados do ENAP, o grupo de profissionais da área da saúde que realizou o curso foi diminuto, haja visto que dos 2.508³³ concluintes até junho de 2023, 481 declararam vínculo institucional, sendo 34 com a empresa brasileira de serviços hospitalares que gerencia os hospitais universitários no Brasil e 13 com o Ministério da Saúde, não houve indicação de vínculo com a Secretaria de Estado de Saúde do DF.

Outros participantes (ENFM02BR, ENFF04BR, MDF01BR e GPMC02NL) alegaram buscar de maneira autônoma leituras avulsas, esporádicas, após o surgimento da demanda para que pudessem auxiliar em seus atendimentos:

[...] a partir do primeiro paciente [migrante] eu senti essa necessidade de buscar esse conhecimento. [Sobre o que buscou informação?] Foi direito do imigrante, né? Tanto o imigrante, estrangeiro, tudo. É, as formas assim, os direitos de comunicação, de acesso, de tudo. As documentações necessárias. E, e aí a forma de abordagem, de abordar esse paciente. (ENFM02BR)

Percebe-se que mesmo diante da universalidade do SUS a questão do direito dos migrantes ao acesso à saúde ainda gera dúvidas. Esse desconhecimento da legislação também foi captado por Souza e Oliveira (2021) no qual 86,8% dos 144 participantes afirmaram desconhecer a legislação que garante o direito de acesso ao SUS, evidenciando a necessidade de orientação dos órgãos responsáveis.

Entre os que não receberam e nem procuraram treinamento ou informação a respeito, um argumento utilizado foi a baixa frequência nos atendimentos de migrantes diante de outras demandas da profissão. Embora a demanda dessa população seja descrita como baixa por todos os profissionais entrevistados, o uso dessa justificativa demonstra uma visão reducionista do uso das habilidades conferidas, por exemplo, no treinamento em competência cultural. Além disso, a participante TOF01BR trouxe questionamentos sobre o que pode estar por trás da baixa frequência de migrantes:

[...] eu não sei se é porque as pessoas não estão inseridas dentro do território ou se elas não estão inseridas dentro da unidade de saúde, sabe? É até que ponto a barreira de acesso acontece pra essas pessoas. [...] E eu vejo que

³³ Disponível em <https://emnumeros.escolavirtual.gov.br/dados-abertos/>

essas pessoas vêm, chegam menos no posto, elas chegam menos pra pedir informação, elas chegam menos para trocar receita e tudo mais. (TOF01BR)

De fato, no contexto do DF existe essa lacuna na literatura e é preciso investigar as razões da pouca procura pela APS. Se isso está relacionado a falta de conhecimento sobre o sistema de saúde, a visão do usuário migrante de busca apenas no adoecimento, a experiências negativas junto aos serviços de saúde ou a dificuldade do próprio serviço de saúde de se aproximar dessa população no território.

Drewniak *et al* (2017) identificaram que as atitudes e comportamentos dos profissionais de saúde exacerbam as disparidades de saúde entre migrantes e outros grupos minoritários, elencando, por exemplo, generalizações, preconceitos e a subestimação das dificuldades linguísticas e culturais. Na visão dos autores, promover a educação contínua dos profissionais de saúde sobre as diferenças culturais fornece as habilidades necessárias para redução de vieses pessoais na interação com essas populações. A fala da médica GPFC02NL retrata justamente isso ao abordar o treinamento como uma oportunidade de desmistificar algumas ideias em torno dos migrantes:

Eu acho que também é bom para melhorar as habilidades dos médicos para administrar isso [essa demanda de migrantes]. Também para fazer algo a respeito de pensamento do tipo, você sabe, "É tão difícil". Eu não acho isso tão difícil, ou "Isso toma muito tempo". Eu gosto de fazer isso! Isso não é um problema para mim [atender migrantes]. (GPFC02NL, tradução nossa)

Além dos meios formais, foi trazida pela médica GPFC04NL a troca de experiências entre pares por meio de grupos autodirigidos como estratégia de identificar demandas e complementar o aperfeiçoamento sobre o atendimento de migrantes:

Estávamos conversando sobre refugiados ou apenas diferenças culturais em cuidados e nós conversamos em pedir a alguém a vir e falar conosco. Então eu acho que isso demonstra que não sabemos o suficiente, não fomos treinados o suficiente e que nós queremos isso. (GPFC04NL, tradução nossa)

Mesmo diante das ressalvas quanto ao escopo, os entrevistados que receberam treinamento expressaram sua relevância e que mais tempo fosse dedicado ao tema durante a formação. Aqueles que não receberam, expressaram interesse em realizar treinamento. Comparativamente, como veremos no próximo tópico, os profissionais neerlandeses mesmo diante de dificuldades comuns às enfrentadas pelos profissionais brasileiros, demonstraram-se mais confortáveis com os atendimentos, isso pode estar relacionado a capacitação.

É nesse sentido que atua a competência cultural, no desenvolvimento contínuo de habilidades para reconhecer, compreender e administrar aspectos (socio)culturais relacionados a si mesmo e ao outro contribuindo para a melhoria da comunicação médico-paciente e para a qualidade do cuidado (Seeleman, Suurmond e Stronks, 2009; Alizadeh e Chavan, 2016; Tan e Allen, 2021; Schouten, Manthey e Scarvaglieri, 2023). Portanto, a competência cultural é uma habilidade de ampla aplicabilidade, não restrita as populações migrantes, e fundamental para a efetividade da APS.

4.1.2. Aspectos administrativos e documentais

Aspectos burocráticos como a regularidade migratória e documental para o acesso aos serviços de saúde da atenção primária foram citados por seis participantes, mesmo que as legislações de ambos os países não restrinjam o acesso por esses motivos.

Nos Países Baixos, a contratação do seguro básico de saúde depende da regularização migratória. Contudo, a legislação veda a negativa de atendimento medicamente necessário por razões de status migratório e assegura o reembolso aos prestadores de serviço (Hintjens, Siegmann e Staring, 2020). Porém, como esclarece a médica GPFC03NL, a legislação nem sempre é suficiente para garantir o acesso à saúde de migrantes indocumentados, uma vez que, se tem conhecimento que os hospitais e serviços de saúde mental tem recusado esses pacientes. Quanto a Atenção Primária, a participante esclarece que os atendimentos se concentram nas clínicas que tem parceria com ONGs que atuam junto com migrantes indocumentados.

No entanto, nenhum participante referiu já ter atendido migrantes indocumentados. Percebe-se que a lacuna de informação, seja dos trabalhadores da área da saúde ou dos migrantes sobre a legislação, pode comprometer o acesso e evidencia a dependência das organizações não governamentais para a divulgação e garantia do exercício desse direito. Hintjens, Siegmann e Staring (Hintjens, Siegmann e Staring, 2020) ressaltam que o medo de ser preso, deportado, discriminado e receber atendimento de saúde de baixa qualidade estão entre as razões pelas quais os migrantes indocumentados não exercem seu direito de acesso aos serviços de saúde nos Países Baixos.

Cabe lembrar que o contato com o GP só ocorre após triagem da assistente do médico ou da enfermeira, o mesmo ocorre no Brasil e, portanto, a capilarização do conhecimento alcançando todos os funcionários da APS é fundamental para garantir o acesso de todos os migrantes. A terapeuta ocupacional no DF trouxe relato que demonstra a falha na difusão da informação na equipe:

Eu acho que a barreira do acesso ela começa pra essas pessoas logo na porta de entrada [...] [A farmacêutica] achava que aquele documento não serviria como RG para registrar lá no protocolo. Aí eu fui perguntar, aí eu falei – ‘mas como é que ela é cadastrada no posto se ela não tem um documento?’ Aí eu fui lá e perguntei pra técnica de enfermagem da equipe, aí ela me avisou que aquele documento serve sim, tanto para cadastro, quanto pra pegar remédio, quanto pra qualquer coisa. [...] Eu acho que não era a primeira vez que ela ia buscar [medicamento] [...] antes não era exigido assim, obrigatoriamente, o documento de identificação, né, da pessoa. Então acho que a ela [migrante] se surpreendeu porque a gente põe os avisos lá, né? Mas os avisos estão todos em português. Eu acho que ela não tinha nem como saber e tudo mais. (TOF01BR)

Além do desconhecimento por parte da equipe dos documentos apresentados pela paciente migrante, o relato expõe a barreira linguística de acesso à informação, uma vez que havia avisos sobre a mudança no procedimento para retirada de medicamento, porém apenas em português.

Embora no Brasil a universalidade do acesso é garantida por lei e seja proibida a exigência de documentação para o atendimento, foram identificadas situações de violações na entrevista do participante migrante MM01DF:

Outra coisa que por que precisa fazer sempre aquele cartão do SUS em cada lugar? [...] tipo fiz tudo esse primeira vez, segundo também, terceiro lá nos Campinas também fiz aquele cartão, aí demora. Outra coisa, quando a gente tiver um primeiro [atendimento], por exemplo, aqui [no DF] até agora eu estou esperando [o Cartão do SUS] já tá 6 meses, eu acho que faz com mais de 4 meses. No início quando eu cheguei, eu fui lá [na UBS], aí eles disseram ‘tem que registrar, tem que dar endereço, aí pessoa vai visitar aqui casa para te registrar’ até agora, ninguém veio aqui ninguém para registrar e aí, ‘o que que eu preciso fazer?’ Eu não posso [ir] até [a UBS] não fui atendido aqui no posto saúde não, não tem nenhum jeito, porque pessoa quando fala ‘cadê seu cartão do aqui?’, quando eu for lá [na UBS], né? É no posto de saúde. Agora, se eu preciso? vá lá no hospital privado, posso fazer lá, tem que gastar, né? Aqui, então, para lá num hospital público essas são dificuldade. (MM01DF)

Houve a negativa de atendimento alegando a necessidade de Cartão do SUS, uma exigência inexistente na legislação. Além do flagrante descumprimento da legislação, chamou a atenção que foi solicitado ao migrante fazer um novo cartão do SUS em cada local em que residiu, demonstrando, no mínimo, falha na integração do sistema. Ainda, a orientação de que alguém deveria ir até a residência do migrante

para fazer o registro para que ele pudesse usar o serviço, está fora de qualquer orientação ou normativa de conhecimento da pesquisadora e pode evidenciar falha na capacitação dos profissionais de saúde e mesmo sugerir uma situação de xenofobia ao criar um obstáculo e desencorajamento do uso do SUS por migrantes.

Em contraste, o migrante costa marfinense mostra a diferença no acesso à informação atrelado a categoria migratória. MM02DF veio para o Brasil por meio de um convênio internacional de graduação promovido pelo governo brasileiro:

Então, por isso a gente tem um cartão SUS, cartão de saúde, faz parte do processo do PEC-G [Programa de Estudantes-Convênio de Graduação], No processo do PEC-G nós temos um manual³⁴ e serve de guia aos estudantes PEC-G. E nesse manual você já sabe, assim, você toma conhecimento daquilo que você vai beneficiar, ou seja, aquilo que você precisa fazer para estar em situação legal, ou seja regular, então oportunidade, vou chamar isso de oportunidades. **Você tem acesso a cartão SUS, mas para fazer o cartão SUS tem que levar RNE [Registro Nacional de Estrangeiro] que você precisa fazer na Polícia Federal.** Depois disso, conversa com coordenadores, vocês vão no hospital para estabelecimento desse cartão SUS tudo mais, então faz a parte das oportunidades que nós temos que fazer isso até. (MM02DF, grifo nosso)

Nota-se que mesmo diante de uma informação oficial dada pela universidade ainda existem equívocos como a necessidade de estar em situação migratória regular e obter o Registro Nacional de Estrangeiros junto à Polícia Federal para obter o Cartão do SUS e se beneficiar do direito ao acesso à saúde pública. Essa informação é relevante, pois além de exemplificar o desconhecimento da legislação pelas universidades, os migrantes são multiplicadores da informação entre seus pares e o repasse dessa informação pode levar a outros migrantes em situação migratória irregular a não exercerem seu direito à saúde.

Apesar da premissa de acesso ao SUS pelo PEC-G, Assis, Hoefel e Severo (2021) em pesquisa realizada com esses alunos na Universidade de Brasília identificaram dificuldade desse grupo em acessar os serviços de saúde mesmo diante do adoecimento físico e mental. Essa dificuldade pode estar relacionada a falta de conhecimento ou informações equivocadas como as verificadas no relato do participante MM02DF.

³⁴ Manual do Estudante-Convênio é elaborado pela Divisão de Temas Educacionais do Ministério das Relações Exteriores do Brasil e apenas cita a Assistência médica, odontológica e farmacêutica pelo Sistema Único de Saúde (SUS) como um benefício do programa sem dar qualquer orientação. No site do DCE/MRE informa que o manual está em atualização, mas até junho de 2023 na versão disponível online atualizada em setembro de 2022 a legislação migratória não havia sido atualizada, ainda se referenciando a Lei nº 6.815/1980 (Estatuto do Estrangeiro) revogada em 2017.

Outra barreira administrativa citada pelos profissionais de saúde no contexto do Distrito Federal, foi a dificuldade de reconhecimento do território e diagnóstico da população adscrita pela falta de pessoal, em especial de agentes comunitários de saúde:

Dificulta muito conhecer qual é sua população, imagina estrangeiros? Eles [ACS] nem sabem a própria área direito assim, e outra como a PNAB de 2017 mudou, não tem mais falando que tem número fixo de agentes [comunitários] de saúde, aí minha filha, cada equipe tem 1 ou 2 agentes de saúde pra umas 4 mil pessoas. Então, não tem como. Então, são poucos agentes de saúde não tem como ele conhecer a área toda.[...] hoje aqui em Brasília não tem essa [cobertura], tem essa dificuldade. **Então como é que eu vou saber quem é [são] meus estrangeiros se eu não posso, nem conheço direito quem é, por falta de agente de saúde?** Esse foi o baque eu tive quando eu cheguei aqui [no DF]. Conhecem os principais que são os que mais procuram a unidade básica, mas sua população inteira eles não conseguem conhecer porque além de ser muita gente são poucos profissionais. (ENFF03BR)

A busca ativa no território é uma importante ferramenta da APS brasileira para alcançar e estabelecer vínculo com a população migrante e provisionamento das necessidades da unidade básica de saúde para prestação do serviço de maneira adequada à essa população sendo um ponto que a difere da APS neerlandesa onde o cadastramento junto ao GP é uma iniciativa exclusiva do paciente.

4.1.3. Aspectos financeiros e acessibilidade geográfica

A barreira financeira identificada afeta tanto o acesso quanto a qualidade do serviço de saúde prestado pela atenção primária. No contexto neerlandês, foi abordada como limitador no acesso ao serviço de intérprete formal impactando a comunicação entre profissionais de saúde e paciente. Alguns profissionais de saúde alegaram não ter autonomia ou não se sentirem à vontade para decidir sobre o uso do serviço de intérprete formal devido à postura dos donos das clínicas onde atuam que vetam o uso do serviço por conta do custo.

Segundo Van Ee e Van den Muijsenbergh (2014), o corte na cobertura dos serviços de intérprete pelo governo neerlandês levou a uma redução dramática no uso do serviço na Atenção Primária colocando em risco a qualidade do cuidado. Provavelmente, quando há custo envolvido no uso de intérpretes formais, a decisão sobre utilizá-lo está atrelada a percepção do profissional de saúde sobre a sua dificuldade em compreender o paciente, superestima do domínio do idioma pelo

migrante, e a possibilidade de utilizar um intérprete informal (Liu *et al.*, 2015; Rosse, Van *et al.*, 2016; Czapka, Gerwing e Sagbakken, 2019).

O custo do serviço de intérprete formal aumenta a dependência e vulnerabilidade dos migrantes, potencializando as barreiras de comunicação e condicionando o uso da APS a disponibilidade de familiares ou amigos para acompanhá-los pessoalmente ou auxiliar a comunicação via telefone. E o impacto da não cobertura do serviço não se limita a atenção primária, restringindo o encaminhamento desses pacientes para outros níveis de complexidade, mesmo diante do indicativo clínico:

O difícil é se eu quiser encaminhar [para especialista em saúde mental] é um grande problema e eu quero encaminhá-los e o acesso é negado porque eles não falam a língua. E depois as pessoas dizem, porque temos muitas possibilidades psiquiátricas em Maastricht, mas depois dizem 'você tem que encaminhar a um lugar onde eles falam a língua deles', mas não há esse lugar na nossa cidade. Então eles têm que usar interpretação por telefone, mas aí custa dinheiro e eu acho difícil e por isso eles preferem não pegar esses pacientes e isso é realmente um grande problema. (GPFC06NL)

Outro aspecto abordado com os profissionais de saúde foi se os migrantes teriam conhecimento sobre a possibilidade do uso dos serviços de intérprete formal e avaliaram que os refugiados sim, mas os demais provavelmente não. O desconhecimento por parte dos migrantes sobre a existência do serviço de intérprete formal nos Países Baixos, seja ele coberto ou não pelo seguro de saúde, impede o paciente de optar ou discutir com seu médico sobre o uso do serviço e já foi identificado em outros estudos, tornando-o um direito invisível ou invisibilizado (Liu *et al.*, 2015; Czapka, Gerwing e Sagbakken, 2019).

No Distrito Federal, a questão financeira surgiu como uma consequência da morosidade para a realização de exames pelo sistema público de saúde. Uma das médicas reportou:

Têm vários homens que tiveram algum problema, eu pedi exame complementar e aí não voltam nunca. Muitas vezes porque não tem dinheiro para fazer o exame [...] gente sempre fala que existe pelo SUS, mas, por exemplo, a ultrassom abdominal, a ultrassom obstétrica pra gestante não consegue, a fila é enorme. A gente nunca conseguiu assim de nenhuma gestante, todos os nossos pedidos voltam. E aí elas precisam fazer em datas específicas da gestação, senão não dá para ver o que a gente quer ver, então geralmente tem que fazer por fora [rede privada]. É agora, existe também um outro caso aí de às vezes a gente precisa um tempo menor, vai sair em algum momento, mas às vezes o paciente já muito incomodado, a gente precisa ver aquilo antes. Aí existe esse caso também. (MDF02BR)

A disponibilidade dos serviços sem acessibilidade em tempo oportuno compromete o atendimento resolutivo da APS. Isso, acrescido do custo financeiro da rede privada pode levar os usuários a descontinuarem o acompanhamento / tratamento e a protelarem a busca por atendimento de saúde, conforme relato abaixo:

As vezes sim por causa do alto custo no Brasil. Uma vez tive infecção urinária e gastei 1.600 reais quando a única coisa que eu precisava era a receita para comprar antibiótico dado que eu conheço meu corpo e já sabia de antemão meu diagnóstico. (MF02DF)

A migrante MF02DF após experiências negativas com a demora do atendimento, já não busca o serviço público de saúde como primeira opção. O agendamento e tempo de espera para consultas e exames são barreiras percebidas pela população brasileira e migrante e impactam no grau de satisfação dos usuários da Atenção Primária à Saúde no Brasil, incluindo estudos com recorte de gênero focado na percepção masculina (Gomide *et al.*, 2018; Furlanetto *et al.*, 2020; Nied *et al.*, 2020; Pavan *et al.*, 2020; Assis, Hoefel e Severo, 2021; Vieira *et al.*, 2021).

A barreira financeira no acesso aos serviços de saúde é particularmente preocupante no Brasil devido ao aumento da vulnerabilidade econômica dos migrantes no país. Segundo Cavalcanti *et al.* em 2019 os migrantes recebiam 53,1% menos que a média salarial geral de toda a população empregada no mercado de trabalho formal (Cavalcanti, Oliveira e Silva, 2021a).

Levantamento de dados oficiais realizado pelo OBMigra em 2020, apontou que 66,6% dos 181.385 migrantes registrados no mercado formal de trabalho brasileiros recebiam até 2 salários-mínimos, e 13,5% mais de 5 salários-mínimos (Cavalcanti, Oliveira e Silva, 2021b). Em 2011, essa proporção entre os 62.423 migrantes empregados no mercado formal era de 48% recebendo mais de 5 salários-mínimos e 29,7% até 2 salários-mínimos. Portanto, embora a participação dos migrantes no mercado formal de trabalho tenha triplicado em uma década, sua renda média mensal reduziu significativamente (Cavalcanti, Oliveira e Silva, 2021b). Ainda assim, a participação no mercado de trabalho formal corresponde a apenas 13,95% dos estimados 1,3 milhão de migrantes que viviam no país naquele ano (Cavalcanti, Oliveira e Silva, 2021a).

Aspectos financeiros e de acessibilidade geográfica se cruzam no Brasil, pois a atenção primária também é organizada através da territorialização que prevê o

acesso preferencialmente pela UBS mais próxima à residência do usuário, sendo denominada UBS de referência. Porém, não foram identificadas normativas que orientem sobre a distribuição espacial das UBS, sendo o único critério normativo relativo ao quantitativo de pessoas cobertas por equipe de saúde da família (Jesus *et al.*, 2023). De acordo com os resultados do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) de 2012, 38,4% residiam a mais de 1 km de distância da UBS mais próxima, sendo a parcela mais pobre da população a mais afetada, 42,5% desse grupo (Rasella *et al.*, 2016).

No Distrito Federal, a enfermeira ENFF03BR destacou a distância da UBS como um fator que impacta na acessibilidade à APS:

O problema aqui de Brasília é a logística [...] a população tem que andar, tipo mais de 6 km pra poder [chegar na UBS], oxi acho que 6 km ainda é pouco, estou só chutando assim o básico. Porque eu sei que eles pegam 1 ou 2 ônibus pra poder vir consultar e chega às vezes o enfermeiro não tá, o médico não tá, ou as vezes, foi embora [transferido] e até agora a secretaria não colocou ninguém. (ENFF03BR)

Um estudo no DF sobre a utilização da atenção primária em Sobradinho II, corrobora com essa percepção ao identificar que a taxa de utilização dos usuários que moravam até 500 metros da UBS era significativamente maior, reiterando a acessibilidade geográfica como fator importante no uso da APS (King *et al.*, 2023). Ainda segundo o PMAQ-AB, a distância entre a UBS e a residência do usuário foi citada por 2,1% das usuárias como motivo para a não realização de exames preventivos do câncer de colo de útero, um dos indicadores que caiu de 85,1% no Ciclo I do PMAQ-AB realizado entre 2011 e 2013 para 69,5% no Ciclo III realizado entre 2015 e 2018 (Facchini, Tomasi e Thumé, 2021).

A fala da enfermeira ENFF03BR demonstra ainda que a acessibilidade geográfica não considera apenas a distância, mas também as condições de acesso dos usuários e suas eventuais limitações como dificuldades de locomoção, estado de saúde, meio de transporte, barreiras organizacionais (ausência de profissionais para realizar o atendimento ou vaga para consulta por demanda espontânea) e financeiras (custo do transporte) (Lima *et al.*, 2022; Pot, Koster e Tillema, 2023).

Esses aspectos também foram levantados pelo migrante MM02DF que buscou atendimento em UBS da Vila Planalto distante de sua residência na Asa Sul, alegando

que o deslocamento por carro de aplicativo foi caro e analisando as alternativas de deslocamento:

Não é muito longe da minha casa [aqui no DF], mas para mim não é muito longe, mas é uns 2 km, assim para mim 2 km dá para ir de pé, mas para uma outra pessoa não dá. Por isso que eu digo, na minha realidade foi tranquilo, mas se eu tiro a minha madrinha, que me ajudou talvez seja um pouquinho difícil, doente, andando, ou seja, esperando o ônibus, oh Meu Deus, não vai dar. (MM02DF)

No entanto, o caso do migrante MM02DF mostra que a proximidade nem sempre é o fator mais considerado para a escolha da UBS:

[...] se não for esse caso [de urgência], ir assim sozinho, não é questão de preguiça, mas você com receio e já que Brasília também é um pouquinho diferente também, a população é um pouquinho diferente. As pessoas, por exemplo, aqui na Asa Sul, aqui são bem diferentes e tem uma Unidade Básica perto também da minha casa, você acabando deixando para não passar por uma situação dessa [constrangimento / preconceito], porque é um pouco pesado, na verdade, pela mente [psicológico]. Então, são essas limitações, eu acho que para mim é a única porque o resto eu acho que dá né [para superar]. (MM02DF)

A linguagem corporal do participante indicava desconforto em relação as pessoas da localidade onde mora e da UBS, por esse motivo, foi questionado se não procurou a UBS da Asa Sul por receio de preconceito:

Eu não vou dizer que foi por medo dessa desse preconceito, mas eu estava mal, eu queria ir numa unidade de saúde básica, Eu liguei para a minha professora para ver se ela poderia me recomendar uma unidade de saúde básica. Aqui, perto da minha casa tinha, mas ir isso sozinho é eu não eu não quis ir. [...] Ela [ela ligou para uma estudante dela que é médica, mas que faz atendimento lá na Vila Planalto. [...] ela [professora] já me passou o endereço e eu peguei um UBER, é simplesmente a médica já estava me esperando na verdade, então foi bem demais (MM02DF)

Apesar da esquivas na resposta e do participante não ter reportado qualquer busca por atendimento na UBS da Asa Sul, percebe-se a fragilidade do migrante e o receio de estar sozinho em uma situação de vulnerabilidade, e não podendo mais postergar o cuidado, busca na rede de apoio uma referência que lhe traga segurança e conforto.

Entre os profissionais de saúde neerlandeses a acessibilidade geográfica aos estabelecimentos de saúde da APS não foi apontada como uma barreira ou obstáculo que afetasse o acesso dos pacientes, o que de acordo com eles, e suportado pela literatura, está relacionada ao registro de pacientes que morem nas proximidades das clínicas, sendo uma preferência tanto das clínicas quanto dos pacientes (Pot, Koster e Tillema, 2023).

A percepção dos profissionais de saúde é coerente com os dados de acessibilidade geográfica do país apresentados no capítulo anterior com distância e tempo de deslocamento médio de 600m e 3 minutos em Maastricht. Nos AZCs participantes, a clínica para atendimento da Atenção Primária é dentro do próprio centro onde residem os solicitantes de refúgio.

4.2. Acesso de migrantes à APS: o olhar da ponta

Nesse tópico exploramos os aspectos mais gerais sobre o acesso, como a frequência, o tipo de demanda, motivo da busca pela APS e a percepção dos participantes sobre o atendimento recebido/prestado.

Os profissionais de saúde participantes em ambos os locais e as partes interessadas expressaram serem favoráveis ao atendimento de migrantes pelos sistemas de saúde e colocando-o como Direito Humano. Esse posicionamento é relevante em especial no contexto brasileiro, uma vez que outros estudos captaram posturas contrárias e por vezes xenófobas por parte dos gestores e profissionais de saúde da APS em outros municípios (Rodrigues e Dias, 2012; Santos, 2016; Risson, Matsue e Lima, 2018).

Durante as entrevistas no Brasil, a necessidade de escuta foi perceptível, por exemplo, na fala do participante migrante paquistanês vivendo no Distrito Federal “[...] eu vou falar que eu estava, estava querendo falar sobre esse assunto mesmo [acesso de migrantes aos serviços de saúde]. Aí é bom esse é lugar, né? Expressar, também é falar os problemas imigrantes que tem.” (MM01DF). E da enfermeira brasileira que mesmo atuando há 1 ano na APS: “Isso é um tema válido, necessário. [...] na hora que eu fiquei sabendo [da pesquisa], eu falei assim - então vou ter muitos casos pra contar pra ela. Ô caso, casos demais da conta. Tanta coisa que eu passei. (ENFF03BR)”, demonstrando que o acesso dessa população gera demandas ainda não acolhidas de migrantes e profissionais da saúde.

Os migrantes participantes procuraram atendimento poucas vezes na APS no DF, sendo o ponto positivo mais citado a gratuidade do SUS. MM02DF procurou a UBS devido a uma gastrite aguda, MF01DF por conta de uma taquicardia, MF02DF e MF03DF não informaram o motivo da procura da APS. O participante MM01DF procurou a UBS duas vezes, mas em nenhuma delas foi atendido.

Sobre a primeira tentativa de acesso a UBS, o migrante paquistanês MM01DF conta:

Na verdade, eu fui [na UBS no DF] é aquele problema que eu tive ah no, eu não sei, estômago, esse problema é muito assim [...] não dá para sentar e não dá para você andar também. Você é, como que é chama? É, azia, assim azia sempre, todo dia todo dia. Agora por causa, eu tenho, como que fala? Como que fala *cousin* em português? É primo, né? Primo. Meu primo [no Paquistão] é doutor eu eu chamei para ele do aqui para explicar a minha [dor]. Aí ele me indicou uma remédio, eu agora tô melhor por causa desse remédio. Eu tomei aí tô melhor, bem melhor. Mas eu acho que eu sempre quando tem problema, eu estou precisando muito é de fazer esse exame ou consultar porque que eu tenho sempre assim. Quando eu fui lá a primeira vez aqui [UBS NO DF] no dia [...] a primeira vez quando fui lá, né? Eles disseram tem que esperar, não tem como atender. (MM01DF)

A alternativa encontrada pelo MM01DF diante do não acesso foi buscar auxílio via telefone de um familiar médico no Paquistão. Embora não seja ideal, ao menos o participante recebeu ajuda de um profissional qualificado o que muitas vezes pode não ocorrer. Mesmo diante das duas tentativas de acesso frustradas MM01DF avalia de maneira positiva o SUS “estou querendo ir para consultar, porque eu acho que os médicos do sistema público eles são bom são mais, é assim, bom.”.

Os migrantes residiram no Brasil e utilizaram o SUS, tanto a APS quanto os serviços de urgência e emergência, em outros estados além do DF e suas falas por vezes trazem um acúmulo dessas experiências. Isso reflete por exemplo de maneira positiva como no caso do participante paquistanês ou negativa como nessa fala do migrante costa-marfinense:

com certeza pelo fato de ser estrangeiro quando você quer ir pro hospital você tem um receio um pouco, será que vou ser bem atendido? Será que eu não vou passar por uma situação dessa de novo?’ e acaba que você também demora mais [a procurar atendimento de saúde]. (MM02DF)

Esse receio é reflexo de uma experiência negativa que MM02DF teve em uma UBS em Roraima narrada abaixo:

[...] eu tive uma experiência muito terrível lá. É, por ser estrangeiro, na verdade, foi um pouquinho dolorido, porque me lembro muito bem da primeira vez. [...] E na segunda vez, quando eu fui, voltei lá no hospital [UBS] para fazer a restauração é da coroa é o médico, não quis me atender. Ele não quis me atender, ele dizia, ele alegava ao fato que ele não estar vendo nada. Porque eu fui, na verdade ele me atendeu, deitei lá na cama do [consultório] dele, né, pra refazer a restauração da coroa, mas ele dizia que ele não estava vendo nada e pra ele não tinha nada a ser feito. Ele estava um pouquinho bravo, aliás, porque eu percebi que ele não queria nem atender mesmo. E ele levantou de um jeito mais ‘Vai vai vai vai não tem nada pode ir pode ir’ Então foi um pouco complicado. [...] Porque o primeiro foi perfeito, mas esse segundo é não foi muito bem, ele não me acolheu muito bem. (MM02DF)

Consistentes com outros estudos (Rocque e Leanza, 2015), os relatos dos migrantes MM01DF e MM02DF demonstram que o impacto do não acolhimento e de experiências negativas nos serviços de saúde tem um peso emocional, trazendo insegurança e questionamentos,:

[...] dificuldade de passar esse tudo que eu me senti que eu vou voltar para o meu país, aqui, porque fui doente, tudo chorei também aí. Não falei para o meu pai, pais, os 2 [pai e mãe], que a gente não fala, né? Mas depois eu falei a ele para expliquei esse tudo situação que eu passei, né? Tá aí depois, com o tempo, você sabe quando é costume [se acostuma], né? [...] Então é difícil, assim como a gente sente quando tem essas dificuldades fora do nosso país, né? Aí até se tu, se você tem problema vai lá no chegar no hospital, aí você não vai, for atendido, alguém não vai te dar atenção, aí você vai piorar, mas por causa do daqueles situação. (MM01DF)

A fala de MM01DF é forte por normalizar esse lugar do migrante de “se acostumar” as dificuldades enfrentadas no acesso a saúde, pelo desalento e preocupação com a própria saúde. Uma das partes interessadas apontou justamente como as experiências de não acesso ou acesso dificultado contribuem para a perda da confiança e o afastamento dos migrantes do SUS: “eu acho que também tem muito uma primeira busca que não dá certo, e aí depois ela [a busca] não continua, não é? [...] Então, acho que treinamento, sensibilização e formação é extremamente importante.” (OIF03BR).

O tempo de espera para atendimento de demanda espontânea ou do agendamento de consultas foi outro ponto negativo trazido pelos migrantes que avaliam como fator que desencoraja a procurar a saúde pública quando não se tem tempo, ou seja, quando está presente o senso de urgência. Porém, essa percepção de demora é vista como organizacional e não direcionada a população migrante.

O agendamento e tempo de espera para consultas e exames são barreiras percebidas também pela população brasileira e documentadas pela literatura que impactam no grau de satisfação dos usuários da Atenção Primária à Saúde no Brasil, incluindo estudos com recorte de gênero focado na percepção masculina (Gomide *et al.*, 2018; Furlanetto *et al.*, 2020; Nied *et al.*, 2020; Pavan *et al.*, 2020; Vieira *et al.*, 2021). Comparativamente, Martin, Siciliani e Smith (2020) identificaram que nos Países Baixos o tempo médio para conseguir uma consulta na atenção primária é de até 2 dias, sendo o segundo melhor resultado entre os dez países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico analisados.

Os migrantes MM01DF e MM02DF reportaram terem sido melhor atendidos respectivamente na APS em Campinas - SP e Macapá - AP. Ao questionar sobre o que fazia o atendimento nesses lugares ser bom, responderam:

Ouviu mais, ouviu mais. Ela é tipo doutora, né? e tem tinha um doutor e uma doutora, aí ela me diu [me deu] o tempo para explicar tudo assim meu história de exame, dizendo que ela falou [para eu] explicar como que a tipo, 'se no seu família tem alguém com dificuldade desse, eles também tem problema?', eu acho que eu fui, mas tipo, consegui explicar aí, eu acho que ele atenderem [entenderem] meu problema aqui, eu ter, tive, para eles me darem remédio, que eu acho que foi melhor. Foi bom. Aí eu me senti que agora é para mim dá para mim usar esse sistema [SUS], mas depois eu cheguei aqui em DF [e não conseguiu atendimento]. (MM01DF)

Em Macapá eles têm essa coisa de se aproximar do estrangeiro, e você sente você sente porque Macapá é uma cidade muito acolhedora. Até eu estava mal, mas o médico queria conversar mais comigo 'Você está aqui a quanto tempo? Você gosta de Macapá? Você mora onde?' E já você começa a se sentir bem, porque em Macapá ele gosta dos estrangeiros, tanto na minha experiência na faculdade, nos hospitais que eu passei, ou seja, no meu relacionamento do dia a dia com as pessoas e você sente porque o povo vem conversar contigo mesmo. (MM02DF)

Essas falas demonstram a necessidade da escuta e do tempo de consulta adequado à necessidade do paciente e seus impactos na percepção de acolhimento, cuidado, confiança e satisfação no SUS. A época dessa experiência os migrantes MM01DF e MM01DF associaram o fato de falarem melhor o português como um elemento que contribuiu para que o atendimento se desse da forma satisfatória.

A necessidade de dispor de um tempo maior para o atendimento de estrangeiros, principalmente aqueles com dificuldade de comunicação, é um ponto comum e recorrente entre os profissionais de saúde do Distrito Federal e dos médicos em Limburgo.

Os relatos dos profissionais de saúde neerlandeses trazem os desafios na gestão do tempo de consulta de 10-15 minutos para administrar questões linguísticas e culturais, atender as expectativas e necessidades dos migrantes e a preocupação com o atraso nos atendimentos dos demais pacientes. A queixa relativa ao tempo de consulta ser curto, contrasta com estudo de 2006 realizado em Rotterdam, Países Baixos, apontou que a consulta do GP com pacientes migrantes não ocidentais era 2 minutos mais curta quando comparadas as com pacientes neerlandeses devido em grande parte às limitações linguísticas (Meeuwesen *et al.*, 2006).

Segundo Meeuwesen *et al.*(2006), no geral os pacientes migrantes conversavam 30% menos que os neerlandeses e as interações do GP eram

dominantes e mais voltada a esclarecimentos/compreensão da fala dos migrantes. Os GPs também mostravam mais empatia, afetividade e envolvimento com os pacientes neerlandeses.

Conforme abordado anteriormente no capítulo Sistemas de Saúde, o tempo de consulta é regulado pela Autoridade Neerlandesa de Saúde (*Nederlandse Zorgautoriteit - NZa*), sendo uma das variáveis da remuneração das consultas que ocorre por faixas de duração em minutos (até 20 minutos e 20 minutos ou mais), incluindo o tempo usado pelo profissional para fazer as anotações no prontuário do paciente.

Embora admitida a possibilidade consultas mais longas que não seja uma consulta dupla, ou seja, para tratar de duas queixas, nenhum participante explorou essa possibilidade. Ao analisar a legislação, talvez isso ocorra devido a uma observação no documento orientador do NZa salientando que a cobrança dessa modalidade de consulta deve ser feita apenas se o tempo for diretamente relacionado ao atendimento do paciente, aparentando ter um rigor maior quanto a esse tipo de consulta (NZa, 2022).

Em contraste, o enfermeiro neerlandês ENFMC01NL relata que sua consulta tem duração que equivale a 4 vezes a do GP, entre 40 e 50 minutos. Para o enfermeiro, esse tempo é um fator que favorece para que ele estabeleça vínculo e tenha mais conhecimento sobre a vida dos pacientes.

O tempo de consulta não é definido pela legislação brasileira, sendo orientada a pactuação junto aos profissionais atuando em cada estabelecimento de saúde, conforme orientam os pareceres do Conselho Federal de Medicina e do Conselho Regional de Medicina do Paraná sobre a matéria (CFM, 1990, 2010; CRM-PR, 2022).

No sistema eletrônico E-SUS utilizado pela APS vem configurado um tempo padrão de 20 minutos por consulta, que pode ser customizado pelo coordenador da UBS conforme as necessidades locais (MS, 2018). O que é condizente com os relatos dos profissionais de saúde atuando no DF, que alegaram que o tempo estendido para prover o atendimento aos migrantes não é um problema em si, uma vez que o profissional tem autonomia para gerir a duração da sua consulta de acordo com a necessidade de cada paciente.

Um exemplo dessa flexibilidade foi dado pela terapeuta ocupacional TOF01BR que relatou que um atendimento dela dura cerca de 40 minutos, mas na vez que atendeu uma paciente migrante se estendeu por quase 2 horas, atribuindo esse tempo a necessidade da paciente venezuelana em ser escutada e a barreira linguística.

Embora a literatura sobre a relação do tempo de consulta, a satisfação do paciente e a qualidade do atendimento seja heterogênea (Elmore *et al.*, 2016; Irving *et al.*, 2017) e não haja um tempo considerado ideal, nossos resultados demonstram que esse é um fator importante para se promover a escuta adequada dos migrantes e de estresse entre os profissionais neerlandeses no atendimento à essa população e que deve ser considerado pelos órgãos reguladores e gestores.

A percepção de quem é considerado migrante foi um dos pontos que chamou a atenção durante as entrevistas com os profissionais de saúde neerlandeses e, conseqüentemente orientou os relatos de experiências trazidos pelos participantes. Cabe ressaltar que essa concepção não está relacionada ao desconhecimento da definição acadêmica de migrante, visto que todos aparentaram ter compreensão do conceito.

Quando perguntado aos profissionais neerlandeses sobre a nacionalidade de seus pacientes, percebe-se que aqueles oriundos de países não ocidentais eram citados com maior frequência e, por vezes, os migrantes oriundos de países europeus não eram considerados como migrantes como podemos ver nesses trechos:

[...] talvez tenham alguns [pacientes oriundos de países] da União Europeia, mas você não pensa, eu não penso neles como migrantes. (GPFC04NL, tradução nossa)

[...] Bem, eu acho que não tenho a população migrante comum porque eu tenho muitos [pacientes] migrantes, mas eles são muito bem-educados, e as consultas com a população de estudantes é diferente comparada a população normal. (GPFC01NL, tradução nossa)

Essa não percepção dos estudantes, migrantes europeus ou *expats*³⁵ (migrantes qualificados) como migrantes, parece estar relacionada a associação desses grupos a um mais elevado nível educacional e domínio do idioma inglês ou neerlandês, e conseqüente melhor comunicação, tornando-os de mais fácil manejo.

³⁵ Expats nos Países Baixos é a terminologia usada para migrantes qualificados. Disponível em: <https://www.cbs.nl/en-gb/custom/2015/03/expats-who-are-they--dutch-only--l>

Mesmo sendo admitidas as possibilidades de outras barreiras culturais, essas são relativizadas, uma vez que a comunicação é mais clara e facilita a mediação.

Essa visão remete a uma associação da escolaridade com a ocidentalização ou proximidade cultural que levam a uma “cegueira” da diferença que pode impactar no processo saúde-doença e no vínculo médico-paciente. O contrário, ou seja, a associação do não ocidental e do refugiado a baixa escolaridade, também surgiu no grupo focal realizado com enfermeiros no AZC e gerou um diálogo interessante entre os participantes.

A enfermeira ENFFCAR01NL contrasta a questão do estudo entre moldavos e sírios: “[...] O povo moldavo eles realmente, todos eles podiam ler, ou escrever ou o que quer que seja, pessoas mais velhas também, sim, mas da Síria, eu não sei” (tradução nossa). O enfermeiro ENFMCAR01NL, de origem marroquina e que fala árabe, interrompe a participante e cita que um dos seus pacientes da Síria é médico.

Além de indicar uma compartimentação ou visão generalizada por nacionalidades, ou seja, que o perfil socioeconômico é visto em macro grupos nacionais e não intragrupos, esse diálogo ainda pode indicar que a comunicação no idioma de origem do paciente facilita o estabelecimento de uma relação de confiança e de comunicação mais aprofundada.

Quanto a representatividade dentro do total de pacientes, os profissionais de saúde atuando nas UBSs no Distrito Federal e em Clínicas de Atenção Primária em Limburgo, definem que os migrantes são a minoria. Enquanto, devido a própria finalidade dos Centros de Acolhimento para Solicitantes de Refúgio (AZC), os atendimentos eram exclusivos a esse grupo.

No entanto, cabe salientar uma diferença quanto ao sentido de “minoria atendida” empregado pelos dois grupos. No caso dos profissionais de saúde neerlandeses atuando em clínicas, se referem a minoria dos pacientes registrados sob sua responsabilidade na clínica. Enquanto os brasileiros se referem ao número de atendimentos/consultas, como demonstra a fala da enfermeira ENFF02BR que atua a 3 anos na UBS “Aqui mesmo eu devo ter atendido acho que, sei lá acho que nem 10 pacientes assim estrangeiro, aparece bem pouco para mim.”

Em ambos os contextos descrevem que os atendimentos ocorrem majoritariamente por demanda espontânea por queixas pontuais (incluindo testagem

para COVID 19 no contexto do DF), inferindo uma percepção curativa da APS que pode indicar desconhecimento sobre o funcionamento da atenção primária pelos migrantes. No contexto neerlandês, os profissionais ainda reportaram que os estrangeiros procuram mais o serviço da atenção primária por problemas mais simples de saúde como um resfriado comum.

Diferente do Brasil, cabe lembrar que nos Países Baixos só é possível buscar atendimento nos hospitais em caso de risco à vida ou com encaminhamento do GP. Qualquer outra queixa de saúde é tratada na APS, o que torna o contato mais frequente.

No cenário do Distrito Federal, as consultas de rotina mais citadas ocorreram nos casos de acompanhamento pré-natal e de acompanhamento do desenvolvimento infantil, conforme explicam as participantes: Em Limburgo e em Brabante do Norte, os atendimentos continuados citados pelos profissionais neerlandeses se referem ao acompanhamento de idosos, pacientes com comorbidades e acompanhamento de saúde mental.

No Distrito Federal, percebe-se que essa demanda não é esperada, muitas vezes recebida com surpresa e apreensão:

[...] Quando eu via que era um migrante, é, que seria meu próximo atendimento eu já gelava [...] E aí, é, a minha experiência inicial foi de muito choque e dificuldade. (MDF02BR, grifo nosso)

Eu não esperava ter tantos estrangeiros como tem lá na UBS. Assim, eu achei que eu não iria encontrar. [...] Foi assim, quando chegou [o paciente] a gente, eu percebi que o paciente falava uma outra língua **sem tá esperando aquilo.** (ENFF01BR, grifo nosso)

É tanto que foi para mim uma surpresa muito grande quando eu me deparei com os estrangeiros, é, aqui em Brasília. [...] Não imaginava que que seria tanto assim, até porque, além de não saber que eles necessitariam tanto da atenção primária, é **a gente não pensa que pode [atender], né?** [A gente] não é preparado pra atender estrangeiros. Então, **quando a gente chega e se depara com estrangeiro é meio que um 'boom' assim na cabeça da gente, né? É, então, 'putz e agora? Eu vou fazer o que? O que eu faço?'** (ENFF03BR, grifo nosso)

A partir das falas dos profissionais de saúde, a surpresa com o acesso de migrantes pode estar relacionada a falta de conhecimento sobre os fluxos migratórios no Distrito Federal e da própria população adscrita e pela ausência de informação vindas gerência da UBS e outras instâncias da SES-DF sobre a presença dessa população. Embora o discurso de fenômeno migratório recente, a fala do enfermeiro

ENFM02BR, participante atuando a 9 anos na UBS de São Sebastião, indicou que atende migrantes na unidade desde 2012.

Essa informação juntamente com os relatos de seus colegas de UBS em São Sebastião (ENFF01BR, ENFF02BR, ENFF03BR, ENFM01BR, MDF01BR), demonstra que mesmo diante da presença dessa população no território a quase uma década a época da entrevista, não foram realizadas ações de capacitação junto aos profissionais de saúde.

O caso de São Sebastião é emblemático em nossa pesquisa, pois é onde se localiza um dos principais abrigos temporários no DF, com capacidade para 82 pessoas, que desde janeiro de 2021 (anterior as entrevistas desta pesquisa) recebe migrantes indígenas Warao da Venezuela encaminhados e acompanhados pela Secretaria de Desenvolvimento Social do governo do Distrito Federal (SEDES/DF)³⁶. Contudo, a presença do abrigo no território é incerta ou desconhecida dos profissionais de saúde atuando na região:

Então, assim, só de ter alguns estrangeiros, **eu fico até em dúvida se talvez São Sebastião seja algum ponto de apoio**. Assim, porque tem bastante assim e parece que eles ficam em grupos. Então, de certa forma, assim não é uma família que veio de fora e tá meio isolada. Parece que eles vêm é do país deles por algum motivo, e eles vêm em alguns grupos, então parece que tem alguma, alguma ponte nesse sentido. **Eu não sei se São Sebastião é o ponto, se eles ficam lá, se tem suporte da embaixada, alguma coisa, não sei dizer** assim, mas a impressão que eu tenho é essa. (ENFF01BR)

[...] tem muito venezuelano que veio, que que entrou lá por [Pacaraima]. E aí de lá vem pra uma a casa aqui, isso me falaram, né? Não consegui fazer essa visita. Vem pra essa casa e parece que eles ficam 3 meses nessa casa para ter um suporte, e depois eles têm que sair dessa casa porque vem outro grupo. (ENFM02BR)

Porém, a participante GGOVDFF01BR atuando na GASPVP, demonstrou conhecimento desse grupo de venezuelanos e afirmou haver diálogo entre a SESDF e as UBSs sobre a presença e atendimento desse e outros grupos de migrantes como chineses e haitianos no Distrito Federal. Diante desse desencontro com as informações trazidas pelos profissionais de saúde do DF, foi questionado sobre as ações desenvolvidas junto as equipes tendo como retorno:

Não, nada assim, muito específico, né? A gente só mesmo fez essa nota técnica [Nº10/2018], orientou mesmo as equipes e só mesmo. A gente não tem feito um planejamento assim, mais sistemático, né. (GGOVDFF01BR)

³⁶Projeto Warao da Secretária de Desenvolvimento Social do Governo do Distrito Federal: <https://www.sedes.df.gov.br/projeto-warao>

Apesar disso, a partir dos relatos dos profissionais atuando em São Sebastião, infere-se que mesmo esse grupo de migrantes Warao sendo acompanhado por órgãos governamentais do DF desde 2020³⁷, aparentemente essa informação não chegou aos profissionais da ponta participantes da pesquisa atuando na APS daquela região.

Dois médicos brasileiros MDM02BR e MDF01BR atenderam migrantes na APS em outros estados compararam a experiência com o DF, destacando a maior frequência de atendimentos e diversidade de nacionalidades e perfis socioeconômicos, tendo uma percepção de importância do DF nos fluxos migratórios, seja pela questão das representações diplomáticas e internacionais ou pela diversidade de nacionalidades e perfis de migrantes no território.

A diversidade econômica entre os migrantes no DF contrasta com imaginário do perfil do migrante e do usuário do SUS como população mais vulnerável, como demonstra o participante MDM02BR que relata o atendimento a um migrante francês em situação de rua e um nigeriano de alta renda:

[...] a gente tá nesse lugar aqui [Plano Piloto] que muita gente tem acesso ao serviço privado, então nem todos nos buscam [o SUS], então tem esse viés aí. **Os que buscam, às vezes, também é experimentar o serviço, não, não que ele não tem dinheiro, né? É, tem muita gente que a gente prescreve coisas que a média do nosso público não acessaria, mas que ele: 'não é, mas é quanto [o remédio]? É R\$100,00. Ah, não, isso aí? pensei que era caro', né?' Entendeu? Ele que veio com um relógio de ouro, ele que veio com, então tem uma coisa assim de realmente temos públicos diferenciados que até acessam o nosso serviço.** (MDM02BR, grifo nosso)

A fala ainda traz essa percepção de que a busca pelo SUS ao invés da rede privada de saúde por indivíduos dos extratos mais elevados das classes econômicas é atípico, vinculado a curiosidade e não ao reconhecimento e valorização do sistema.

A partir dos relatos dos profissionais de saúde e migrantes os aspectos que tornam o atendimento dessa população na APS mais complexo e desafiador são: a comunicação, diferenças culturais, tempo de consulta, desconhecimento sobre o sistema de saúde do país de residência, as experiências dos pacientes migrantes com os sistemas de saúde do país de origem, questões financeiras e de acessibilidade

³⁷Conforme termo de fomento nº 9/2020 celebrado entre a SEDES e a Cáritas. O instituto Migrações e Direitos Humanos cita a presença de indígenas Warao em Brasília a partir de novembro de 2019. Disponível em: <https://www.migrante.org.br/wp-content/uploads/2020/07/Relat%C3%B3rio-narrativo-final-vers%C3%A3o-final.pdf>. O boletim Comitê de Migrações e Deslocamentos da Associação Brasileira de Antropologia cita envolvimento do governo do DF no assentamento de migrantes Warao desde 2017. Disponível em: <https://www.bcmid.ufscar.br/index.php/bcmid/article/view/8>.

geográfica. Os relatos dos migrantes participantes da pesquisa no DF acrescentaram os aspectos documentais, organizacionais, o preconceito/xenofobia e experiências negativas com o Sistema Único de Saúde que serão aprofundados nos próximos tópicos.

4.2.1. Navegando o Sistema de Saúde e a Atenção Primária

Conhecer a organização e funcionamento do Sistema de Saúde é indispensável para acessar os serviços de maneira eficiente e adequada as necessidades do usuário, melhorando sua condição de saúde e bem-estar. Nas entrevistas semiestruturadas com os participantes migrantes MM01DF e MM02DF notamos que em nenhum atendimento na atenção primária, seja no DF ou nos outros estados onde residiram, receberam explicações sobre o serviço de saúde no Brasil. Isso por vezes se manifestou em suas falas ao usarem os termos hospital, UPA, Posto/UBS como sinônimos causando dúvida e confusão sobre onde buscar atendimento:

Então, é complicado para mim entender como que funciona essa é UPA, [Hospital] 24 hora, posto de saúde? Sim, é posto de saúde, é que tem meu amigo brasileiro ele me explicou posto de saúde, ali você tipo faz tratamento, tudo assim, no início tudo, mas eu não entendo o que a UPA, que é o hospital 24 horas. Como que funciona esses todos? Se você explica para mim, por favor. (MM01DF)

O mesmo ocorreu com o participante MM02DF quando questionado se sabia quando procurar cada um dos serviços de saúde respondeu: “Sei nada” e ainda sobre a questão do conhecimento sobre o acesso explicou:

Porque às vezes, quando nós vamos lá, nós não sabemos do procedimento, por onde começar, nem a gente não sabe, a gente só estabelece [faz] o cartão SUS, mas uma vez que você fica doente, você vai no hospital, você tá perdido, você sabe que você pode usar o seu cartão. [...] e às vezes são limitações que podem aparecer para que você chega no atendimento, você não sabe se você tem que dizer, explicar o porquê que está com o [cartão do] SUS, porque às vezes o atendimento, ou seja, a atendente, as pessoas que vão te atender, não sabe também que você é estrangeiro. Às vezes ele nem sabe que o estrangeiro também tem direito a ter o cartão SUS, ou seja, que o estudante migrante legal no Brasil tem acesso, ou seja, tem direito a ter o cartão SUS. (MM02DF)

Os profissionais de saúde da APS no DF participantes indicaram que o desconhecimento sobre o SUS e a vivência anterior em outros sistemas de assistência à saúde influenciam para a baixa procura da APS e a busca para fins curativos por demanda espontânea pelos migrantes. Ainda, pontuaram que o desconhecimento

afeta também a população brasileira e reconheceram que não fazem essa abordagem explicativa sobre o SUS, atribuindo essa responsabilidade a pessoa que faz o cadastro do paciente na porta de entrada.

Alguns ainda associaram a posse e familiaridade dos migrantes com documentos como CPF e Cartão do SUS ao conhecimento sobre o sistema de saúde. Contudo, como demonstra a fala do migrante MM02DF, possuir esses documentos é um ato burocrático que não representa necessariamente conhecimento sobre o SUS, seu fluxo de atendimento e a gama de serviços oferecidos pela Atenção Primária.

Ademais, o Cartão do SUS é apontado como um dos primeiros documentos nacionais com o qual os migrantes tem contato/acesso, principalmente pela não obrigatoriedade de status migratório regular para obtê-lo (IPPDH e OIM, 2016). Talvez, o Cartão do SUS para o migrante tenha um sentido mais amplo de documento de identificação oficial, como aparece na fala da enfermeira ENFF01BR “Eu falo [peço], a identidade, né? O ID, então eles já entregam o cartão do SUS. Então eles entendem de alguma forma que aquilo ali é a identidade deles pra saúde”.

A rede local de amigos e família foi a referência indicada pelos migrantes para busca de informações sobre o sistema de saúde brasileiro, nenhum citou qualquer referência oficial como sites governamentais ou organizações não governamentais. No entanto, as redes de amigos podem não ser suficientes para orientar minimamente sobre o funcionamento do sistema de saúde como relata MM01DF:

No início o meu amigos estrangeiros que eu tenho eles também não sabia, o que explicou a pergunta que você perguntou [sobre direitos e o SUS] [...] Aí depois, quando eu cheguei em casa perguntei minha esposa [brasileira pela] primeira vez como que funciona sistema saúde aqui. Aí assim ela explicou que aqui não é [como] no nosso país [Paquistão]. (MM01DF)

Tendo em vista que os migrantes recorrem a sua rede próxima para obter informações sobre saúde, o desconhecimento da população nacional sobre o SUS torna a população migrante ainda mais vulnerável, reforçando a necessidade do provimento de informações oficiais em meios e linguagem acessível tanto aos migrantes quanto aos brasileiros.

A própria gratuidade do SUS, que se assume de amplo conhecimento da população nacional, pode ser compreendida como não extensível a não nacionais, e mesmo não difundida entre os migrantes. Esse aspecto emergiu durante as entrevistas e foram transcritas abaixo:

Teve uma situação, eu tô me lembrando agora que você falou em relação à gratuidade, que **uma pessoa me perguntou quanto custava. Era um estrangeiro e me perguntou, se tinha que pagar.** Foi uma mãe que eu atendi e eu atendi as crianças dessa mãe e era em espanhol. [...] e eu ia mandar ela pra a pediatria de referência lá de São Sebastião, [...] **Aí ela perguntou se pagava, eu falei não, não paga.** Você vai ter consulta igual a gente aqui [na UBS], só que ela é uma pediatra mesmo, né? **Ela me perguntou essa questão se pagava consultas, se pagava o remédio que eu tinha passado para ela, se pagava os exames que eu tinha pedido. E eu falei que não pagava.** (ENFF01BR, grifo nosso)

[...] falei assim, 'você sabia que aqui é de graça, né?' Que ele tinha até perguntado para mim, de quanto que ia ser a consulta? Aí falei não, vocês não precisam pagar nada aqui não, tudo é de graça, aí ele botou mãozinha assim pra cima, 'oh, mucho obrigado, gracias gracias'. É, é tipo assim agradecendo, aí eu digo pois é a gente não paga nada na saúde não. Tudo aqui é de graça, remédio, medicamento, você pode ir na farmácia ali do lado, que a UBS tem a própria né, vai lá do lado e pega todas as medicações. Aí, ele se assustou, ele respondeu 'eu tenho que pagar quanto?' Aí fez assim [gesto de dinheiro], 'eu tenho que pagar?' E eu falei 'não, é de graça, pode ir, é tudo de graça, o senhor só pede lá e vê se tem, que as vezes não tem, né? As vezes falta muito remédio, pode ir lá, pode pegar, que é de graça'. Aí ele olhou e ficou assim assustado olhando pro céu, aí eu falei 'pode ir moço' e ele saiu feliz. (ENFF03BR)

O desconhecimento da gratuidade do SUS, bem como de sua universalidade, são fatores que podem se tornar barreiras ao acesso, pelo receio do custo ou da não elegibilidade de atendimento. Os relatos dos profissionais de saúde no Distrito Federal mostram que se reconhece as falhas na compreensão da APS pelos usuários, mas não existe uma ação estruturada para suprir essa demanda que se enquadra na educação em saúde, uma das atribuições das equipes de saúde da família

No âmbito dessa pesquisa, os participantes MM01DF e MM02DF foram orientados sobre a APS e o funcionamento do SUS como um todo. A fala do migrante MM02DF demonstra a reação diante das informações recebidas:

Uau, eu acho que é uma novidade para mim. Nunca ouvi falar, mas nos sabiam seja que eu podia ir para o hospital com o cartão SUS se estivesse doente, só isso, mas atendimento global [preventivo, reabilitação etc.], acompanhamento é assim, nunca ouvi falar. (MM02DF)

Nos Países Baixos, a visão de que a falta de compreensão sobre o sistema de saúde é percebida como fator que gera insatisfação dos usuários e prejudica a relação médico-paciente, levando a prática de abordar esses pontos na reunião introdutória de registro/cadastramento junto a clínica. Essa reunião não é uma imposição legal, mas uma prática comum realizada pelos GPs com todos os indivíduos, neerlandeses e migrantes, quando buscam se registrar em uma clínica. Conforme explica a médica GPFC01NL vários temas são abordados nesse primeiro contato:

[...] explicamos quem somos, qual é a nossa visão sobre a saúde, como preferimos trabalhar e como gostamos de nos adaptar às necessidades do paciente, na medida em que queremos que nos informem sobre como querem ser ajudados. Então, quais referências eles têm, como eles julgam uma boa relação com o médico e a gente faz um tipo de arranjo do tipo: 'ok, eu posso ser seu médico'. Temos vários médicos em nosso consultório, todos temos um toque pessoal. Então, explicamos como funciona, como funciona o sistema de saúde nos Países Baixos, porque às vezes também há diferenças com o país de origem, e qual é a nossa posição no sistema de saúde, mas também qual é a nossa maneira pessoal de exercer a medicina e, se convém, temos uma combinação. [...] Eu acho que é muito bom porque então você já esclareceu mal-entendidos comuns sobre a posição do médico de família e do sistema de saúde, mas também sobre formas de atuação pessoal e também você descobre algo sobre a história anterior e o contexto do paciente atualmente, mas também se eles tiveram uma história difícil viajando para cá ou ainda tem membros da família no país de origem. Então, você conhece o contexto social também. (GPFC01NL, tradução nossa)

Embora, o reconhecimento do impacto positivo presente no discurso de alguns profissionais de saúde participantes, a orientação sobre o funcionamento do sistema de saúde Neerlandês nem sempre é realizada na primeira consulta para registro na clínica. Em alguns casos essa consulta é realizada pelo GP proprietário da clínica e não é possível afirmar se tal orientação de fato é/foi dada, por vezes, a barreira linguística limita a orientação, tanto na transmissão da informação pelo profissional quanto na compreensão pelo paciente.

Alguns participantes também informaram que essa prática tem sido abandonada por algumas clínicas, sendo substituída por inscrições via formulário impresso entregue na recepção da clínica ou disponibilizado online. Dessa forma, o primeiro contato com o GP ocorre apenas quando o paciente tem o primeiro problema de saúde e busca atendimento. Independente da configuração adotada nas clínicas, todos os profissionais de saúde neerlandeses participantes dessa pesquisa relataram incluir em seus atendimentos a prática de informar minimamente sobre o sistema de saúde e o papel do GP aos pacientes migrantes.

Entretanto, dentro do próprio sistema neerlandês a navegação é diferente para os grupos de solicitantes de refúgio, uma vez que a APS tem características próprias, como ressalta o médico:

Eu digo que aqui [AZC] estamos realmente assistindo as pessoas. Se eles não estão aparecendo, a gente entra em contato, se eles têm um transtorno psiquiátrico, a gente visita no quarto. Nós estamos realmente indo atrás, mas se você está morando em uma casa normal em Maastricht, por exemplo, se você não chamar o médico, ele não vem. Ele não sabe que há um problema, provavelmente não percebe. Então, eu sempre explico que eles têm que ser

muito claros nas comunicações e suas expectativas e tudo mais.
(GPMCAR01NL, tradução nossa)

Portanto, sensibilizar e incentivar os profissionais de saúde em ambas as localidades a prática de prover informações e esclarecimentos necessárias para a utilização adequada e satisfatória para o bem-estar dessa população é importante ferramenta para facilitar e melhorar o acesso de migrantes à APS, bem como, atualiza e reforça o conhecimento do próprio profissional sobre o sistema de saúde.

4.2.2. Vivências em outros Sistemas de Saúde

Além do desconhecimento sobre o sistema de saúde do país de residência, a experiência com o sistema de saúde do país de origem (ou outros anteriormente utilizados) emergiu entre os participantes como referencial e balizador da expectativa do usuário e do uso dos serviços de saúde. As autoras Sargent e Larchanché (2011) reconhecem a relevância dessa relação ao afirmarem que ao migrar as pessoas não cruzam apenas fronteiras nacionais, mas também entre e através diferentes sistemas de saúde.

Essa dinâmica de comparação entre os sistemas de saúde do Brasil, Paquistão e Japão foi feita pelo migrante MM01DF:

Mesmo que nosso país [Paquistão] também é muito complicado [o sistema de saúde], mas eu acho que, desculpa dizer, mas sistema saúde nós [nosso] pelo facilidade eu não sei, mas primeiro atendimento, acho que lá é muito bom, nós não tem nada a mostrar os documentos, sim documentos tudo bem, se você está em dificuldade assim, eles vão te atender. Tem os departamentos de urgência né? [...] E aí eles atende, não tem nada com ver, perguntar pessoa, e eles veem pessoa tem dificuldade, aí eles, tipo, recebe e já eles colocam o a paciente para começar [o atendimento]. [...] Do país onde eu venho [Paquistão], eu acho que é porque eu sinto, acho que falo que Brasil é muito melhor do economia tudo é essas aqui. Aí eu pensei, até agora também penso, que sistema saúde lá [Paquistão] é bom pelo menos. [...] Lá no Japão, sistema de saúde tem [tive] experiência bom, por exemplo, não falava japonês, né? Aí cheguei no hospital tinha interpretor [intérprete] inglês, aí ele que fez tudo. [...] até tinha em português também e 2 - 3 línguas lá. Então, eu sei que depende muito de sistema de economia, né? Tudo cada país tem várias problemas, eu acho que pelo menos interpretor tem que ter, em posto saúde não sei se dá, mas pelo menos ter em hospital, né?
(MM01DF)

As dificuldades de comunicação e de acesso enfrentadas por MM01DF no Brasil na busca por atendimento tanto na APS quanto na emergência contrastam com as melhores experiências vivenciadas nos outros dois sistemas de saúde, trazendo

insatisfação. As comparações servem de base para destacar as dificuldades e as possibilidades de melhoria.

A falta de familiaridade com a atenção primária, principalmente nos Países Baixos onde o GP tem um papel de *gatekeeper* muito forte, foi apontada pelos profissionais de saúde como aspecto que influencia no uso, confiança e expectativas dos migrantes. O perfil e atuação do GP/Médico de Família também não é claro para muitos migrantes, como esclarece a médica GPFC01NL, o GP não é visto com confiança e capacidade, como um médico recém-formado ou apenas um meio para acessar a um especialista. Em muitos países, por exemplo, é comum o pediatra cuidar diretamente das crianças ou as mulheres irem diretamente ao ginecologista, enquanto nos Países Baixos e no Brasil grande parte dessas áreas são realizadas pelo GP/Médico de Família e isso causa estranheza e desconfiança nos usuários migrantes.

O médico GPMCAR01NL abordou um aspecto mais sutil, o imaginário dos migrantes sobre a figura do médico e o estranhamento dos pacientes com a aparência dos profissionais de saúde neerlandeses que não usam “roupa de médico”: “Então, é muito estranho você ter um médico sem jaleco branco sentado lá e ele estar dizendo que é médico, mas ele não parece um médico. Então esse é um dos problemas” (GPMCAR01NL, tradução nossa). Pesquisas com pacientes identificaram uma associação de satisfação, confiança, qualidade do atendimento e profissionalismo com o uso do jaleco branco pelos médicos em vários países, incluindo o Brasil e os Países Baixos (Petrilli *et al.*, 2015).

Outro ponto observado pelos participantes foi a visão paternalista dos migrantes sobre a relação médico-paciente e o estilo de comunicação utilizado que se contrapõe a abordagem centrada no paciente da APS que valoriza o envolvimento do paciente nas decisões. O participante GPMCAR01NL explica como geralmente é essa dinâmica:

Eu digo: ‘Ok, esse é o problema, mas nós temos as opções A, B e C [de tratamento], qual é a melhor para você? Porque você tem um contexto diferente.’[...] e na maioria das vezes eles me falam ‘Mas você que é o médico! Me diga o que é melhor pra mim.’ Às vezes eu brinco e digo ‘Ok se eu disser que pular no rio é bom pra você, você faria isso?’ ‘Não faria isso!’ ‘Então, por que você está fazendo isso agora?’ Mas eles [migrantes] não entendem [essa dinâmica] (GPMCAR01NL, tradução nossa)

O comportamento mais receptivo dos migrantes também gera dúvidas quanto a honestidade do paciente e a adesão aos tratamentos. A médica GPFC06NL resumiu esse sentimento “Eu penso que as vezes eles dizem ‘sim’ também quando pensam ‘não’ porque eles não se atrevem [a argumentar]. Sim, eles pensam que não é permitido ou apropriado. Então, eu penso que recebemos muitos sorrisos e eles fazem outra coisa. (tradução nossa)”

Embora a bagagem paternalista da relação médico-paciente tenha sido associada como traço cultural, a vulnerabilidade ou escolaridade dos migrantes, é preciso investigar se essa postura passiva não está relacionada a dificuldades de comunicação ou outros fatores.

A abordagem da Atenção Primária neerlandesa de “esperar para ver” (*wait-and-see approach*) antes de prescrever exames e medicamentos, é uma das diferenças nos cuidados de saúde que os médicos e enfermeiros atribuíram ao sentimento de insatisfação dos migrantes por interpretarem essa postura como descaso, que suas queixas não são levadas a sério. Esse sentimento por parte dos migrantes é um dos fatores que os médicos neerlandeses associam ao uso paralelo de sistemas de saúde, seja cruzando a fronteira para a Bélgica ou Alemanha ou buscando cuidados de saúde no país origem.

O uso transnacional dos serviços de saúde por migrantes não é uma novidade na literatura e geralmente ocorre de maneira oportunística durante viagens ao país de origem (mas não limitado a ele) motivados pelo acesso limitado aos serviços de saúde, dificuldade de acesso a medicações e exames (e.g. antibióticos, ressonância), a especialistas, barreiras linguísticas e custo no país de residência, percepção de qualidade do serviço, busca por segunda opinião, diferenças culturais, entre outros (Villa-Torres *et al.*, 2017; Şekercan *et al.*, 2021).

Os participantes neerlandeses reportaram que esse comportamento é mais perceptível entre os migrantes de origens Turca e Marroquina, que tem costume de visitar o país de origem com uma frequência maior. Essa percepção é condizente com outras pesquisas como a de Sekercan *et al.*(2021) que relata prevalência desse comportamento nesse grupo comparado a migrantes de outras nacionalidades residindo nos Países Baixos. Os autores apontam a distância cultural como um dos principais fatores para essa prática. Alguns profissionais relataram que essa prática

impacta na sua atuação e na saúde do migrante, que pode interromper ou iniciar novo tratamento, além de se submeter a exames desnecessários.

Outra forma de bagagem do país de origem que impacta no uso da APS é relação do afastamento por saúde no mercado de trabalho e a apresentação de atestado médico. Nos Países Baixos não há essa exigência, mas, leva os migrantes a procurarem o GP, seja por desconhecimento ou dúvida.

Em vários países como o Brasil, a ausência do trabalho por motivos de saúde deve ser justificada pela apresentação do atestado médico. No caso brasileiro, gera um fluxo nos serviços de saúde, em especial os de urgência e emergência. Estudos no Mato Grosso e no Paraná identificou que os migrantes procuravam o serviço de saúde majoritariamente na busca de atestado médico, uma adequação ao mercado de trabalho brasileiro que era recebido negativamente pelas equipes de saúde (Barreto *et al.*, 2019; Delamuta *et al.*, 2020; Martins e Gugelmin, 2021). Contudo, esse cenário pode indicar um dos primeiros contatos do migrante com o sistema de saúde, sendo uma oportunidade de informar sobre o sistema de saúde e os direitos assegurados.

4.3. Comunicação

A barreira linguística é mais citada e analisada na literatura acadêmica e emergiu nas falas de todos os participantes (migrantes, profissionais de saúde e partes interessadas), apontada pela maioria como a principal barreira no acesso de migrantes aos serviços de saúde e diretamente relacionada a qualidade do cuidado prestado (Ahmed *et al.*, 2017; Samkange-Zeeb *et al.*, 2020; Shamsi, Al *et al.*, 2020).

A terapeuta ocupacional descreveu a interação com pacientes não falantes de idioma comum como “bem difícil assim, é como se fosse uma pessoa surda que chega lá e eu não sei libras por exemplo.” (TOF01BR). A médica GPFC04NL ressaltou que a dificuldade com um segundo idioma afeta não apenas o migrante, mas também os profissionais de saúde: “Sempre tem barreira [linguística]. Não é a língua materna deles e nem a minha. Penso que é assim para todos que não estão falando seu próprio idioma. Para mim agora, falando em inglês eu tenho que pensar sobre o que estou falando. (tradução nossa)”

A dificuldade com o idioma atravessa todo o fluxo, desde a informação disponível sobre o sistema de saúde ao cuidado propriamente dito e, por isso, toda a equipe deve estar ciente e ser capacitada a lidar com essas limitações. Os participantes relataram situações como o absenteísmo mais frequente dos migrantes, e uma das médicas pontuou uma situação em que a dificuldade da recepcionista em falar em inglês com um paciente acabou por agendar um horário incompatível com a disponibilidade do paciente, ocasionando a falta na consulta. A médica GPFC03NL ressaltou que o absenteísmo pode se tornar uma barreira também, pois alguns GP tem a regra de desvincular pacientes que faltam consultas.

Pandey *et al.* (2021), esclarecem que pacientes com limitações de comunicação tendem a ter mais dificuldade em conversar com a recepção da clínica para realizar agendamentos, compreender as instruções dadas e, quando não compreendem algo, são menos propensos a buscar esclarecimentos para confirmar as informações ou instruções. Tentar compreender essas limitações e adotar medidas como falar mais devagar, repetir a informação, enviar mensagens de texto ou e-mail de confirmação do agendamento podem auxiliar na compreensão da comunicação.

Entre os migrantes entrevistados (MM01DF e MM02DF), nenhum deles chegou ao Brasil falando o idioma e o domínio da língua portuguesa foi progressivo. Os participantes MM01DF, MM02DF, MF01DF e MF02DF avaliaram como bom ou muito bom o seu domínio do idioma (fala, escrita, leitura e compreensão oral) à época da participação. A migrante haitiana MF03DF foi a única a avaliar ter pouco domínio do idioma e não se sentir confortável/confiante para usar este ou outro idioma que não a língua materna (Creole) para falar sobre questões de saúde.

Sobre o aprendizado do idioma, para o paquistanês MM01DF cuja língua materna é o Urdu, ocorreu tanto no convívio com brasileiros quanto em aulas de português oferecidas à comunidade migrante na Universidade Federal do Rio Grande do Sul e no Centro Interescolar de Línguas do Guará no DF. O costa-marfinense MM02DF ao chegar fez um curso de 3 meses na Universidade Federal de Roraima como parte do programa PEC-G, obteve aprovação no teste de proficiência e a partir daí alcançou a fluência ao longo da vivência e do percurso acadêmico, a época ao falar sobre o assunto destacou:

[...] hoje em dia por ter passado 5 anos, mais de 6 anos aqui, quase 6 anos aqui meu processo de reflexão não é mais do francês para português, agora,

quando eu falo, é como se eu estou traduzindo do português para francês. Então, eu me dou muito bem falando bem português, até às vezes eu esqueço algumas palavras em francês, então agora tá tudo ótimo. A língua não é uma barreira para mim e consigo ir ao hospital explicar o que eu sinto muito bem português do que em francês. Porque eu vou encontrar um médico, aliás, que fala português, então é para mim é muito mais fácil em português. (MM02DF)

A percepção de tempo de residência com maior domínio do idioma local foi apontada por vários profissionais de saúde nos dois países. Os neerlandeses ainda compararam que as barreiras linguísticas são mais acentuadas entre os migrantes recém-chegados ou migrantes de primeira geração e que a segunda geração (descendentes) já tem melhor domínio do idioma local e atuam como facilitadores da comunicação com os demais. A comunicação com os pacientes migrantes que vivem a mais tempo no país geralmente é em neerlandês, e o enfermeiro ENFMC01NL ainda ressalta que neste grupo o Inglês é frequentemente um problema pela falta de domínio.

O médico GPMC02NL - que fala vários idiomas - observou que a língua também é uma ferramenta de acolhimento e confiança e que mesmo utilizando uma ou outra palavra no próprio idioma do paciente serve como um indicativo de interesse e compreensão. Nesse caso, a língua tem uma função que vai além da comunicação médica, assume um papel de atenuar a tensão, quebrar o gelo, atua como um gesto de acolhimento que demonstra certo interesse, abertura, empatia e respeito do profissional de saúde à origem do outro, favorecendo uma relação mais aberta, amigável e de confiança por parte do paciente (Filler, Jameel e Gagliardi, 2020; Samkange-Zeeb *et al.*, 2020).

As narrativas dos migrantes no Brasil demonstram que o domínio do português contribui para a confiança e disposição em buscar os serviços de saúde. No entanto, outros fatores como o medo da discriminação e de serem maltratados, principalmente entre os que tiveram experiências negativas, por vezes são mais preponderantes nessa decisão:

Agora os dificuldades para imigrantes eu acho que o é língua, primeira coisa, eu acho que tem que ser [ter] alguma interpretor [intérprete] ou alguma coisa assim, alguém tipo bem básico, por exemplo, eu falo português pelo menos básico e entendo também dá para me explicar, mas tem pessoas os imigrantes, meu amigos mesmos que quando eles vão precisa, acho que pra ele não tem nenhum direito, se eles vão sozinho num é hospital, posto saúde, para explicar, né? [No DF] eu tentei, por exemplo, num departamento de saúde, né, hospital, UPA é posto de Saúde, ninguém fala inglês, talvez eu

nem, eu tentei é às vezes para falar, né? Eu perguntar se você fala em inglês, aí ele fala 'falo não', mas aqueles imigrantes que não fala português, nada, eu acho que é uma coisa é importante isso posto de saúde talvez no hospital, se você vai ter um intérprete inglês que é uma língua *internacional*, né? Eu acho que vai ajudar muito para essas imigrantes para explicar que problema eles têm. As vezes os imigrantes quando os tem problema, eles não vão para a saúde por causa dos vários medos e [da] língua, e também o atendimento [quando é negado ou dificultado]. (MM01DF)

Quando ainda não tem domínio e confiança no português os migrantes relataram terem buscado os serviços de saúde na companhia de algum conhecido. O migrante costa marfinense MM02DF narrou um episódio ocorrido em Boa Vista Roraima, que demonstra como a dificuldade de comunicação pelo vocabulário limitado pode levar a uma opção de tratamento menos adequada e não desejada pelo migrante:

[...] eu tinha feito já 1 mês de português, então eu estava já [me] virando, mas eu fui com alguém para me orientar melhor, senão ao invés de fazer o canal eu acho que iria tirar meu dente, era isso que eu queria fazer porque eu não tinha palavras suficiente para explicar tudo isso. (MM02DF)

Os profissionais de saúde ressaltaram que o exercício da profissão depende muito da comunicação que descreveram como a principal ferramenta que impacta na qualidade do cuidado prestado, tanto do ponto de vista da escuta das queixas e demandas do paciente como para discutir diagnósticos e orientar sobre as opções de tratamento. A enfermeira ENF02BR pontuou ainda a frustração e desencorajamento que a limitação linguística traz ao paciente que percebe que não adianta falar se o profissional de saúde não o compreende.

Os profissionais de saúde trouxeram relatos que ilustram os desafios da comunicação limitada nos atendimentos que exigem tratamentos mais invasivos e cuidado continuado como pré-natal, comorbidades e infecções sexualmente transmissíveis, como o caso abaixo:

Um caso de sífilis que eu já atendi de venezuelanos que nunca tinham tomado a benzetacil na vida. Então e aí? Como é que, é, explicar pra, pro venezuelano a dor da a benzetacil e que é uma medicação que ia doer, como explicar? Como vou explicar para uma pessoa que como como que ele conseguiu pegar, e como foi transmitido essa sífilis, como é esse tratamento dessa sífilis, aonde ele adquiriu, é, quando que ele pode ter adquirido, qual a prevenção dessa sífilis e o tratamento que é duradouro em questão de remédios e tudo. [...] Ele fez o tratamento dessas 3 coisas [injeções] que a gente repetia 'oh, semana que vem' aí é com sotaque 'Semana quem voltastes, viu?' Aí tinha que mostrar injeção 'aqui [na UBS], viu? voltastes, é, sete dias', aí consegue, pode é como meio que mistura o espanhol com o português pra ver se facilita a comunicação, é, mas ele é, tinha, teria que voltar pra dar continuidade, pra mais atendimento em relação a isso, mostrar

como é que usa o preservativo, essas coisas, mas não voltam, não voltam também porque já estão acostumados com esse tipo [de doença] e a gente não consegue dar [atenção adequada]. E tem grávidas também, grávidas que vão também, e aí para a gente explicar que ela não pode comer açúcar porque ela tem diabetes, então é difícil 'oh não pode doce no, no, viu?' É assim que a gente fala, é horrível, é vergonhoso. Eu já atendi gestantes, várias gestantes venezuelanas que sempre vem com dúvidas e não entende o que a gente diz. E atender o pessoal sintomático, 'duendo a la cabeza?' Aí eu tenho que mostrar cabeça, 'coriza? é, doendo la garganta?' Aí, tipo assim, pra tentar entender eles, acho que eles entendem um pouco mais a gente do que a gente eles. Mas fica ela: 'o que? Como é que é? [enfermeira repete] 'garganta duele?' Assim pra tentar expressar o máximo. A saúde e enfermagem é isso, a gente tenta ao máximo. (ENFF03BR)

A percepção da responsabilidade da compreensão / aprendizado do idioma foi uma diferença percebida entre os profissionais de saúde neerlandeses e brasileiros. Os participantes neerlandeses atribuem ao estado a responsabilidade de prover o serviço de intérprete formal e ao migrante a de aprender o idioma local ou prover intérprete informal.

Essa atribuição de responsabilidade ao migrante sobre a resolução da discordância linguística foi percebida por Van Rosse *et al.* (2016) em estudo conduzido em 4 hospitais nos Países Baixos, resultando no uso mais frequente de intérpretes informais ou a total ausência de intermediação da comunicação comprometendo a segurança do paciente.

O aprendizado do idioma local é valorizado pelos profissionais de saúde neerlandeses participantes, que em sua maioria, preferem atender os pacientes migrantes em neerlandês ou inglês. Contudo, é preciso considerar que segundo o Ministério da Educação, Cultura e Ciência (*Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap*) entre 2013 e 2021, 86% dos refugiados e 90% dos migrantes que concluíram o exame de integração alcançaram apenas o nível A2 de neerlandês, o mínimo exigido (MOCW, 2023) o que pode gerar impactos e limitações na comunicação relacionada a saúde.

Já os brasileiros, tomam para si a responsabilidade de aprender outro idioma para a comunicação com o migrante. Esse senso de responsabilidade dos profissionais brasileiros gera frustração, sendo o relato da enfermeira ENFF03BR um dos mais marcantes sobre esse sentimento:

[...] não é obrigação do paciente saber falar português, [...] mas nós como [profissionais de] saúde temos que falar do modo que ele fala, porque é ele que é prioridade pra gente e não o contrário. Eu fico chateada. [...] eu fico lá tentando falar um portunhol pra tentar ajudar eles, às vezes eu não sei nem

se eu tô atrapalhando, né? Tem uma colega minha residente, esse povo jovem, é tudo meio assim, gosta de ficar atentando, [...] no sentido de que me viu tentando falar em espanhol com as pessoas e fez foi rir da minha cara. Como quem diz, tirando sarro, 'tá lá agora você está formada em espanhol, tá lá você tentando falar com eles'. É porque eu quero tentar ao máximo facilitar a comunicação, né? Nem que com portunhol meio feio, né? (ENFF03BR)

A falta de acolhimento dentro da equipe é um fator que pode retrair as tentativas de acolhimento dentro da APS, incluindo entre os profissionais que possuem um segundo idioma. Outra percepção comum entre a maioria dos profissionais brasileiros é a de maior facilidade de comunicação com falantes de espanhol, mesmo sem o conhecimento do idioma.

Embora os poucos estudos que abordem o uso do “portunhol” no atendimento de estrangeiros falantes de espanhol nos serviços de saúde do Brasil tenham indicado o seu uso como atenuante das dificuldades de comunicação e não tenham identificado impactos relevantes na comunicação entre profissionais de saúde e pacientes, é preciso ressaltar que estes foram realizados em zonas de fronteira onde o uso dessa interlíngua é mais comum (D'Alessandro, 2020; Martinez, 2020).

Por isso, é necessário ter cuidado com essa aparente similaridade entre os idiomas português e espanhol para não comprometer o atendimento em saúde ao não considerar as diferenças linguísticas, a compreensão da comunicação por parte do paciente migrante e a eventual necessidade de intérprete.

Os profissionais brasileiros também relataram a falta de suporte da gestão e do governo no atendimento a migrantes e o desconhecimento da Gerência de Atenção à Saúde de Populações em Situação Vulnerável e Programas Especiais (GASPVP/SESDF). No entanto, quando questionados se em algum momento haviam levado essas demandas relacionadas ao atendimento de migrantes a gerência da UBS ou outras instâncias da Secretaria de Saúde do DF, as respostas eram negativas e demonstravam a falta de informação sobre onde buscar auxílio:

Então, não tem, não tem suporte de governo, secretarias, nem gerência, essa logística de atendimento [...], mas creio, assim que deveria ter uma coisa para a gente poder não precisar sair a procura de outro [colega], né? Então, não tem logística nem de gerente, nem de governo, nem nada desse atendimento. (ENFF03BR)

Olha não é falta de vontade não, na verdade a gente não tem nenhum conhecimento aqui de alguém que pudesse nos ajudar em relação a isso. [...] (MDM02BR)

A sobrecarga de trabalho e a baixa demanda de migrantes foram citados pelos profissionais de saúde de ambos os países como motivos para não registrar e solicitar suporte da gestão local de saúde. Entre os neerlandeses, a participante GPFC02NL se aprofundou no tópico e expressou insatisfação com os órgãos de gestão da saúde e da associação de GPs nos Países Baixos das quais fez parte ao longo dos seus 31 anos de profissão, alegando que em sua experiência, mesmo diante de tantos cortes de benefícios e financeiros na saúde, a classe médica agia como “o melhor aluno da classe” se mantendo obediente e quieto.

Mesmo que entre os profissionais de saúde brasileiros participantes não tenhamos identificado a formalização das demandas do serviço de saúde para atendimento de migrantes, a participante atuando na GASPVP/SESDF alegou receberem demandas relacionadas a dificuldade de comunicação. Entretanto, não havia um mapeamento dessas demandas, tampouco uma estratégia ou ação de resposta dentro da gerência para atender essas demandas.

Nas entrevistas com os profissionais de saúde neerlandeses percebeu-se que a dinâmica sobre as demandas relacionadas as dificuldades de comunicação no atendimento aos pacientes migrantes são tratadas individualmente pelo profissional de saúde, nenhum profissional relatou dinâmica similar a dos brasileiros de buscar outros colegas para auxiliar na comunicação durante o atendimento. Também não identificamos que suas demandas tenham sido levadas a outras instâncias governamentais ou associações de classe como formas de buscar melhorias das condições de atendimento.

A barreira linguística foi percebida como ainda mais presente no encaminhamento de pacientes para outros níveis de atendimento das redes de saúde, em especial nos Países Baixos:

Sempre temos [problemas] quando a gente manda pessoas para o hospital ou para o especialista, a gente manda cartas e todas essas cartas sempre dizem que você pode fazer contato com um tradutor e é de graça porque os hospitais podem criar muita dificuldade. Eles dizem: 'Sim, bem, você deve levar alguém com ele ou não podemos falar com ele. Não temos comunicação'. E temos há muito tempo solicitantes de refúgio nos Países Baixos, mas ainda assim é um problema para os hospitais ou especialistas ou que eles se recusem a chamar intérprete. (ENFFCAR01NL, tradução nossa)

Quando questionados se essa conduta seria resultante da falta de informação por parte dos profissionais de saúde, os enfermeiros afirmaram acreditar que esses

profissionais têm informação suficiente e levantaram hipóteses de que isso ocorra pelo atendimento aos migrantes tomar um tempo maior e pela falta de familiaridade com esse tipo de paciente. A enfermeira ENFFCAR01NL falou acreditar que o desafio de atender essa população deve assustar algumas pessoas.

As narrativas dos profissionais neerlandeses ainda revelam que os migrantes são afetados de maneira diferente de acordo com sua língua materna, domínio do idioma local ou mais difundidos como o inglês, devido a disponibilidade de profissionais que as falem. Outro ponto é o acesso condicionado a uma rede de contatos pessoal do profissional de saúde, uma vez que não há uma rede organizada de profissionais bilíngues ou políglotas, fragilizando ainda mais o processo de encaminhamento de migrantes pela APS. Quando realizado o encaminhamento pela APS, o tempo de espera é outro ponto de preocupação tendo em vista a agudização do quadro.

No DF a falha no encaminhamento dentro da própria UBS foi reportada pela terapeuta ocupacional (TOF01BR) que atua em um Núcleo Ampliado de Saúde da Família, relatando que durante a pandemia ao auxiliar uma migrante na porta da UBS identificou que essa paciente acompanhada pela unidade tinha esquizofrenia e que não havia sido encaminhada a ela, como geralmente ocorre para as terapias coletivas. Para a profissional a barreira linguística é uma provável razão do não encaminhamento e do cuidado focado na medicalização nesses casos.

Essa problemática no encaminhamento de pacientes migrantes expõe uma barreira organizacional na qual o paciente não usufrui dos cuidados disponíveis aos quais é elegível por um posicionamento do profissional de saúde da ponta ou do especialista, relacionado a percepção da barreira do idioma.

A questão do tabu em torno da saúde mental e dos sintomas psicossomáticos também foi trazida pelos neerlandeses que assim como em outros estudos (Priebe *et al.*, 2011; Parsons *et al.*, 2014; Habib *et al.*, 2023) apontaram que diante da limitação linguística, os profissionais de saúde tendem a buscar diagnóstico por meio de exames, deixando os migrantes mais propensos a exames desnecessários e as suas potenciais complicações.

O cenário contrário também é observado na literatura (Samkange-Zeeb *et al.*, 2020; Shamsi, Al *et al.*, 2020), apontando que a comunicação inadequada limita a

avaliação médica, incluindo a necessidade de exames, atrasa o diagnóstico, compromete a aderência ao tratamento e impacta o acesso de migrantes aos cuidados preventivos levando a piores resultados de saúde e impedindo que a APS atinja sua finalidade e resolubilidade.

Na falta de intérpretes formais e do domínio de um idioma comum entre profissionais de saúde e paciente, a comunicação ocorre no que a literatura chama em inglês de “*getting by*”, em português algo como “se viram/vão se virando” com o que estiver disponível para realizar o atendimento, seja um parco conhecimento do idioma do outro, gestos, tradutores online entre outros recursos (Diamond *et al.*, 2009; Gill *et al.*, 2011; Parsons *et al.*, 2014; Steinberg *et al.*, 2016). Os recursos e estratégias relatados pelos profissionais de saúde participantes são abordados no próximo tópico.

Percebe-se que se por um lado a APS necessita - e busca - adaptar-se a diversidade linguística e cultural pela própria função de porta de entrada e ordenadora do cuidado, os relatos dos participantes no Distrito Federal, em Limburgo e Brabante do Norte indicam maior resistência no acolhimento de migrantes nos demais níveis da rede de atenção à saúde comprometendo o acesso ao sistema de saúde e indicando a necessidade de capacitação e sensibilização de toda a rede.

Além dos entraves organizacionais vivenciados por todos os usuários como a disponibilidade de serviços e profissionais e tempo de espera em ambas as localidades estudadas, os migrantes ainda são afetados pela barreira linguística que limita a identificação de demandas de saúde e o acompanhamento adequado, em especial nas questões de saúde mental que requerem comunicação mais complexa e reflexiva na exploração de pensamentos e sentimentos.

4.3.1. Estratégias para reduzir as barreiras de comunicação

Os profissionais de saúde relataram o emprego de diversos recursos já explorados pela literatura (Rocque e Leanza, 2015; Ahmed *et al.*, 2017; Robertshaw, Dhesi e Jones, 2017; McGarry *et al.*, 2018; Krystallidou, Langewitz e Muijsenbergh, Van den, 2021) como uso de intérpretes formais e informais e tradutores online, no intuito de reduzir a barreira de comunicação e prover o melhor atendimento possível aos pacientes migrantes, como afirma a médica GPFC06NL “Se possível, tudo que

valer a pena! Eu uso Google tradutor³⁸ se eles puderem ler. Sim, eu tento me comunicar com tudo que eu puder.”

O mais indicado nos casos de discordância linguística é o uso de intérprete formal, preferencialmente com treinamento para atuar na área de saúde, visando a qualidade e acurácia da comunicação e cumprimento dos requisitos legais e éticos de segurança e privacidade do paciente (Robertshaw, Dhesi e Jones, 2017; Habib *et al.*, 2023; Heath, Hvass e Wejse, 2023). O papel do intérprete formal por vezes não se restringe a mera tradução entre idiomas, atuando também como mediadores culturais.

Os intérpretes podem atuar presencial ou remotamente via telefone ou videochamada. Ahmed *et al.* (2017), ainda pontuam que o intérprete pode realizar a tradução simultaneamente, frase por frase ou resumir o conteúdo, sendo a última menos recomendada por ter filtro intencional ou não do intérprete. No entanto, nem sempre é uma alternativa disponível, pois depende de regulamentação e disponibilidade financeira.

O uso de intérpretes formais foi escasso entre os profissionais atuando em UBS no DF e em clínicas em Limburgo, mas rotineiro entre os profissionais atuando nos AZC em Brabante do Norte devido a política pública neerlandesa que garante essa assistência aos solicitantes de refúgio.

Os casos de comunicação via intérprete formal no DF foram assim identificados pelos dois profissionais de saúde que trouxeram os relatos, porém não foi possível checar se o intérprete era de fato um profissional dessa área. Nesses casos, a presença do intérprete foi uma iniciativa do próprio paciente e estava relacionada a representações diplomáticas, portanto estando acessível a um seleto grupo de migrantes.

Contudo, a dinâmica com a presença do intérprete pode ser problemática como pontua o médico MDM02BR “a gente às vezes entendendo a outra língua meio que atravessa isso tudo, né? Vai tentando ter a paciência dele [intérprete] explicar, mas a gente já começa a falar inglês, e atravessa o tradutor.” A interrupção do intérprete por profissionais de saúde como no relato não é incomum e aponta a importância de

³⁸ O Google tradutor é uma ferramenta/serviço de tradução online gratuita (texto-texto / texto-voz / voz-voz) disponível nas versões para navegador (browser) e aplicativo para celular desenvolvida pela empresa de tecnologia estadunidense Google. Até a conclusão dessa tese oferecia tradução entre 133 idiomas. Possui ainda recurso de tradução de textos por meio de foto/imagem.

treinamento para que os profissionais trabalhem em conjunto e possam ter melhor proveito desse recurso (Leanza, Boivin e Rosenberg, 2010; Hadziabdic e Hjelm, 2013).

Nos Países Baixos o serviço de intérprete formal via telefone é subsidiado pelo governo para solicitantes de refúgio, para refugiados reconhecidos nos primeiros 6 meses de residência e para a Atenção Primária que atende residentes em áreas de vulnerabilidade econômica e social que são anualmente definidas pela NZa. Contudo, apenas uma médica tinha conhecimento dessa última possibilidade.

Embora disponível, o uso do serviço não é frequente nas clínicas fora dos centros de acolhimento para solicitantes de refúgio, mesmo nos casos cobertos pelo governo. Os profissionais de saúde relacionam o uso do intérprete formal a situações específicas e mais delicadas onde a presença do intérprete informal possa causar desconforto.

Questões como o tempo curto de consulta, a dinâmica da tradução via telefone, confiança e restrições administrativas-financeiras foram os principais motivos apontados pelos profissionais neerlandeses para a não utilização desse serviço. Esses fatores que afetam a decisão de como conduzir a comunicação com o paciente foram identificados em outros estudos (Diamond *et al.*, 2009; Steinberg *et al.*, 2016; Robertshaw, Dhesi e Jones, 2017) e constituem o que Parsons e suas colegas (2014) chamaram de dilema entre a prática ideal e a real.

O envolvimento do paciente na decisão do uso de intérprete formal só foi relatado pelas médicas GPFC01NL e GPFC03NL. Abbato *et al.* (2018), argumentam que a exclusão dos pacientes na avaliação sobre a qualidade da comunicação e na decisão de recorrer a intérpretes formais resulta no desconhecimento dos impactos negativos da falha na comunicação. Nessa dinâmica unilateral é possível que a comunicação não seja satisfatória para o paciente, mas não seja percebida pelo profissional de saúde, aumentando o risco de erros que comprometam a saúde e o bem-estar do migrante. Os autores reforçam a necessidade de sensibilizar os profissionais de saúde sobre os benefícios, esclarecer sobre a disponibilidade do serviço e os meios de acessá-lo.

Entre os profissionais de saúde que já utilizaram o serviço, no geral avaliam a qualidade como boa, mas também observaram algumas limitações, tais como,

divergências entre dialetos, respostas longas do paciente sendo traduzidas de maneira resumida e interferência do intérprete na comunicação omitindo informação ou exprimindo opinião/comentários. O médico GPMC03NL ponderou que sempre haverá informação perdida no processo de tradução ida e volta (e.g. neerlandês-árabe-neerlandês).

A confiabilidade e a perda de informação na utilização de intérpretes são pontos recorrentes na literatura, sendo mais frequentes no uso de intérpretes informais (Ahmed *et al.*, 2017; Sleptsova *et al.*, 2017; Heath, Hvass e Wejse, 2023). A perda de informação pode ocorrer por falta de termo equivalente entre os idiomas, falta de proficiência ou limitação técnica do intérprete, tipo de interpretação utilizado (simultânea, frase por frase ou resumida) e mesmo devido ao julgamento do intérprete sobre o que é relevante. O desconhecimento e falta de familiaridade com o serviço de intérprete formal contribuem para a resistência e desconfiança sobre esses profissionais.

Os participantes atuando nos centros de acolhimento para solicitantes de refúgio nos Países Baixos utilizam rotineiramente o serviço de intérprete formal disponibilizado pelo governo e em menor frequência se comunicam diretamente com os pacientes em um idioma comum como no caso do participante ENFMCAR01NL que fala árabe fluentemente e se comunica nesse idioma com os pacientes, por exemplo, da Síria, Iraque, Iêmen.

No entanto, os profissionais trouxeram outros desafios no uso do intérprete como o intérprete não ser fluente em neerlandês, o profissional de saúde por não compreender o idioma não ter certeza se a informação, principalmente de diagnósticos e tratamentos, está sendo passada corretamente, não ter certeza se o paciente compreendeu toda a informação. Para tentar contornar as duas últimas situações os profissionais usam a estratégia de pedir ao paciente que explique/repita o que ele entendeu da informação dada. Contudo, essa é uma estratégia que consome tempo, já reduzido da consulta com o GP.

A qualidade da interpretação formal, o letramento em saúde do paciente e seu nível de alfabetização também desempenham um papel na efetividade da comunicação e pode requerer ferramentas adicionais como recursos visuais citados pela enfermeira ENFFCAR01NL. Essa participante cedeu um tradutor médico visual

(Figura 16) que era utilizado no AZC a alguns anos atrás, mas que caiu em desuso com a maior disponibilidade de recursos digitais e de intérpretes formais.

Figura 16 - Tradutor médico visual



Fonte: Kwikpoint. Disponível em: <https://www.kwikpoint.com/products-page/disaster-assistance-prodcat/medical-visual-language-translator/> . Reprodução proibida.

Os recursos visuais também foram citados pelos profissionais atuando no DF, mas de uma maneira menos institucionalizada, como imagens da internet, desenhos de próprio punho, e outros recursos como mímica. O tradutor médico visual pode auxiliar em situações nas quais os recursos digitais e intérpretes não estão disponíveis, como por exemplo, nas visitas domiciliares ou em situações como a da

pandemia de COVID-19, evitando situações como as descritas abaixo pelos profissionais no DF:

Eu senti muita dificuldade quando eu estava no atendimento de uma sintomática que falava inglês, e no momento era só eu e ela na sala. Então eu tive que sair do consultório, é, mesmo com capote de roupa do Covid e ir atrás de um outro profissional para dar continuidade, e ele meio que tradutor do que ela falava. E aí dificultou bastante a consulta. Então, eu meio que parei a minha consulta e deixei o profissional traduzindo e eu tentando decifrar, né? (ENFF03BR)

Eu já sou muito ruim no espanhol apesar de a gente e entender um pouco, né? Falar um portunhol, né.[...] Então assim, como foi no Covid o [paciente falante de] espanhol, era eu que tinha, então, assim e não tinha como vir outra pessoa porque tem que paramentar e é coisa do Covid é tudo mais difícil. E como era espanhol também, a gente conseguiu se virar um pouco. (ENFM01BR)

Além de dirimir dúvidas pontuais, estudos têm demonstrado bons resultados no uso de imagens para auxiliara educação em saúde e na compreensão do tratamento e posologia em situações de barreiras linguísticas (Clawson *et al.*, 2012; Pratt e Searles, 2017; Hafner *et al.*, 2022). Cabe destacar a necessidade de adaptação das imagens/pictogramas ao contexto cultural dos pacientes e da sociedade de acolhida, bem como a validação junto ao público-alvo (Pratt e Searles, 2017; Hafner *et al.*, 2022).

Devido a indisponibilidade de políticas públicas que forneçam serviço de intérprete formal para todos os migrantes nos Países Baixos e no Brasil, a alternativa mais comum é o uso de intérpretes informais como familiares, amigos ou outros funcionários da UBS/Clínica, seja presencialmente ou por telefone. Na maioria das vezes são familiares ou amigos adultos, porém também foi identificado o uso esporádico de crianças como intérpretes por alguns profissionais neerlandeses, uma prática amplamente desaconselhada pela literatura.

O uso de intérpretes informais (ou *ad hoc*) embora frequente é vastamente criticado pela literatura devido ao risco aumentado de falha/erro na comunicação, interferência do intérprete, quebra da privacidade e confidencialidade do paciente, além do fardo emocional desnecessário para o familiar ou amigo, principalmente quando envolvem crianças (Gill *et al.*, 2011; Abbato *et al.*, 2018; Lescure *et al.*, 2022; Habib *et al.*, 2023; Heath, Hvass e Wejse, 2023; Yang, Prokop e Barwise, 2023). Entre as vantagens são citados a disponibilidade/facilidade, o vínculo de confiança e a percepção da atuação em defesa do paciente e a possibilidade de os familiares

fornecerem informações extras (Gill *et al.*, 2011; Zendedel *et al.*, 2016; Heath, Hvass e Wejse, 2023).

Os profissionais têm conhecimento sobre essas desvantagens, mas alegam ser o recurso que dispõem diante da impossibilidade de uma comunicação direta ou via intérprete formal. Entre as desvantagens mais percebidas pelos participantes neerlandeses estavam a percepção de transmissão de informações resumidas e interferência do intérprete com opiniões pessoais.

No DF, a preferência entre os participantes foi a de buscar auxílio de outro funcionário da clínica como intérprete informal, mesmo que este não tenha proficiência no idioma, chegando a serem reportados a mobilização de até três funcionários para um atendimento, alterando a própria dinâmica interna da UBS. Os profissionais de saúde no DF informaram não haver uma organização formal em torno das habilidades linguísticas dos funcionários das UBS onde atuam, sendo o processo de mobilização espontâneo, no momento do atendimento e descrito por eles como “uma correria”, como relatado pela enfermeira:

Isso é na hora, de sair assim à procura de alguém que saiba, entrando em consultório ‘você sabe falar inglês? Ou, você sabe falar espanhol? Traduz ali pra mim que eu não tô conseguindo dar atendimento’. [...] até porque como lá é dividido assim por área, cada equipe tem a sua área. E em São Sebastião tem bastante estrangeiro em quase todas as áreas. Então, cada um atende os seus estrangeiros entre aspas [...]. Então, quando o paciente chega e que é estrangeiro, a gente não consegue dar continuidade na assistência, a gente tem que correr atrás dos colegas da UBS pra poder dar essa continuidade esse suporte como se fosse um tradutor da consulta, [ou recorrer a] um Google ou dar “googada” como diz o povo. (ENFF03BR)

Funcionários bilingues ou políglotas, em especial profissionais da saúde, auxiliando na comunicação não é uma novidade na literatura e uma estratégia bastante utilizada durante a pandemia de COVID 19 dadas as limitações de acesso aos estabelecimentos de saúde (Ortega, Martínez e Diamond, 2020; Yang, Prokop e Barwise, 2023). Quando capacitados para atuar como intérpretes estes se tornam um recurso valioso, mas para isso é preciso que suas habilidades linguísticas sejam comprovadas e avaliadas, o que na maioria das vezes, como no caso do DF, não ocorre (Ortega, Martínez e Diamond, 2020; Habib *et al.*, 2023).

No DF o que se identifica através dos relatos dos profissionais de saúde tende mais para um esforço conjunto na prática do “getting by/se virar” do que uma interpretação em si, tornando o uso conjunto com outros recursos como o google

tradutor mais frequente. O google tradutor é bastante comum entre os profissionais de saúde participantes, pois como um dos enfermeiros descreveu *“ele facilita um pouco porque é mais fácil, né? E é bem conhecido também.”* (ENFM01BR). Sendo utilizado na maioria das vezes para sanar dúvidas com palavras pontuais.

No contexto do DF, identificamos o uso desse recurso de maneira mais intensa como observado pelo médico MDM02BR *“Algumas vezes, alguns atendimentos em outras línguas é muita gente usando o Google Tradutor para conseguir comunicar”*. Inclusive para conduzir a comunicação como no relato abaixo:

A gente tem que entender onde está doendo, caçar tradutor do Google, coloca assim a frase em português pra depois ela passar em espanhol. Aí o tradutor embaixo sai em espanhol e aí mostro do meu celular pro paciente [e o paciente] ‘Ah si, si’. Tipo assim a minha cabeça tá doendo, é o remédio tal que tem que tomar ou explicar pro paciente a doença que ele tem, é muito difícil. (ENFF03BR)

O uso do Google Tradutor para termos pontuais ou para a condução do atendimento identificado entre os participantes é similar aos resultados obtidos em outros estudos que associam a prática as restrições de tempo, indisponibilidade de intérpretes e julgamento do profissional de saúde sobre a complexidade da comunicação necessária (Mehandru, Robertson e Salehi, 2022).

Fazendo uma observação mais ampla sobre o uso e aceitação das estratégias para reduzir a barreira linguística na UBS que atua, o participante MDM02BR reconhece que *“tem alguns [pacientes] que são mais resistentes a tecnologia, então tem que entender o que a pessoa tá apontando e tudo. Mas invariavelmente o google tradutor é oferecido por alguns profissionais no meio do caminho.”* Para o médico MDM02BR o google tradutor auxilia também na simplificação da linguagem: *“é difícil às vezes adaptar a linguagem pra uma linguagem não técnica estrangeira. Então isso é realmente um desafio, só que como o Google Tradutor é de linguagem popular então ele vai ajudando nisso também”*.

Alinhado com outras pesquisas, o google tradutor é a ferramenta de apoio mais utilizada entre os participantes da pesquisa, embora não seja o ideal, é pontuada como um importante recurso quando intérpretes formais ou informais estão indisponíveis ou são insuficientes para o entendimento entre as partes (Coutinho, 2019; Campos, Pinheiro e Carvalho, 2022; Habib *et al.*, 2023). Cabe salientar que o uso do Google

Tradutor entre os participantes foi apenas do recurso de tradução de texto para texto, o que limita sua aplicabilidade aos migrantes alfabetizados.

Ainda que alguns estudos apontem satisfação dos pacientes e reconheçam que as ferramentas de tradução como o Google Tradutor tenham vantagens pelo baixo custo, agilidade e facilidade de utilização comparado aos intérpretes formais, é preciso ter cautela em seu uso uma vez que a maioria das ferramentas disponíveis não foi projetada para a área da saúde e sua acurácia varia de acordo com os idiomas (Panayiotou *et al.*, 2019; Shamsi, Al *et al.*, 2020; Birkenbeuel *et al.*, 2021; Krystallidou, Langewitz e Muijsenbergh, Van den, 2021; Hwang *et al.*, 2022; Schouten, Manthey e Scarvaglieri, 2023).

Estudos como os de Patil e Davies (2014), Taira *et al.* (2021) e Birkenbeuel *et al.* (2021) testaram a precisão da tradução de frases do contexto clínico feitas no Google Tradutor do inglês para diversas outras línguas, obtendo resultados diferentes considerando o idioma alvo e o tamanho da sentença a ser traduzida. A acurácia média dos 26 idiomas analisados no estudo de Patil e Davies (2014) foi de 57,7%, em Taira *et al.* (2021) variou entre 55 e 94% e em Birkenbeuel *et al.* (2021) que analisou apenas a tradução de inglês para espanhol a acurácia alcançou 90% para sentenças de 1 linha e caiu para 27% em sentenças de 3 linhas. No entanto, não foram localizados estudos que utilizem a ferramenta entre outros idiomas de origem que não o inglês como, por exemplo, espanhol-português ou neerlandês-árabe combinações de idiomas mais citados entre os participantes da presente pesquisa.

O que se tem claro na literatura, é que o uso do Google Tradutor e outras ferramentas similares não substituem os intérpretes formais, não devem ser usadas para obter consentimento do paciente ou para comunicações sensíveis e seu uso ainda carece de avaliações e do estabelecimento de critérios para sua adequada utilização (Panayiotou *et al.*, 2019; Krystallidou, Langewitz e Muijsenbergh, Van den, 2021; Taira *et al.*, 2021).

No contexto brasileiro de ausência de política pública que estabeleça o uso de intérpretes formais e no qual o domínio de outros idiomas pelos profissionais de saúde em concordância com os dos fluxos migratórios (e.g. espanhol, urdu, creole, warao) ainda é pouco comum, ferramentas como o google tradutor se tornam importantes na viabilização de uma comunicação minimamente necessária, que embora propicie um

acesso mínimo ao cuidado de saúde também vulnerabiliza esse grupo de usuários ao expô-los a uma maior probabilidade de falhas na comunicação.

Como vimos, a gama de ferramentas e estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde é vasta e a escolha de um ou outro recurso é um jogo entre vantagens e desvantagens. É importante ressaltar que embora válidas e proveitosas essas estratégias alternativas ao uso de intérpretes formais têm limitações e, no geral, agem mais superficialmente no sentido de reduzir as dificuldades da comunicação e do que em melhorar sua qualidade, uma vez que são insuficientes para aprofundar o atendimento. Portanto, ao utilizá-las as partes devem estar cientes de suas limitações.

A comunicação com pacientes migrantes na APS tanto em Limburgo quanto no Distrito Federal enfrentam muitos obstáculos que podem afetar negativamente a saúde desses pacientes, e revelam um cenário já identificado em outros estudos como o de Pandey *et al.* (2021) da necessidade de se definir a responsabilidade sobre a qualidade da comunicação e do provimento de meios para melhorá-la e estabelecer critérios para a utilização de intérpretes, bem como promover o seu uso.

4.4. Diversidade Cultural

As diferenças culturais trazidas pelos participantes foram variadas e abordam aspectos mais visíveis como o vestuário e comportamentais como questões de gênero, religião e percepção sobre cuidados de saúde. Embora percebidas pelos profissionais de saúde, as diferenças culturais de maneira geral são vistas como de mais fácil transposição, principalmente quando dirimida a barreira de comunicação.

No entanto, o próprio reconhecimento ou identificação das diferenças culturais é impactado pela qualidade da comunicação, como fica claro nas falas da médica MDF01BR: “Mas assim é diferença cultural não tive assim muito problema assim de recepção ou de algum tratamento diferente não achei. Achei eles bem receptivos assim.”. Ela descreve os pacientes receptivos aos tratamentos e não percebe diferenças culturais, mas ao mesmo tempo reconhece que “Na verdade, eu acho que eu não consigo nem entrar nesse mérito porque só dele [paciente] conseguir me entender eu já tô feliz assim.”

Outro aspecto que pode mascarar as diferenças culturais é a percepção dos profissionais de saúde da proximidade, similaridade ou integração cultural do paciente

à do profissional e/ou do país de residência. A participante GPFC07NL, por exemplo, trouxe essa relação entre a integração local dos migrantes e a redução das barreiras culturais e de gênero comparando sua experiência em Maastricht com Utrecht. Segundo a percepção dela, em Maastricht os migrantes são mais bem integrados por serem uma minoria, enquanto em Utrecht por ter uma concentração maior de grupos migrantes se tornaria mais fácil manter contato com conterrâneos.

Essa percepção se aproxima da fala do enfermeiro brasileiro ENFM01BR que acredita que não experenciou barreiras culturais e de gênero “por ser culturas acho que mais, é assim, pelo que parecia mais próxima da nossa realidade, sabe? Não era tão diferente. Eles pareciam tá muito mais acostumados do que parecia, sabe?” (ENFM01BR).

Outros profissionais relataram que as diferenças culturais em alguns casos trazem a sensação de desconforto, principalmente no grupo de migrantes não ocidentais. Foram citados, por exemplo, que alguns muçulmanos não dão aperto de mão ou o uso do véu (*hijab*) ou burca pelas mulheres, como nesse relato de uma médica:

Tem um caso que eu lembro que eu me senti bastante desconfortável que foi quando uma senhora que estava totalmente coberta e ela estava lá acompanhada do filho. Eu me senti bastante desconfortável porque ela não tiraria a cobertura e foi bem difícil porque geralmente você tem um bom contato visual você pode ver pelo rosto informações sobre como a outra pessoa se sente, mas isso foi uma consulta fora de hora serviço, portanto, uma consulta única. Se ela fosse uma das minhas pacientes regulares, que eu veria com mais frequência, eu revelaria a ela meus sentimentos sobre como isso me dá menos informações sobre a situação, porque eu não consigo ler o rosto e as outras expressões que ela usa, mas neste caso, foi apenas meu desconforto. [...] se eu tivesse um paciente [como ela], então sim, precisaríamos encontrar uma maneira de como isso funciona para mim também, que eu me sentisse segura e fosse capaz de usar meu instinto e todas as informações que posso usar apenas observando alguém quando fazemos a anamnese e o exame físico. (GPFC01NL, tradução nossa)

No DF, a enfermeira ENFF01BR teve uma experiência similar de desconforto a dos profissionais neerlandeses ao atender uma paciente mulçumana que também estava toda coberta e, ao ter que aferir a pressão da paciente e sem conseguir se comunicar verbalmente devido a barreira linguística, sentiu receio de invadir o espaço da paciente, de desrespeitar. Em suas palavras “eu fiquei pensando nisso: ‘poxa, eu tenho que ver a pressão, será que vai dar certo e ela não vai ficar incomodada, né?’

Porque é uma invasão de qualquer forma, né, do corpo, né? Tem o toque, né, e tudo mais” (ENFF01BR).

Percebe-se que quando o contraste com a cultura local é mais evidente, como no caso dos muçulmanos, em especial das mulheres muçulmanas, devido a diferença nas vestimentas e no idioma, causa maior estranhamento e preocupação nos profissionais quanto a abordagem com o paciente. Em nenhum dos relatos que envolveram outras nacionalidades foram observadas preocupações desse tipo.

Para alguns profissionais neerlandeses, a principal diferença cultural está relacionada a cultura sobre os cuidados de saúde, pois a cultura médica em alguns lugares tem a visão de quanto mais frequente os acompanhamentos médicos, realização de exames e tratamentos realizados, melhor é o cuidado de saúde, o que difere na visão deles de cuidado apropriado.

Entre os exemplos mencionados estão as idas mais frequentes ao médico nos primeiros sintomas (diferente da abordagem local do *wait-and-see*), busca por check-ups anuais, costume das mulheres em consultarem com o ginecologista e realizarem o exame Papanicolau semestralmente e exames preventivos regulares para rastreio de câncer de mama. Para esses profissionais, administrar essas expectativas culturais do que é cuidado com as práticas locais da APS é desafiador pelo risco de interpretação do paciente como falta de cuidado médico.

Essa percepção dos profissionais neerlandeses de excesso de uso dos cuidados de saúde pelos migrantes contrastou com a visão de suas contrapartes brasileiras que demonstraram preocupação, por exemplo, com mulheres de 30 anos ou mais que nunca haviam realizado exames preventivos como o Papanicolau. A médica MDF02BR, ainda pontou que essa situação é ainda mais delicada pelas barreiras linguísticas, principalmente quando se trata de exames mais invasivos e desconfortáveis pela dificuldade de preparar a paciente para isso.

Ainda dentro dos cuidados de saúde, a preferência e expectativa por medicações, principalmente por antibióticos, também foi apontada pelos profissionais de saúde neerlandeses. A participante ENFFCAR01NL pontuou que a negativa de antibióticos às vezes é associada pelos pacientes ao fato de serem estrangeiros e que é preciso explicar que não é o caso, apenas não é saudável utilizá-los quando não há necessidade. O Enfermeiro ENFMC01NL destacou que os migrantes têm certa queda

por tratamentos medicamentosos e relutância em intervenções no estilo de vida, como mudanças na alimentação e a prática regular de atividades físicas, ressaltando que ser particularmente mais desafiador com pacientes de origem árabe ou muçulmanos pela cultura.

Entretanto a médica GPFC06NL pondera que essa percepção de que o migrante associa o cuidado a medicação pode ser traiçoeira relatando uma experiência pessoal com um paciente iraniano:

Ele continuava vindo com queixas de dor no peito e [...] ele continuava recebendo receitas também de muitos GPs e aí a gente discutiu, a gente concluiu juntos que era relacionado ao estresse e ele falou: 'eu não vou precisar de uma receita?' e eu falei: 'não, você não vai precisar de receita' 'então, você acha que eu sou saudável?' 'Sim, eu acho que você é uma pessoa saudável, você só tem muito estresse', e ele foi embora, 'Viva! Não estou doente'. Então, ele achava que alguma coisa estava errada, porque ele continuava recebendo essas receitas, ele estava [pensando] 'eu estou muito doente porque eles continuam me dando remédio'. (GPFC06NL, tradução nossa)

Entre os profissionais de saúde atuando no DF chamou a atenção um relato sobre planejamento familiar junto a pacientes haitianos. A médica MDF02BR relatou que as mulheres haitianas que ela atendeu são relutantes a todos os métodos contraceptivos disponíveis (DIU, injeções e via oral) e sendo recorrente o questionamento dos homens haitianos sobre a existência de injeções contraceptivas masculinas, porém não existe essa possibilidade.

Embora não tenhamos localizado estudos que reportem essa abordagem masculina entre haitianos ou outra nacionalidade sobre o planejamento familiar, estudo conduzido com 20 mulheres haitianas que não planejavam engravidar nos Estados Unidos indicou baixa utilização de métodos contraceptivos orais (25%) ou injetáveis (15%) devido a efeitos colaterais e crenças religiosas e a prevalência do uso da camisinha masculina (90%) (Gollub *et al.*, 2016).

As diferenças culturais também geraram questionamentos sobre a fronteira da cultura com a lei do país de residência, principalmente no DF como mostram os relatos abaixo:

Eu tenho essa experiência de algumas situações que a gente vai entrando mesmo no contexto da família, né? É, pra entender esse cara que veio que tem um cargo mais importante, mas trouxe suas esposas, ele que tá se queixando que as esposas estão mais frias, [...] as suas esposas que querem ter autonomia e querem cozinhar, mas ele não deixa. Então, tem umas coisas assim que pra gente conseguir abordar, a gente tem essa tentativa de superar os preconceitos, nossas barreiras, né? porque 'Como assim são múltiplas

mulheres? Como assim ela não pode trabalhar?’ Se a gente pensar em abordar um brasileiro, é um brasileiro, é um cara machista, é um cara que, mas são coisas que às vezes vão superando um pouco essa barreira da cultura, né? Entendeu? O que é certo? o que é errado lá? A posição da mulher nisso tudo, como abordar, por exemplo, é violência ou não é? O quanto que a mulher é sujeitada na relação, mas é também não é algo que gera sofrimento para ela, é algo naturalizado. É o que é só, ela realmente queria um remédio que desse pra ela ter menos sofrimento de ter que fazer sexo com o marido e com as outras esposas né? Então, quando a gente foi tentar entrar, ela fugiu, sumiu assim, né, não quis mais fazer o seguimento disto. (MDM02BR)

Assim até culturalmente falando, né? É difícil, por exemplo, dessa mulher [filipina] que eu te falei que tava [aparentemente sofrendo violência doméstica]. Então, assim é difícil a gente interferir nisso se há uma questão cultural, a gente entender isso como uma questão cultural, né? É difícil a gente entender até que ponto é cultural e até que ponto é uma violência. (ENFM02BR)

A dúvida dos profissionais de saúde em torno da questão da violência de gênero também emergiu no trabalho de Nina Foster (2017). Essa dúvida se torna uma zona cinzenta entre “respeitar” as diferenças culturais ou agir conforme os parâmetros legais da sociedade de acolhimento. Ainda no sentido da lei, a percepção cultural do outro apareceu em uma situação inédita reportada também pelo participante MDM02BR, que ao atender um paciente americano que necessitava por questões de saúde de um laudo para viajar, a equipe se sentiu receosa sobre o que deveria constar no documento temendo um eventual processo:

Lembro de atender um americano que estava indo para os Estados Unidos, mas era obeso, diabético então e aí algum receio da equipe [de saúde] da judicialização, por exemplo, sabendo que os americanos são muito judicializáveis, né? Então, como a gente faz uma postura que, eu lembro bem da fala de um enfermeiro ‘olha, vamos ter cuidado aí, se vai liberar, não escreve não escreve nada não. Deixa ele se’, meio que ‘deixa ele se virar pra gente não se [prejudicar]’. (MDM02BR)

No referido relato não houve menção ou insinuação do próprio paciente sobre processar alguém, mas o imaginário coletivo em torno da repercussão midiática da judicialização da saúde e da discriminação, por exemplo, pela gordofobia nos Estados Unidos e, talvez somada à insegurança linguística, deixou a equipe hesitante sobre o conteúdo do documento. Esses são aspectos que necessitam ser abordados pelos países para orientar adequadamente os profissionais de saúde, uma vez que podem resultar em prejuízo à saúde do paciente e mesmo configurar crime.

A diferença cultural sobre o cuidado e a educação em saúde deve ser observada pelos profissionais tanto para administrar adequadamente as expectativas

do paciente migrante quanto para garantir os cuidados preventivos e a manutenção de saúde. Para isso, como lembram Anjorin e Busari (2023) deve-se evitar a categorização das pessoas, seja por agrupá-las enfatizando traços comuns ou minimizando suas diferenças.

4.4.1. Gênero

O gênero foi percebido como uma característica que gera desafios, barreira no acesso aos cuidados de saúde e aumenta a vulnerabilidade, em especial, no caso das mulheres migrantes, em 13 das 26 entrevistas com profissionais de saúde, sendo 03 brasileiros (ENFM02BR, ENFF02BR e MDF02BR) e 10 neerlandeses (GPMCAR01NL, GPMC02NL, GPMC03NL, GPFC01NL, GPFC03NL, GPFC04NL, GPFC06NL, ENFMCAR01NL, ENFFCAR01NL e ENFFCAR02NL), além de suscitar questionamentos sobre os limites da compreensão cultural em casos de possíveis contextos de violência de gênero. Nas 13 demais entrevistas desse grupo, 10 não identificaram barreiras de gênero (ENFM01BR, ENFF01BR, MDF01BR, MDM01BR, MDM02BR, ENFMC01NL, GPFC02NL, GPMC01NL, GPFC05NL e GPFC07NL) e em 03 entrevistas o tema não emergiu (ENFF03BR, ENFF04BR e TOF01BR).

Entre as migrantes do sexo feminino (MF01DF, MF02DF e MF03DF) o formulário não abordou o tema em específico e não emergiu espontaneamente nos relatos. Nas entrevistas com os participantes migrantes do sexo masculino (MM01DF e MM02DF) ambos relataram atendimentos com profissionais de ambos os gêneros e nenhum reportou desconforto ou preferência por profissional de um gênero específico.

Os profissionais neerlandeses pontuaram que o comportamento de preferência pelo mesmo gênero é mais forte quando a busca é para tratar de assuntos próprios do respectivo gênero estando presente também entre os homens e que essa percepção da equipe orienta a organização dos atendimentos e distribuição dos pacientes. Essa organização prévia pode inclusive explicar o porquê alguns profissionais não vivenciaram barreiras de gênero. No entanto, a organização do serviço de saúde da APS com equipes pré-definidas e, por vezes, reduzidas, o manejo para atender a preferência do paciente por um profissional de saúde de um determinado gênero nem sempre isso é possível, se constituindo uma barreira no atendimento.

O enfermeiro neerlandês ENFMC01NL disse ter muitas pacientes migrantes mulheres, que muitas vão sozinhas, e que até aquele momento o seu gênero não havia sido um problema em seus atendimentos a mulheres migrantes e refletiu que talvez seja por realizar poucos exames com contato físico.

No entanto, a preferência das mulheres migrantes pelo atendimento por profissionais do sexo feminino, principalmente quando se trata de cuidados relacionados à saúde da mulher, é a percepção mais comum entre os profissionais de saúde. Embora, a maioria dos profissionais não veja uma diferença nesse aspecto entre migrantes e nacionais, a médica MDF02BR descreveu essa preferência como mais frequente/acentuada entre suas pacientes migrantes e trouxe o caso mais emblemático sobre a relevância do gênero do profissional de saúde no atendimento:

E uma situação que me marcou bastante no atendimento aos haitianos, foi relativamente recente, eu estava atendendo uma gestante que eu já conhecia e aí ela é estava assim, mais ou menos na metade da gravidez, com 20 e poucas semanas e ela entrou uma, na verdade, eu ainda ia chamar uma outra paciente antes dela e ela me interpelou na porta do consultório e falou assim, 'eu não tô bem, eu não tô bem'. E aí é eu olhei aqui no rostinho dela e vi que realmente não estava legal, sabe? E eu fui, passei ela na frente da outra, da próxima paciente, da paciente é antes dela, na verdade. E aí quando ela entrou, ela falou 'muita dor, muita dor'. E assim, na metade da gestação, aí eu perguntava se tinha sangramento, ela falava que não. Aí eu fiz o exame completo assim, né? Olhei o batimento do bebê estava ok, e aí eu passei o espécuro, né, para ver lá o colo do útero estava dilatado, se tinha sangramento, tudo normal. Eu tava com um professor [médico preceptor] nesse dia vendo meu atendimento, né? E a gente assim, olhando um para o outro, assim ela é, além da questão da comunicação tá prejudicada, é a gente nota que as pacientes haitianas elas não respondem bem quando há um homem no consultório, né. **E assim a gente se olhando, tentando entender o que estava acontecendo. Então, assim, esse meu professor, ele estava lá e eu perguntava uma coisa, ela me respondia, ele fazia a mesma pergunta, ela não entendia assim [não respondia].** Então, a gente via também isso, questão cultural também. [...] **até que esse meu professor decidiu perguntar, 'teve febre?' Aí ela ficou olhando assim, né, [sem entender] 'O que é febre?' Aí a gente foi procurou lá no Google tradutor, achou e falou aí ela 'sim, ontem'.** E assim ela não ia trazer isso para a gente e isso fazia toda a diferença, né? [...] era uma infecção urinária alta, já acometendo os rins. E isso na grávida demanda internação. **E ainda bem que esse professor estava lá e ele foi sensível para perceber [o diagnóstico].** (MDF02BR, grifo nosso)

Essa foi uma situação de risco para gestante e o bebê, onde a presença do médico preceptor foi essencial e em que a barreira de gênero e de idioma tornou moroso o diagnóstico, uma vez que a comunicação não ocorria diretamente entre a paciente e o médico preceptor, nesse caso a médica residente atuou também como interlocutora.

O médico GPMC02NL percebe que ocasionalmente há essa preferência entre mulheres muçulmanas, mas trouxe um relato interessante de uma paciente afegã com problema ginecológico que para contornar a barreira de gênero levou fotos da área afetada para a consulta, o que na visão dele foi prático e facilitou o atendimento.

Em alguns casos narrados, percebeu-se que a preferência por profissionais do sexo feminino pelas migrantes pode ser imposta a paciente, revelando outras nuances das relações de gênero:

[O marido] é autoritário, mas ela pode vir ao médico, mas só vem para a única médica na prática. Então, ela só vem me ver e não quer ver um médico ou fisioterapeuta homem. Eu a encaminhei para um fisioterapeuta, e ele é homem e foi [informado] antes, mas ela falou: 'ok, vou falar para o meu marido que é uma mulher porque isso seria um problema'. [...] e isso é algo que eu agora tento pensar antecipadamente.(GPFC04NL, tradução nossa)

No caso dessa paciente em específico a médica explicou que o domínio do idioma a ajudou a ter autonomia sobre a própria saúde e a tomar decisões como a descrita acima, pois quando o marido atuava como intérprete informal da esposa, a médica tinha dúvidas sobre a acurácia da comunicação.

A presença do marido, familiar ou outro acompanhante do sexo masculino foi citada pelos profissionais como um fator que impacta no atendimento, na forma como as respostas são dadas e fica clara a diferença de autonomia. A dinâmica da migração familiar iniciada pelos maridos é reconhecida pelas profissionais como fator que facilita o aprendizado do idioma por eles, mas imputa as mulheres dependência.

A autonomia ligada ao gênero é um ponto que vemos em comum com o caso ocorrido na UBS de atuação da enfermeira ENFF02BR, onde a dinâmica de uma família muçulmana gerou estranhamento pelo fato de a mulher não poder se comunicar diretamente nem mesmo com profissionais do sexo feminino. Nesse caso, a comunicação é feita apenas pelo marido, tornando a barreira ainda mais rígida e complexa de ser atenuada, pois a dependência da presença do marido pode restringir a procura por cuidados de saúde, bem como a liberdade e o teor da comunicação paciente-profissional de saúde, aumentando o risco de vulnerabilidade.

A médica GPFC04NL compartilhou um caso em que o comportamento do marido da paciente durante as consultas a causava desconfiança e que após a paciente adquirir domínio do idioma e ter autonomia para ir sozinha nas consultas,

revelou sofrer violência doméstica, querer separar do marido, mas não poder concretizar essa vontade pela dependência de seu visto de residente ao do marido.

No Distrito Federal dois profissionais de saúde, uma mulher e um homem, atuando na mesma UBS tiveram experiências diferentes no atendimento de mulheres filipinas em relação a questão de gênero. No primeiro, realizado pela participante MDF01BR, médica do sexo feminino, relatou atendimento a mulheres filipinas durante a gestação sem um acompanhante do sexo masculino e a intérprete informal era outra filipina, compatível com as observações de Tejero e Fowler (2012) sobre a preferência das mulheres filipinas pelo atendimento por profissionais do sexo feminino, principalmente para a realização de exames íntimos.

As autoras ainda destacam que as mulheres filipinas decidem conjuntamente com os maridos sobre a busca por atendimento médico o que dependendo do contexto pode constituir uma barreira ao acesso (Tejero e Fowler, 2012). A relação marital de um casal filipino chamou a atenção do enfermeiro ENFM02BR pelo comportamento submisso da esposa no atendimento:

Eu não lembro quem foi, não sei se foi filipina, que aí só o homem que falava. Assim, a mulher era bem submissa assim, baixava a cabeça e eles sabiam português, ela sabia tanto o português quanto ele, né? Assim, eles conseguiam me compreender bem, eu entendi um pouco do que eles falavam, assim, eu compreendo um pouco inglês, mas bem pouco do que eles falavam. Mas geralmente ele falava, ele que falava e determinava. Então, dependendo da cultura desse processo, aí sim tinha uma diferenciação com essa questão assim de gênero [...] depois a gente solicitou uma consulta domiciliar, mas não achou o endereço dela também, é para ver como que era esse contexto doméstico dela, mas assim ela ficava bem de cabeça baixa, mas ela respondia o que ele perguntava, e aí, foi tranquilo assim, o que eu perguntava ele é repassava e me respondia, não tive tanto problema com relação a isso [Comunicação] não. (ENFM02BR)

A situação narrada pelo profissional evidencia a relação de gênero como fator limitador do acesso aos cuidados de saúde ao retirar a autonomia da comunicação médico-paciente. Mesmo a paciente e o marido tendo o mesmo domínio da língua portuguesa, o que a princípio não tornaria necessária a intermediação do cônjuge, e ainda que a paciente fosse capaz de compreender a fala do médico, o marido fazia a ponte médico-paciente-médico. Outro aspecto é que a comunicação entre o casal se dava em inglês, dificultando a compreensão do médico. Dessa maneira, o papel do marido se assemelha ao de um filtro.

A suspeita de violência doméstica levantada pelo enfermeiro ENFM02BR, são condizentes com o comportamento submisso e a relação díspare entre gêneros nas Filipinas descrita por Valdez et al (2022) como cultural, onde a submissão feminina, violência financeira e física contra mulheres são toleráveis e mesmo justificadas e há pouco espaço para confrontar as normas de gênero.

Nesses dois casos os profissionais (GPFC04NL e ENFM02BR) reportaram como parte do seu papel averiguar a situação e auxiliar a paciente, evidenciando a importância de profissionais de saúde capacitados para identificar sinais de violência doméstica, principalmente em cenários onde a comunicação verbal é dificultada e a observação da linguagem corporal é essencial (Allen-Leap *et al.*, 2022).

Estudos, incluindo conduzidos no Brasil e nos Países Baixos, apontam a atenção primária como espaço privilegiado para a identificação de casos de violência intrafamiliar pelo vínculo com a equipe de saúde por vezes ser o único dentro da sociedade de acolhida, a integralidade do cuidado, a privacidade da consulta e por ser uma das principais portas de entrada para a rede de serviços de apoio as vítimas (D'Oliveira *et al.*, 2009; Mendonça *et al.*, 2020; Mellaard e Meijl, 2021; Pokharel *et al.*, 2021; Lomans *et al.*, 2022; Serrano e Martin, 2022).

Um estudo de *cohort* incluindo não nativos conduzido nos Países Baixos indicou que pessoas com histórico de abuso procuram a Atenção Primária 1,5 vezes a mais se comparado com pessoas sem histórico de abuso e reportam 2 vezes mais problemas psicológicos e sociais (e.g. dificuldades econômicas e insegurança alimentar) (Lomans *et al.*, 2022). No Brasil, estudo realizado em uma UBS no centro da cidade de São Paulo em 2003, identificou que os relatos de violência doméstica de pacientes bolivianas foi 30% superior comparado as brasileiras (ANDRADE, 2003).

O respeito à identidade de gênero no acolhimento dos pacientes também foi uma das preocupações trazidas no grupo focal atuando no centro de acolhimento a solicitantes de refúgio nos Países Baixos: “Somos neutros em termos de gênero, então temos pessoas aqui e a ficha diz que é um homem, e então ela entra e então perguntamos 'como você quer ser chamada? Você quer ser chamado de Sra. ou Sr.?' Ou qualquer outra forma, não importa” (ENFFCAR01NL, tradução nossa).

Embora haja uma postura positiva por parte da equipe de saúde, a inadequação da informação sobre a identidade de gênero do paciente no prontuário causa

constrangimentos e é apontada pela literatura como uma das barreiras para o acesso à saúde dessa população (Safer *et al.*, 2016; Silva *et al.*, 2017). O sistema E-SUS utilizado no Brasil já admite o registro de identidades de gênero diversas e do nome social.

Esse aspecto é importante no contexto das migrações, pois desde 2002 a orientação sexual e a identidade de gênero passaram a integrar formalmente o conjunto de condições reconhecidas pelo Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR) para solicitação de refúgio, sendo adotadas nos Países Baixos e no Brasil (UNHCR, 2002a, 2002b).

Os participantes compartilharam experiências que indicaram aspectos relacionados ao gênero que se constituem como obstáculos ao acesso à atenção primária já mapeados em outros estudos (O'Mahony e Donnelly, 2013; Yelland *et al.*, 2016; Loenen *et al.*, 2017; Pokharel *et al.*, 2021), tais como a preferência por atendimento por profissionais do mesmo gênero, a dependência linguística que afeta a privacidade e autonomia de comunicação das mulheres migrantes e a desigualdade nas relações de gêneros ligadas à violência doméstica, e, portanto, requerem atenção afim de minimizar seus impactos e de prover o adequado atendimento.

4.4.2. Religião

Religião e crenças foram aspectos observados por onze dos profissionais de saúde entrevistados, sendo apenas um no Distrito Federal e por uma das partes interessadas. Entre os migrantes, a religião ou crenças não foram diretamente abordadas nos formulários e nem espontaneamente citadas nos relatos. Entre os migrantes participantes nas entrevistas semiestruturadas, um muçulmano (MM01DF) e o outro se declarou cristão praticante (MM02DF), mas ambos não identificaram qualquer limitação ou restrição no acesso ou nos cuidados de saúde.

Os relatos expõem aspectos como a aceitação e continuidade do tratamento que entram em atrito com a medicina ocidental (ou modelo biomédico) e demandam acompanhamento mais próximo e ajuste do tratamento proposto. O Ramadã foi o aspecto mais citado, seguido pelas crenças em possessões, manifestações espirituais e maldições e sobre os cuidados paliativos.

Na visão dos profissionais de saúde neerlandeses a religião é uma parte importante na vida dos migrantes que os difere dos nacionais. Esse contraste de crenças e práticas religiosas entre migrantes e neerlandeses foi mencionado pelos enfermeiros atuando no centro de acolhimento para solicitantes de refúgio, citando casos de pacientes que reportam problemas com vudu, maldições, fantasmas / espíritos e possessões que geralmente são acompanhados por profissionais em saúde mental.

A dificuldade de compreender e o direcionamento desses pacientes à profissional da saúde mental, parecem indicar uma relação muito próxima das crenças ao bem-estar físico e emocional dos pacientes, o que não necessariamente indica transtornos psicológicos, como explicado pelo médico GPMCAR01NL:

[...] eu tenho um paciente africano que é possuído por espíritos porque ele foi feito em uma sociedade especial e ele realmente acredita nisso, mas a dificuldade é que eu estou fazendo medicina moderna ocidental. Então, eu disse a ele 'Como podemos aliviá-lo de seus espíritos?', porque essa não é uma história que ele está contando, não é um transtorno psiquiátrico real como esquizofrenia ou algo assim. É uma coisa muito cultural, os espíritos. (GPMCAR01NL, tradução nossa)

A abordagem do médico em ouvir, considerar as crenças e cultura na condução do caso sem patologizar e medicamentar a narrativa do paciente demonstram competência cultural, reforça o vínculo médico-paciente e possibilita um acompanhamento mais próximo visando o bem-estar global do paciente como propõe a APS (Eshiett e Parry, 2003; Domingues *et al.*, 2020).

No Distrito Federal a médica MDF02BR também vivenciou esse aspecto da influência da fé sobre a saúde relatando o caso de uma gestante haitiana, cristã protestante da igreja batista, diagnosticada com epilepsia que, devido as suas crenças acredita que o quadro se trata de uma manifestação espiritual sendo relutante ao tratamento medicamentoso o que acaba sendo deletério para a paciente e o feto.

Os cuidados paliativos de pacientes praticantes do islã foi um tema abordado pelas médicas GPFC03NL e GPFC06NL como bastante desafiador, pois segundo explicaram, pela crença os pacientes precisam estar acordados ou com o estado de consciência preservado para se encontrar com Allah e, por isso, não aceitam sedação ou medicamentos como a morfina que acreditam afetar o estado de consciência. Em um dos casos, houve também dificuldade de comunicação tanto direta com o paciente por suas limitações físicas, quanto com familiares pela questão linguística, o que se

torna crítico em uma situação delicada que demanda boa comunicação entre paciente e os profissionais de saúde na escolha da abordagem (Torensma *et al.*, 2020).

Embora exista o respeito as decisões dos pacientes, foi possível notar o desconforto dos profissionais de saúde diante da (im)possibilidade de reduzir o sofrimento de pacientes terminais e evitar complicações de saúde diante das crenças religiosas e/ou culturais (Boer, De *et al.*, 2022). De Boer *et al.* (Boer, De *et al.*, 2022) captou o dilema dos profissionais ao conduzir estudos sobre cuidados paliativos em pessoas com origem não ocidental nos Países Baixos, sugerindo a necessidade de treinamento e consciência dos dilemas culturais sobre dignidade, desenvolvimento de habilidades de comunicação e estratégias conectivas com os pacientes e seus familiares buscando um meio termo na conduta terapêutica.

O Ramadã foi outro aspecto ligado ao islamismo abordado pelos profissionais neerlandeses trazendo os potenciais impactos à saúde de pessoas com comorbidades como diabetes e hipertensão, idosas e gestantes pela prática do jejum completo do amanhecer ao pôr-do-sol pelo período de 30 dias. Os profissionais demonstraram estarem atentos a prática, buscando monitorar as datas em que ocorre o Ramadã, uma vez que não se trata de uma data fixa, pois acompanha o calendário islâmico e não o gregoriano que é seguido pelos países ocidentais.

Além do jejum, os profissionais também reportaram que alguns pacientes tendem a interromper o uso de medicamentos e a necessidade de adaptar a medicação para evitar outras complicações como problemas renais. O diálogo e a maior frequência nas consultas com os pacientes praticantes do islã são estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde neerlandeses para auxiliar na manutenção da saúde e na continuidade de tratamentos durante esse período. Contudo, mesmo o profissional estando ciente das exceções previstas para não realizar a prática do jejum (gestantes, idosos e doentes)³⁹, essa recomendação nem sempre é considerada pelo paciente. Essa relutância pode estar ligada a outros fatores não diretamente ligados à prática religiosa em si, como a pressão familiar e social.

Os desafios relatados pelos participantes em relação ao cuidado de pacientes mulçumanos durante o Ramadan estão documentados na literatura, que recomenda

³⁹ Essa e outras informações sobre o Ramadã em língua portuguesa estão disponíveis no site Iqara Islam. Disponível em <https://iqaraislam.com/ramadan> . Acesso em 10/06/2023.

que os profissionais de saúde estejam cientes e atentos ao período dessa prática religiosa para orientar e suprir as necessidades específicas que podem surgir, tais como dúvidas sobre horário das medicações ligadas ao horário das refeições, ajuste de medicações (Peeters *et al.*, 2012; Almansour, Chaar e Saini, 2017; Tackett *et al.*, 2018). Tackett *et al.* (2018) inclusive alertam que as mulheres muçulmanas podem solicitar anticoncepcionais para interromper a menstruação para poderem participar do Ramadã.

Embora o Distrito Federal tenha uma comunidade muçulmana de brasileiros e estrangeiros, incluindo ao menos três mesquitas (Samambaia, Plano Piloto e Taguatinga), nenhum dos profissionais de saúde trouxe a questão do Ramadã durante as entrevistas, o que pode estar relacionado ao número reduzido de participantes e a localização de atuação destes devido à territorialização das UBS. Tampouco foram localizadas notas técnicas ou normativas da Secretaria de Saúde que contemplassem o tema. Por isso, recomenda-se que os profissionais sejam orientados sobre o Ramadã e que as UBS, especialmente aquelas que abrangem a área em que as mesquitas estão inseridas, que façam o a territorialização dessa população e promovam a APS.

A religião ou espiritualidade, por vezes faz parte da estrutura de uma sociedade ou grupo e o desconhecimento ou exclusão desse aspecto no planejamento de saúde pode se tornar uma barreira no acesso à atenção primária como demonstra visto anteriormente no relato da participante da GASPVP sobre a população migrante venezuelana indígena da etnia warao e a necessidade de diálogo e autorização do Pajé para os cuidados de saúde.

Estarem atentos a essas especificidades religiosas e de crenças agrega na qualidade e eficácia do atendimento / tratamento dos pacientes migrantes. No entanto, deve-se evitar de generalizações e estereotipações como salienta o médico GPMCAR01NL a respeito da necessidade da abordagem centrada no indivíduo e fez uma reflexão sobre sua própria trajetória no atendimento aos migrantes, principalmente aos solicitantes de refúgio, dizendo que no começo buscava muita literatura sobre diversas culturas, mas com o tempo percebeu que o paciente era a melhor fonte de informação, enfatizando a necessidade do respeito e do diálogo.

A fala de uma das enfermeiras expressa bem as limitações entre o papel dos profissionais de saúde na atenção primária e a autonomia do paciente:

Tentamos manter a mente aberta, mas às vezes é difícil de acompanhar. E quando as pessoas fazem coisas que interferem na sua saúde, só podemos aconselhar e é isso que fazemos, porque elas são as donas da própria saúde. E eles têm que continuar sendo os chefes de sua própria saúde. (ENFFCAR02NL, tradução nossa)

A questão da religiosidade e das crenças na definição e adesão ao tratamento da epilepsia, doenças crônicas e outras doenças mais estigmatizadas como o HIV/AIDS e a saúde mental é bastante explorada na literatura (Eshiett e Parry, 2003; Fadiman, 2012; Lin *et al.*, 2018; Omenka, Watson e Hendrie, 2020) que recomenda uma abordagem instruída e sensível as crenças do paciente e, quando necessário, buscar a conscientização das lideranças religiosas sobre o tema e identificar lideranças que possam atuar na mediação.

Ao longo deste capítulo foi possível identificar pontos positivos e negativos em ambos os locais de estudo que perpassam as dimensões de acesso definidas por Sanchez e Ciconelli (2012) (Quadro 9). Embora compreenda-se que a eficácia do acesso esteja relacionada ao desempenho de todas as dimensões, neste estudo a informação destacou-se como *hub* ou nó para o acesso equânime e de qualidade das populações migrantes à APS em ambas as localidades.

Os resultados demonstraram que a dimensão da informação possibilita que os migrantes tomem conhecimento sobre a sua elegibilidade de acesso e o funcionamento da APS, que as legislações e políticas públicas existentes sejam aplicadas e subsidiar as demandas para aperfeiçoamento contínuo do serviço de saúde. A disfuncionalidade ou assimetria na cadeia da informação impacta usuários, trabalhadores da saúde e agentes públicos e privados envolvidos na gestão da migração e da saúde.

Para finalizar, a Figura 17 retoma o diagrama apresentado na revisão de literatura trazendo uma síntese das barreiras identificadas ao longo deste capítulo assinalando o local de estudo em que emergiram com predominância facilitando a visualização sistêmica

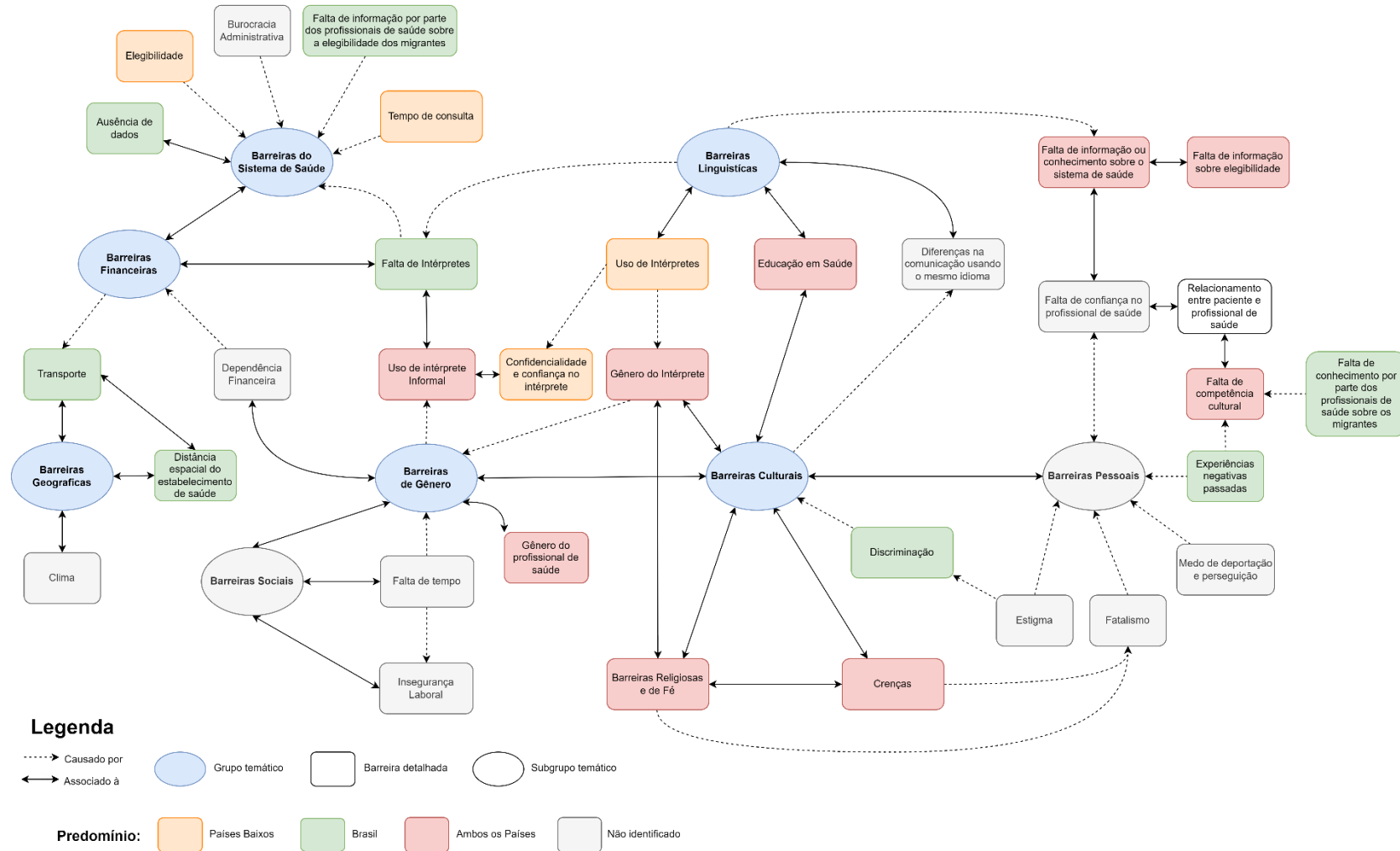
Quadro 9 - Síntese dos pontos positivos e negativos organizados por dimensões de acesso

Dimensões de Acesso	Pontos Positivos	Pontos Negativos
Disponibilidade	<p>Ambos os locais de estudo: legislação que confere acesso à APS aos migrantes.</p> <p>Brasil: acesso e cobertura universal; modelo de APS ampliada e organizada pela estratégia de saúde da família com equipes multiprofissionais, saúde bucal e integração com os serviços do Sistema Único de Assistência Social (SUAS);</p> <p>Países Baixos: proximidade das clínicas de atenção primária da residência dos pacientes.</p>	<p>Ambos os locais de estudo: indisponibilidade (ou disponibilidade parcial no caso dos Países Baixos) de serviços de intérprete formal; dificuldade em referenciar para outros níveis de assistência; falta capacitação que prepare os profissionais de saúde para o atendimento de pessoas migrantes; falta de políticas de equidade.</p> <p>Brasil: indisponibilidade de acesso a exames em tempo oportuno pelo SUS; demora para conseguir consulta seja na demanda espontânea ou agendamento.</p> <p>Países Baixos: exigência de regularidade migratória para contratação do seguro básico de saúde; falta de informação sobre a elegibilidade de acesso de migrantes indocumentados; pouca flexibilidade no tempo de consulta; cobertura e acesso à APS diferente para os solicitantes de refúgio.</p>
Informação	<p>Brasil: acesso e cobertura universal e gratuita; modelo de APS ampliada e organizada pela estratégia de saúde da família com equipes multiprofissionais, saúde bucal e integração com os serviços do Sistema Único de Assistência Social (SUAS);</p> <p>Países Baixos: disponibilidade de material gráfico, vídeos e áudios sobre saúde em outros idiomas; prática da consulta introdutória.</p>	<p>Ambos os locais de estudo: informação sobre a APS fragmentada e de difícil acesso para as pessoas migrantes; a falta de informação em meios acessíveis e a discordância linguística comprometem a capacidade do paciente de utilizar a APS e tomar decisões bem-informadas sobre a sua saúde.</p> <p>Brasil: falta informação sobre as populações migrantes direcionadas aos trabalhadores da saúde; não há informação acessível sobre o acesso de migrantes à APS.</p> <p>Países Baixos: profissionais de saúde desconhecem a cobertura dos serviços de intérprete para além dos solicitantes de refúgio e refugiados;</p>
Capacidade de Pagamento	<p>Brasil: gratuidade dos serviços de saúde e de medicamentos;</p> <p>Países Baixos: subsídio para cobrir o seguro básico de saúde de menores de idade, solicitantes de refúgio e</p>	<p>Brasil: Custo de exames fora do SUS e o custo do transporte até a UBS.</p> <p>Países Baixos: custo de contratação do seguro básico de</p>

	<p>pessoas enfrentando dificuldades financeiras; gratuidade de medicamentos.</p>	<p>saúde por maiores de 18 anos; custo adicional para contratação de coberturas extras para odontologia, fisioterapia e transplantes; custo do intérprete formal não coberto pelo seguro básico;</p>
<p>Aceitabilidade</p>	<p><u>Ambos os locais de estudo:</u> profissionais de saúde acolhedores. <u>Brasil:</u> migrantes em geral têm confiança nos profissionais de saúde. <u>Países Baixos:</u> profissionais de saúde conseguem estabelecer vínculo de confiança e acompanhamento longitudinal com os pacientes migrantes.</p>	<p><u>Ambos os locais de estudo:</u> as práticas religiosas e crenças ligadas à religião tem peso sobre a aceitabilidade dos tratamentos pelos pacientes; o gênero têm impacto no atendimento.</p>

Elaboração da autora.

Figura 17 - Diagrama de barreiras identificadas por predominância nos locais de estudo



Elaboração da autora

4.5. Garantindo direitos sem deixar ninguém para trás

Ainda que os dois sistemas de saúde possibilitem o acesso de migrantes documentados e indocumentados, esse direito não é claro para migrantes e profissionais de saúde. No caso neerlandês, a premissa de garantia do “cuidado necessário” e a burocracia em torno do pagamento da consulta para os migrantes não segurados são entraves para o acesso desse grupo à APS.

Outro gargalo na APS neerlandesa é o tempo de consulta, ponto recorrente nas entrevistas com os profissionais de saúde, que gera frustração e pressão no atendimento aos migrantes sem domínio do neerlandês ou do inglês. Juntamente com as restrições financeiras são fatores que desestimulam / prejudicam o uso de intérpretes formais, comprometendo o acesso e a qualidade do serviço de saúde.

No Brasil a universalidade do acesso parece invisibilizar as especificidades dos migrantes e o reconhecimento da necessidade de ações que promovam a equidade. A ausência de uma orientação nacional de ações voltadas aos migrantes, agrava as disparidades regionais afetando-os de maneira desproporcional de acordo com seu local de residência. Isso somado as falhas na busca ativa da APS e a indisponibilidade de informações sobre o direito a saúde em idioma e meio acessíveis a essas populações comprometem a capacidade de decisão pela busca do cuidado de saúde e aumentam os riscos de deterioração do estado geral de saúde.

Outro ponto é a invisibilização dos migrantes pela falta de dados sobre o acesso ao SUS, em especial na APS. Recomenda-se a revisão dos Sistemas de Informação para que estes contemplem o campo nacionalidade de preenchimento obrigatório, que a lista de países de origem seja fornecida pelo próprio sistema para evitar grafias diversas e que nessa lista se inclua o termo “Apátrida” para amparar esse grupo. A parte da adequação dos sistemas de informação do SUS, é urgente a sensibilização dos profissionais de saúde para a importância do correto preenchimento desses campos.

Um dos maiores desafios do SUS são as alterações periódicas de gestão em suas 3 esferas - União, Estados, Distrito Federal e Municípios - em decorrência das mudanças de governo que muitas vezes alteram prioridades de políticas públicas promovendo descontinuidade de programas e ações de equidade, sendo preciso criar

mecanismos mais robustos que mantenham a qualidade e política de longo prazo como uma política de Estado e não de governo.

Durante as entrevistas os participantes apontaram o que consideravam necessário para melhorar o atendimento à pacientes migrantes e ao longo da pesquisa foram identificadas práticas positivas possíveis de serem replicadas que são abordadas neste capítulo agrupadas em três temas: 1) informação e capacitação continuada para os profissionais de saúde; 2) aprendendo a navegar o sistema de saúde voltado a instrução dos migrantes; e por último, 3) rumo ao entendimento mútuo, que aborda a comunicação e a barreira linguística.

4.5.1. Informação e capacitação continuada para os profissionais de saúde

A ausência de capacitação em competência cultural e de abordagens que incluam as populações migrantes de maneira transversal na educação em saúde, principalmente na graduação, contribuem para um distanciamento entre os profissionais de saúde e esses grupos. A diversidade na saúde deve considerar ainda as interseccionalidades (tais como gênero, sexualidade, idade, classe social, religião, alfabetização) e especificidades do contexto migratório e epidemiológico dos fluxos/grupos migratórios, a fim de prover um cuidado centrado no paciente culturalmente adaptado. Como aponta uma das médicas neerlandesas:

Quando você tem uma população muito grande, sempre haverá pessoas que têm dificuldades em entender a língua e entender a linguagem escrita. Então, se você puder tornar as ferramentas apropriadas para muitas pessoas, então todo mundo será um médico melhor com o treinamento. (GPFC06NL, tradução nossa)

A inclusão da competência cultural como disciplina obrigatória na graduação e pós-graduação da área da saúde foi sugerida pelos profissionais de saúde participantes e tem sido defendida e recomendada pela literatura pelo impacto positivo na promoção da equidade de toda a população, incluindo os migrantes (Gouveia, Silva e Pessoa, 2019; Sorensen *et al.*, 2019; Paulo, Elisa e Manso, 2020; S Constantinou *et al.*, 2020; Dutta *et al.*, 2021; Constantinou *et al.*, 2022; Schouten, Manthey e Scarvaglieri, 2023). Também foi sugerida a oferta de cursos no formato Ensino a Distância (EaD) para os profissionais já formados.

Essa lacuna é percebida pelos profissionais e tem se intensificado com o aumento, diversidade e dinamicidade dos fluxos migratórios em ambos os países. Os

participantes da área da saúde questionaram a responsabilidade dos profissionais, instituições de ensino, entidades de classe e governos em capacitar, fornecer informações, estabelecer protocolos e condições de trabalho para o atendimento das populações migrantes.

O NHG, acrônimo para *Nederlands Huisartsen Genootschap* (Sociedade Neerlandesa de Clínicos Gerais), embora não tenha um protocolo geral para atendimento de migrantes, em suas normas e diretrizes sobre diagnóstico e tratamento de diversas condições de saúde informa, quando existe evidência científica, sobre maior risco para uma população migrante, por exemplo, nas diretrizes para Diabetes Mellitus tipo 2⁴⁰ é recomendado o rastreamento em migrantes com origem turca, marroquina e surinamesa.

Considerando a dinamicidade da mobilidade humana e a superdiversidade comum em ambos os locais de estudos, ter acesso à informação atualizada sobre os fluxos migratórios e migrantes residentes na região auxilia os profissionais de saúde a compreenderem e atender as especificidades desses pacientes. Dados como nacionalidade, faixa etária, gênero, tipo de migração (voluntária ou forçada), contexto cultural do país de origem, informações básicas sobre o sistema de saúde em outros países, doenças, alertas de surtos e epidemias e riscos epidemiológicos (e.g. maior ocorrência de hipertensão, diabetes, hemofilia etc.). Os dados estatísticos dos residentes migrantes devem ser preferencialmente regionalizados, uma vez que variam dentro do território (país, estados, cidades).

Para atender essa demanda, sugere-se a criação de um site que agregue informações oficiais de maneira clara e sucinta (mas não reducionista) para ser acessada de maneira ágil pelos profissionais de saúde. O participante MDM02BR explorou algumas possibilidades de parcerias no contexto brasileiro para a concepção e manutenção desse site e sua aplicabilidade a nível nacional, que inclui o Ministério das Relações Exteriores, Representações Diplomáticas e Universidades.

Essa plataforma pode ainda disponibilizar materiais de apoio como protocolos, normas técnicas, folders traduzidos sobre doenças e do próprio sistema de saúde que o profissional da APS poderia utilizar e encaminhar aos pacientes. O site *Migrant*

⁴⁰ Disponível em <https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/diabetes-mellitus-type-2#samenvatting-richtlijnen-diagnostiek>

Health Guide do governo britânico é similar ao proposto aqui, incluindo informações organizadas por países⁴¹. Concentrar as informações em um site facilitaria ainda a gestão e atualização, pois como ressaltou a participante neerlandesa GPFC04NL outros meios de comunicação como impressos e-mails podem se perder facilmente.

Nos Países Baixos as participantes GPFC01NL, GPFC03NL, GPFC05NL e GPFC06NL citaram como referência em informações e materiais sobre o atendimento de migrantes o site da organização não governamental Pharos⁴², que é especializada na redução de desigualdades em saúde, e o Huisarts-Migrant⁴³ da Pharos em parceria com a Associação Neerlandesa de Médicos Generalistas (NHG), ambos voltados para os profissionais de saúde. Portanto, no contexto neerlandês já existem iniciativas e materiais disponíveis de suporte aos profissionais de saúde, mas que não são difundidas entre a categoria sendo aconselhado uma melhor estratégia de divulgação.

4.5.2. Aprendendo a navegar o sistema de saúde

Os migrantes, assim como todos nós, nutrem expectativas e tendem a replicar comportamentos a partir de suas vivências anteriores, e isso se aplica aos cuidados de saúde como vimos pela importância da bagagem do sistema de saúde do país de origem. A falta de familiaridade com a APS também influencia na forma de utilização do sistema de saúde do país de acolhida.

Para usufruir dos serviços de saúde é preciso saber de sua existência e seu funcionamento, o que pode ser desafiador para os migrantes, seja pela barreira linguística ou pela dificuldade em encontrar informações sobre o sistema de saúde. O médico reforçou a importância de disponibilizar informações no idioma nativo dos migrantes tanto de forma escrita quanto em áudio para contemplar aqueles com menor alfabetização.

Nesse sentido, a educação em saúde é importante estratégia para elevar a literacia e reduzir as desigualdades em saúde enfrentadas pelos usuários migrantes. A literacia é a habilidade do indivíduo de buscar, compreender e usar informações fundamentadas para tomar decisões que promovam e mantenham uma boa saúde,

⁴¹ Migrant Health Guide: <https://www.gov.uk/health-and-social-care/health-protection-migrant-health-guide>. Países - <https://www.gov.uk/government/collections/migrant-health-guide-countries-a-to-z>

⁴² Pharos gezondheid em migranten: <https://www.pharos.nl/thema/gezondheid-en-migranten/>

⁴³ Huisarts-Migrant: <https://www.huisarts-migrant.nl/>

incluindo a capacidade de navegar o sistema de saúde (Pedro, Amaral e Escoval, 2016; Tsai e Lee, 2016). Incluir os migrantes nas iniciativas de educação em saúde é possibilitar que possam usufruir dos serviços existentes e sejam corresponsáveis pela sua saúde.

Iniciativas para promover a educação em saúde já existem, como o site *Thuisarts*⁴⁴ mantido pela NHG com diversos recursos como imagens e vídeos de educação em saúde voltados para pacientes, mas seu conteúdo está disponível em neerlandês e a versão em inglês⁴⁵ possui apenas informações sobre o sistema de saúde, sendo inacessível aos migrantes não falantes do idioma local. No Brasil, o Ministério da Saúde disponibiliza o glossário Saúde de A a Z⁴⁶, porém, além da limitação do idioma, não conta com outros recursos visuais e auditivos para ampliar a acessibilidade.

A falta de competência cultural no sistema de saúde e na educação em saúde contribui para a vulnerabilidade e expõe as populações migrantes a riscos. No DF, a pesquisa de campo foi realizada durante a pandemia de COVID-19 e foi clara a exclusão da diversidade cultural e linguística na prevenção e promoção da saúde, pois não foi identificado qualquer tipo de material orientador sobre a pandemia nos meios de comunicação oficial do governo, nem nas UBS (Castelli *et al.*, 2020). Ainda não existem estudos sobre o impacto na saúde de migrantes ou sobre como esses grupos obtiveram informações e acesso à saúde nesse período. Esse aspecto é ainda mais crítico pela ampla circulação de desinformação (*fake news*) e consequências negativas para a saúde individual e coletiva.

A forma de organizar e o próprio teor das informações disponibilizadas nos sites governamentais são apresentadas em uma lógica cultural própria do país e que pode ser de difícil entendimento para quem está fora desse contexto. Por isso, utilizar uma linguagem simples, textos curtos traduzidos nos idiomas mais comuns dos migrantes residentes e culturalmente adaptados, uso de recursos gráficos e concentrar essas informações em um menu usando termos mais comumente utilizados nos buscadores

⁴⁴ Thuisarts: <https://www.thuisarts.nl/>

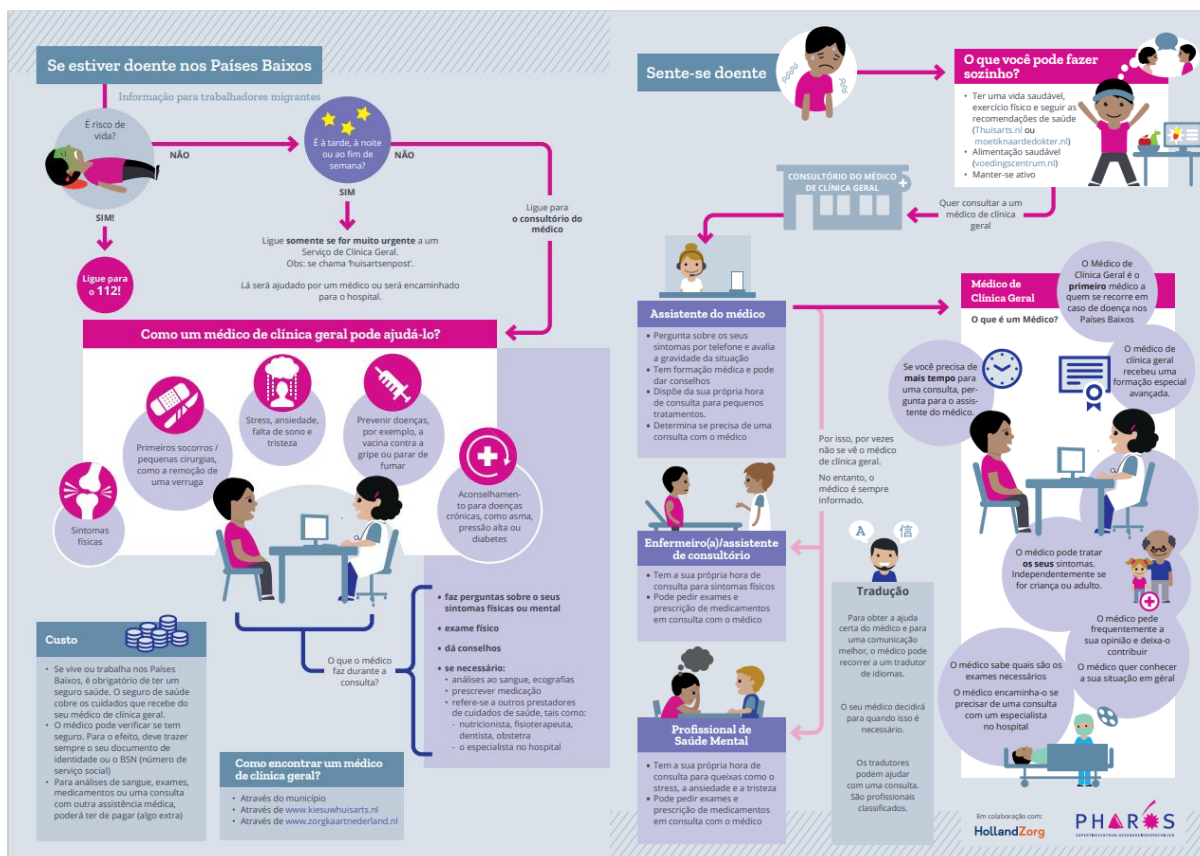
⁴⁵ GPinfo: <https://gpinfo.nl/>

⁴⁶ Saúde de A a Z: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z>

como o google, por exemplo, “Acesso à Saúde para Migrantes” dentro do site do sistema de saúde podem ampliar o alcance dessa informação (Tsai e Lee, 2016).

Um exemplo desse tipo de material é o infográfico elaborado pela Pharos sobre a Atenção Primária nos Países Baixos disponível em 10 idiomas além do neerlandês (Figura 18), porém nenhum site de clínicas de APS em Maastricht disponibilizava esse ou outro conteúdo voltado para não falantes de neerlandês em 2019.

Figura 18 - Infográfico da Atenção Primária nos Países Baixos em português



Fonte: Pharos. Disponível em: <https://www.pharos.nl/kennisbank/infographic-eerstelijnszorg-versie-voor-arbeidsmigranten-nederlands/>

É interessante também que outros órgãos do governo que lidem com a migração como a Polícia Federal e o CONARE no Brasil e o *Immigratie-en Naturalisatiedienst* (IND) nos Países Baixos também atuem na difusão de informações sobre acesso a saúde, uma vez que devido ao efeito do migrante saudável, procurar informações sobre o sistema de saúde local não está no radar de uma parte considerável dessa população, ocorrendo o interesse apenas no adoecimento. Esse

tempo entre a chegada e o adoecimento é o espaço de atuação da APS na promoção, prevenção e manutenção da saúde.

No entanto, sugere-se que esses órgãos possuam em seu site oficial um menu/aba sobre acesso à saúde que direcione o usuário a informação no site do órgão responsável pela saúde (e.g. Ministério da Saúde) para que se evite a multiplicidade de fontes que podem levar a informações desconstruídas ou desatualizadas, gerando dúvidas. Um exemplo é o site Guia do Imigrante⁴⁷ do Governo do Estado de São Paulo que, embora não disponibilize as informações em outros idiomas, ao menos centraliza as principais informações de interesse dos migrantes.

Havendo concordância linguística ou consulta com a presença de intérprete formal, uma prática positiva entre os profissionais neerlandeses que traria benefícios ao ser replicada no Distrito Federal foi a consulta introdutória com os pacientes que no caso dos migrantes inclui também informações sobre o funcionamento do sistema de saúde, o papel da APS e da equipe de saúde da família.

Em nenhum dos locais de estudo foi identificada a figura dos mediadores interculturais, sendo que a literatura os reconhece como boa prática na aproximação dos migrantes ao sistema de saúde, sua utilização em outras cidades brasileiras demonstrou impacto positivo (Aguiar e Mota, 2014; Steffens e Martins, 2016; Ingleby *et al.*, 2018; McGarry *et al.*, 2018; Verrept, 2019; Losco e Gemma, 2021; Carneiro Junior *et al.*, 2022) podendo ser replicada no DF e nos Países Baixos:

[...] a contratação de profissionais migrantes que eu imagino que também já conheça a experiência de São Paulo, contratação de agentes comunitários à de saúde imigrantes na estratégia de saúde da família, que é uma experiência muito positiva e uma boa prática que merece destaque também, né, na área da saúde. (OIF03BR)

No Brasil a figura do Agente Comunitário de Saúde (ACS) cumpre o papel de ponte entre a comunidade e a APS e a contratação de migrantes nessa função se encaixaria na proposta de mediador intercultural (Lima, 2012; Losco e Gemma, 2019; Oliveira *et al.*, 2022) como já ocorre no município de São Paulo (MUNICÍPIO DE SÃO PAULO - BRASIL, 2016).

⁴⁷ Disponível em: <http://www.guiadoimigrante.sp.gov.br> . Acesso em setembro de 2023.

4.5.3. Rumo ao entendimento mútuo

A barreira linguística foi um dos pontos críticos identificados na pesquisa e algumas sugestões foram trazidas para reduzi-la. O uso de intérpretes formais é o padrão-ouro para a discordância linguística e deve ser contemplada nas políticas públicas de saúde e de migração, uma vez que a comunicação é fundamental impacta na segurança do paciente e implica fatores éticos para o adequado atendimento (Hadziabdic e Hjelm, 2013; Muijsenbergh, Van den *et al.*, 2014; McGarry *et al.*, 2018; Samkange-Zeeb *et al.*, 2020; Habib *et al.*, 2023).

A interpretação pode ser presencial ou remota, sendo nesta última por chamada telefônica (apenas áudio) ou videochamada. Habib *et al.* (2023), destacam que a interpretação presencial é a mais recomendada por possibilitar a leitura corporal e outros aspectos não verbais que auxiliam na comunicação, enquanto a via telefone confere mais privacidade ao paciente pela ausência de contato visual, especialmente em assuntos sensíveis e um fator importante a ser considerado uma vez que não raro o intérprete pode fazer parte do mesmo grupo / comunidade do paciente. Recomenda-se que os profissionais intérpretes tenham sua habilidade dos idiomas atestada e recebam treinamento para atuar na área da saúde, obtendo conhecimentos sobre terminologias próprias do meio, privacidade e confidencialidade do paciente.

Segundo revisão sistemática realizada por Heath, Hvass e Wejse (2023), o uso de intérpretes via telefone e videochamada indicou maior satisfação dessa modalidade entre os pacientes, sendo uma opção logística e financeiramente mais atrativa para a implementação do serviço pela oportunidade de concentrá-lo em um local ou mesmo na modalidade remota.

Para o bom funcionamento, a implementação do serviço de intérprete deve contemplar o suporte físico (local reservado e silencioso) e tecnológico (e.g. telefone, aparelho de audioconferência, computador, câmera) mínimo a disposição da APS, bem como prover treinamento aos profissionais de saúde sobre como utilizar o serviço com eficiência. Hadziabdic e Hjelm (2013) e Habib *et al.* (2023) sinalizam, por exemplo, a necessidade de se considerar o gênero do intérprete - em especial no caso de pacientes mulheres - identificar o idioma ou dialeto a ser utilizado, manter contato visual com o paciente, busque falar pausadamente usando frases curtas e palavras simples e evite trocadilhos/brincadeiras/piadas uma vez que podem não fazer sentido

ou mesmo serem ofensivas em outra cultura ou idioma e, se possível, antes do atendimento e em particular dar uma breve contextualizada sobre o objetivo da consulta ao intérprete, principalmente se envolver conteúdo sensível.

À médio e longo prazo o incentivo ao aprendizado do idioma local como Direito à educação linguística é uma estratégia mais sustentável e com impacto positivo em cadeia, uma vez que contribui para a integração do migrante na sociedade de acolhida, na inserção no mercado de trabalho e no acesso à informação e exercício de seus direitos (e deveres) (Entzinger e Biezeveld, 2003; Tynell, Wimmelmann e Jervelund, 2017; Friedrich, Melo-Pfeifer e Ruano, 2021; Kuschel *et al.*, 2023).

No caso neerlandês desde 2013 todo migrante e refugiado adulto tem que passar no exame de integração (que inclui prova do idioma) em até 3 anos, não realizar ou não obter aprovação pode acarretar multa e mesmo a perda da permissão de residência (Pozzo e Nerghes, 2020; MOCW, 2023). Portanto, aprender o idioma do país se torna obrigatório e expõe esse grupo a pressão emocional e psicológica que podem afetar seu bem-estar.

Apesar da exigência, os resultados obtidos mostram a aprovação de apenas 30% e em sua maioria alcançando apenas o mínimo exigido do idioma, revelando que é preciso avaliar as circunstâncias desse baixo desempenho e a eficácia desse modelo para a integração dos migrantes (Pozzo e Nerghes, 2020). Fazendo uma ponte entre a cobertura do serviço de intérprete e o aprendizado do idioma, a participante GPFC06NL pontuou “Acho que deveriam dar as pessoas mais tempo [para aprender neerlandês]. Você não pode esperar que uma pessoa que está a 6 meses aqui que ela saiba tudo e fale fluentemente, e você não pode tratá-la como qualquer outra [paciente], ela precisa de mais tempo. (tradução nossa)”.

Kuschel *et al.*(2023) desenvolveram ao longo de 2019 um projeto piloto no Centro Regional Neerlandês de Treinamento de Groningen, Países Baixos, que combinava aulas de neerlandês e inserção laboral para refugiados com baixa alfabetização. Mesmo obtendo pouco progresso na aquisição do idioma pelos participantes, o projeto identificou diversos fatores que afetaram o aprendizado como a idade, o nível de alfabetização no idioma primário, disponibilidade de tempo, conexões sociais (principalmente com Neerlandeses) e a solidão.

No Brasil o conhecimento da língua portuguesa é apenas exigido em caso de naturalização. O ensino de português para estrangeiros não é regulamentado e pouco difundido, ficando dependente de iniciativas voluntárias e núcleos de pesquisa em universidades públicas, que não garantem uma oferta continuada. No Distrito Federal, a partir do participante migrante paquistanês (MM01DF) se identificou o curso de português como língua de acolhimento ofertado gratuitamente desde 2020 pela Secretaria de Estado de Educação em parceria com o Projeto ProAcolher da Universidade de Brasília, no Centro Interescolar de Línguas do Guará como iniciativa promissora de difusão da informação sobre acesso à saúde.

As turmas do projeto “Bem-vindo ao Distrito Federal: Português como língua de acolhimento” são compostas por migrantes de diversas nacionalidades e idiomas maternos a partir dos 14 anos. O curso que mescla o ensino da língua com a cultura e história do Brasil, também busca abordar os direitos garantidos aos migrantes, sendo um exemplo de empoderamento linguístico e social dessa população⁴⁸.

A inclusão de informações sobre o sistema de saúde local em cursos de idiomas é apontado como estratégia positiva para auxiliar os migrantes, principalmente os recém chegados, a compreender como acessá-lo (Tynell, Wimmelmann e Jervelund, 2017). Outras vantagens são a possibilidade de diálogo e esclarecimento de dúvidas, o custo reduzido e potencial de disseminação entre familiares e amigos. O espaço da APS também é um espaço oportuno para divulgar a oferta desses cursos seja por cartazes ou panfletos.

No entanto, Li e Sah (2019) alertam para que as políticas linguísticas de migração sejam bem-sucedidas não devem se pautar por práticas assimilacionistas e enviesadas pela ideia de supremacia linguística e cultural. Dessa maneira, não contrapondo línguas e culturas, mas propiciando o pluralismo e a integração multilinguística e multicultural compatível com a abordagem dos Direitos Humanos Linguísticos (Friedrich, Melo-Pfeifer e Ruano, 2021). Ainda, essas políticas devem considerar as necessidades linguísticas e sociais dos migrantes não limitado ao

⁴⁸ Em abril de 2023, por ocasião da Conferência Nacional Livre de Saúde das Populações Migrantes (CNLSPM) organizada pela Frente Nacional pela Saúde de Migrantes (FENAMI), participei de uma das aulas do referido curso falando sobre o Sistema Único de Saúde e as Conferências de Saúde. A experiência resultou no engajamento dos alunos na CNLSPM e, posteriormente, na mobilização para criação da associação de migrantes do DF.

aprendizado básico da língua, reconhecer as especificidades desse grupo na concepção pedagógica do ensino do idioma para além da aquisição meramente linguística, sendo um espaço de cidadania.

O interesse em aprender outros idiomas foi expresso também pelos profissionais de saúde brasileiros e neerlandeses. No caso do DF, os participantes sugeriram que houvesse liberação/redução de carga horária para os profissionais realizarem cursos de idiomas. Incentivar e proporcionar meios para formação de profissionais de saúde bilingues ou políglotas direcionada a área da saúde é uma alternativa com potencial de bons resultados pela facilidade de estabelecer vínculo e confiança sem o desconforto da presença de um intérprete familiar ou estranho ao paciente. A literatura relata a preferência dos migrantes por profissionais da mesma origem ou falantes do seu idioma materno (Pandey *et al.*, 2021).

Contudo, como a literatura ressalta, é preciso avaliar a habilidade linguística do profissional para realizar o atendimento de saúde para que não se recaia na prática do “*getting by*” (Parsons *et al.*, 2014; Habib *et al.*, 2023). Também deve-se considerar a questão organizacional para não sobrecarregar e evitar o desvio desses profissionais de sua função para atuar como intérprete para outros colegas (Hadziabdic e Hjelm, 2013), como observado neste estudo nas UBS do DF.

No contexto do Distrito Federal – Brasil, onde não existe sequer regulamentação para intérpretes na área da saúde ou política que preveja seu uso, reconhecemos que a adoção dessas medidas demanda tempo para os arranjos jurídicos, governamentais e orçamentários para suas implementações e seu efetivo uso. Dessa maneira, tendo em vista a urgência de promover o acesso a saúde adequado às populações migrantes, **e em caráter temporário e transitório**, sugerimos, por ser uma ação de baixo custo e ágil implementação, o desenvolvimento de um tradutor médico-visual culturalmente adaptado para auxiliar os profissionais de saúde na identificação de dados do paciente tais como país de nacionalidade, idioma, sintomas, comunicar sobre exames físicos e laboratoriais e fornecer orientações sobre o tratamento (e.g. posologia, triagem COVID-19). **Lembramos que esse material tem limitações e não substitui o intérprete e a adoção de medidas que possibilitem a concordância linguística nos atendimentos de saúde à migrantes.**

Além disso, é imperativo que as limitações de comunicação entre o profissional de saúde e o paciente, bem como as estratégias adotadas para administrá-las, sejam registradas no prontuário e informadas à cadeia de gestão local, por exemplo, no DF, à gerência da UBS, à Superintendência da Região de Saúde e à GASPVP, para que sejam adotadas as medidas cabíveis.

O Quadro 10 apresenta a síntese das principais barreiras e recomendações abordadas nesse capítulo.

Quadro 10 - Síntese de barreiras e recomendações

Barreira	Tipo	País	Recomendações
Idioma	Comunicação	Ambos	Disponibilizar de serviços de intérpretes formais para todos os migrantes sempre que houver discordância linguística. Assegurar que a informação sobre a disponibilidade do serviço seja acessível a profissionais de saúde e migrantes.
Idioma	Comunicação	Países Baixos	Sensibilizar os profissionais de saúde sobre o uso do serviço de intérprete formal e divulgar em quais casos o serviço já está disponível e os meios de utilizá-los. (E.g. para refugiados até 6 meses após o reconhecimento do status de refugiado, migrantes residentes em bairros de carentes etc.)
Idioma	Comunicação	Ambos	Ampliar a oferta de curso do idioma do país para os migrantes. Contemplar dentro do curso de idioma aspectos linguísticos (vocabulário) e culturais relacionados à saúde e ao sistema de saúde local.
Idioma	Comunicação	Países Baixos	Avaliar a qualidade dos cursos de neerlandês para migrantes tendo em vista o baixo desempenho nos exames de integração.
Idioma	Comunicação	Ambos	Uso de tradutor médico visual culturalmente adaptado em caráter emergencial e temporário em casos de discordância linguística e indisponibilidade de intérprete.
Informação sobre o sistema de saúde	Comunicação, Cultural e Organizacional	Ambos	Disponibilizar informações detalhadas e atualizadas sobre o sistema de saúde, a APS, direitos e deveres dos usuários em idioma e meios acessíveis aos migrantes, incluindo o uso de recursos de imagem e áudio para contemplar as pessoas com pouca ou nenhuma alfabetização. Sugere-se a criação de um website oficial do governo ou menu específico no site oficial do órgão da saúde que concentre todas as informações para evitar a multiplicidade de fontes, garantir a veracidade e acurácia das informações e facilitar o acesso.
Informação sobre o sistema de saúde	Comunicação, Cultural e Organizacional	Ambos	Adotar e reforçar a prática da consulta introdutória na APS com a finalidade de apresentar ao paciente o funcionamento da APS e do sistema de saúde e dialogar sobre a forma de atuação dos profissionais e as expectativas dos pacientes.

Diferenças culturais	Comunicação, Cultural e Organizacional	Ambos	Treinar e capacitar a força de trabalho em competência cultural. Incluir de maneira transversal a competência cultural, a saúde da população migrante e suas interseccionalidades no currículo da graduação e da pós-graduação nas áreas da saúde.
Diferenças culturais	Comunicação e Cultural	Ambos	Uso de mediadores culturais. No Brasil, a contratação de migrantes como Agentes Comunitários de Saúde é uma maneira de operacionalizar essa proposta.
Tempo de Consulta	Organizacional	Países Baixos	Dispor de flexibilidade no tempo de consulta considerando as especificidades do atendimento de migrantes.
Elegibilidade	Organizacional e financeira	Países Baixos	Divulgar entre os profissionais de saúde da APS a existência e os trâmites para reembolso de custos de consulta de pacientes migrantes indocumentados que não dispõem de recursos financeiros.
Acesso	Organizacional	Países Baixos	Informar os migrantes indocumentados o direito de acessar os serviços de saúde mediante pagamento.
Falta de dados	Organizacional	Brasil	Revisão dos Sistemas de Informação para contemplar a variável nacionalidade, torná-la de preenchimento obrigatório e padronizar a lista de países. Capacitar e sensibilizar a força de trabalho sobre a necessidade do preenchimento adequado.
Falta de dados	Organizacional	Brasil	Registrar em prontuário as limitações no atendimento e as estratégias adotadas e informar à cadeia de gestão.
Falta de dados	Organizacional	Ambos	Disponibilizar informações sobre os fluxos migratórios e a população migrante residente no país, preferivelmente desagregada a nível municipal, em local de fácil e rápido acesso para consulta e planejamento dos profissionais de saúde. Além de aspectos gerais, contemplar informações epidemiológicas como a prevalência de condições de saúde e surtos recentes nos países de origem etc.

Conclusão

A pesquisa revela que embora o Brasil e os Países Baixos tenham legislação que garantam em maior ou menor amplitude o acesso de migrantes à Atenção Primária à Saúde, em ambos os locais de estudo a APS enfrenta dificuldade para cumprir seu papel de prevenção, educação e manutenção da saúde dos usuários migrantes, principalmente, mas não somente, em casos de discordância linguística.

A partir dos relatos dos participantes foi possível identificar o uso da APS majoritariamente de maneira curativa e pontual. A APS também não atua como ordenadora do fluxo (*gatekeeper*), uma vez que não atinge o vínculo e qualidade adequada para compreender as necessidades do paciente e, quando as identifica, não consegue encaminhá-los aos demais níveis da assistência, por exemplo, nos casos de saúde mental. Nesses casos, ao não encaminhar esses pacientes, a APS se torna uma barreira para acessar o sistema de saúde.

A pesquisa também revela o papel central da dimensão da informação tanto para profissionais da saúde quanto para migrantes e gestores da migração e da saúde para o efetivo acesso aos serviços de saúde e a qualidade do cuidado prestado. A informação não circula entre as partes e, por conseguinte, compromete o acesso a ações existentes ou o desenvolvimento destas. A informação empodera pacientes migrantes e profissionais da saúde que passam a poder usufruir dos serviços e recursos disponíveis, bem como reivindicar melhorias e ampliação de direitos.

É fundamental conhecer o sistema e as políticas de saúde do país de residência/atuação sendo este um aspecto que recai sobre os profissionais de saúde e os migrantes e se desdobra sobre a qualidade do cuidado e acessibilidade aos serviços. Adicional a isso, é essencial estabelecer canais de comunicação contínuos de forma que possa manter os profissionais de saúde atualizados sobre as alterações estabelecidas nas políticas públicas que influenciem no atendimento dos migrantes.

No caso dos profissionais de saúde, esse tópico está relacionado à formação e ao processo contínuo de educação, sendo necessário que os currículos contemplem as informações recentes e os órgãos de saúde desenvolvam estratégias mais eficazes de disseminação de informações sobre as ações e políticas de saúde.

A existência do serviço de intérprete via telefone nos Países Baixos não garante sua utilização, sendo necessária a sensibilização dos profissionais de saúde sobre as

questões éticas envolvidas, informar sobre a disponibilidade e meios de acesso e capacitá-los para o melhor uso desse recurso. Nesse aspecto, é ainda preocupante os relatos de uso de crianças como intérpretes informais e a proibição do uso do serviço por proprietários de clínicas sob alegação de eventual custo, cerceando a autonomia do profissional sobre o exercício de sua profissão.

Outro ponto importante a ser considerado é o desequilíbrio de poder na relação profissional de saúde - paciente migrante muitas vezes atribuído a questões culturais, mas que diante dos resultados obtidos neste estudo aparenta estar mais relacionado ao acesso à informação sobre a APS e a abordagem centrada no paciente.

A desarticulação entre os diferentes atores - profissionais de saúde, governo, organizações da sociedade civil e entidades de classe - em ambos os locais de estudo é um entrave no diagnóstico das barreiras e no desenvolvimento de ações para mitigá-las, como por exemplo, a questão da barreira linguística citada pelos profissionais de saúde, mas não formalizadas as instâncias competentes. Nesse sentido, recomenda-se a formação de comitês locais compostos por esses diferentes atores para discussão do tema e a criação de canais de comunicação do governo nos quais os profissionais de saúde e migrantes possam registrar as demandas, barreiras e sugestões.

No Brasil, é possível que exista uma demanda reprimida de migrantes na Atenção Primária à Saúde, especialmente daqueles que não integram os fluxos volumosos (venezuelanos e haitianos) e os assistidos pelo Estado (solicitantes de refúgio e refugiados), por não terem acesso à informação em meios e idiomas acessíveis.

Os serviços ofertados pela APS no Brasil são mais abrangentes quando comparado aos Países Baixos, abarcando outras especialidades (e.g., odontologia, terapia ocupacional dentre outros), além de funções de assistência social (acesso a benefícios como kit maternidade, apoio a tratamento fora do domicílio, cestas básicas etc.) tornando-a ainda mais essencial para a integração e acesso a direitos para as populações migrantes.

A partir da percepção dos migrantes participantes deste estudo o acesso aos serviços da APS no Distrito Federal é limitado pela falta de conhecimento sobre o funcionamento do sistema de saúde, barreiras linguísticas, administrativas e

organizacionais como a demora no atendimento da demanda espontânea, do agendamento de consultas e exames, pelo medo do preconceito/discriminação e xenofobia.

Como o estudo no DF teve o desencontro de locais de atuação dos profissionais de saúde e local de busca e atendimento pelos migrantes participantes, infere-se que a diferença na percepção do acesso pode estar relacionada a diferenças locais na postura dos profissionais de saúde, sendo alguns mais culturalmente sensíveis que outros. Recomenda-se que estudos sejam realizados cruzando dados da percepção do acesso entre pacientes e profissionais da saúde em uma mesma UBS.

Os resultados obtidos entre os migrantes do sexo masculino sobre questões relacionadas ao gênero, à religião e crenças podem ser menos vivenciados por esse grupo, uma vez que tanto dentro do cristianismo quanto do islamismo a questão de gênero é prevalente em relação as limitações como, por exemplo, métodos contraceptivos e contato com o gênero oposto. Quanto o formulário online, optou-se por não incluir questões específicas sobre gênero, religião e crenças para não influenciar a percepção dos participantes, o objetivo foi de que os relatos fossem feitos e as ênfases fossem dadas pelos indivíduos a partir de suas memórias e emoções sem interferência da pesquisadora. Contudo, entende-se que essa estratégia pode ter ocultado desafios ligados a essas questões e devem ser considerados em estudos futuros.

Nas entrevistas com profissionais de saúde foi possível verificar que o grupo neerlandês consegue estabelecer a longitudinalidade do cuidado e o vínculo com os pacientes, por meio de relatos mais consistentes que mesmo diante das dificuldades de comunicação demonstram um conhecimento sobre o cotidiano do paciente. No grupo brasileiro, por outro lado, os contatos foram majoritariamente pontuais ou por período determinado como pré-natal. Casos de contatos múltiplos entre o mesmo profissional de saúde e paciente no Brasil foram minoria, como no caso do Médico que atendeu a nigeriana com queixas sexuais, mas são interrompidos pelos pacientes e não pela resolução da queixa.

Estudos ainda demonstram que o acompanhamento com o mesmo médico/equipe de saúde, como ocorre nos Países Baixos, favorece o vínculo, a continuidade do cuidado e melhora os resultados de saúde dos pacientes de maneira

geral (Mangrio e Sjögren Forss, 2017; Kang *et al.*, 2020; RCGP, 2021; Hull *et al.*, 2022). Portanto, sugere-se observar o impacto da considerável rotatividade de profissionais na APS brasileira em relação ao acesso e atendimento da população migrante (Giovani e Vieira, 2013; Pierantoni *et al.*, 2015; Lima *et al.*, 2022).

Embora os profissionais participantes de ambos os países compartilhem a percepção do atendimento a migrantes ser desafiador, entre os brasileiros as narrativas foram mais enfáticas e, por vezes, tinham um tom de angústia em relação a limitação da possibilidade de prestar serviço da forma adequada considerando a barreira linguística. Essa constatação demonstra que os profissionais entrevistados nesse estudo apresentam uma preocupação de prestar um atendimento coerente com que preconiza os princípios do SUS e do Sistema de Saúde Neerlandês.

Em relação ao contexto brasileiro, esse resultado contrasta com achados de outras pesquisas no país (Rodrigues e Dias, 2012; Risson, Matsue e Lima, 2018; Souza e Oliveira, 2021) que relatam episódios de racismo e xenofobia manifestados nos discursos dos profissionais de saúde que fizeram parte desses estudos, reforçando a necessidade de uma política nacional de atenção integral à saúde das populações migrantes no Brasil com diretrizes claras para orientar o serviço de saúde sobre o direito e o atendimento dessa população.

Essa política é uma demanda das populações migrantes e organizações da sociedade civil no Brasil, na qual se destaca a Conferência Nacional Livre de Saúde das Populações Migrantes (CNLSPM) realizada em maio de 2023 por iniciativa da Frente Nacional pela Saúde de Migrantes (FENAMI) que reuniu 876 participantes a nível nacional e elegeu a primeira delegação exclusivamente composta por migrantes para participar da 17ª Conferência Nacional de Saúde.

Alinhada as demandas da população migrante registradas no relatório da CNLSPM⁴⁹ e na Resolução nº 719/2023 do Conselho Nacional de Saúde, destaco e endosso que a política deve ser formulada garantindo a participação dos migrantes e consulta popular, contemplar estratégias voltadas a capacitação dos profissionais atuantes no SUS, a provisão de intérpretes profissionais capacitados na área da saúde, mediadores culturais e a produção de material informativo em múltiplas línguas

⁴⁹ Disponível em <https://www.fenami.org/conferencia-livre-2023>

sobre direitos, serviços e funcionamento da APS e do SUS, incluindo campanhas de saúde pública como a vacinação e orientações sobre a COVID-19.

Apesar da recorrência do discurso governamental sobre o impacto financeiro da adequação da APS para melhorar a qualidade e o acesso de migrantes, por exemplo, com a provisão de intérpretes formais, é preciso ressaltar o custo da não adequação com múltiplas consultas não resolutivas, exames desnecessários, hospitalizações e deterioração do estado de saúde dos indivíduos.

Em tempo, é necessário reconhecer os esforços empreendidos por profissionais de saúde na linha de frente para acolher a população migrante mesmo diante de tantas adversidades. Desses esforços surgiram boas práticas que atenuam barreiras e podem ser replicadas dentre as quais destaco a iniciativa de consultas introdutórias, a competência cultural, a não patologização das vivências de migrantes, a flexibilidade no tempo de consulta e o uso de intérpretes formais.

Por fim, recomendo uma abordagem sistêmica para reduzir as barreiras de acesso, mas reconheço que a comunicação tem papel central por sua transversalidade e capacidade de empoderamento. A partir de uma comunicação adequada torna-se substancialmente mais fácil administrar outros aspectos do atendimento em saúde de pessoas migrantes, como a cultura e a navegação do sistema de saúde.

Referências

ABBATO, Samantha; RYAN, Jennifer; SKELLY, Chris; e GOOD, Phillip. The other side of “getting by”: A case study of interpreting provision decision-making and consequences for patients. **Cogent Medicine**, [s. l.], v. 5, n. 1, p. 1483096, 2018. DOI 10.1080/2331205x.2018.1483096.

ABRAMS, Laura S. Sampling “hard to reach” populations in qualitative research: The case of incarcerated youth. **Qualitative Social Work**, [s. l.], v. 9, n. 4, p. 536–550, 2010. ISSN 14733250. DOI 10.1177/1473325010367821.

ABUBAKAR, Ibrahim et al. The UCL–Lancet Commission on Migration and Health: the health of a world on the move. **The Lancet**, [s. l.], v. 392, n. 10164, p. 2606–2654, 2018. ISSN 1474547X. DOI 10.1016/S0140-6736(18)32114-7.

ACEVEDO-GARCIA, Dolores; e ALMEIDA, Joanna. Special Issue introduction: Place, migration and health. **Social Science & Medicine**, [s. l.], v. 75, n. 12, p. 2055–2059, 2012. DOI 10.1016/j.socscimed.2012.09.008.

ADAY, L. A.; e ANDERSEN, R. A framework for the study of access to medical care. **Health services research**, [s. l.], v. 9, n. 3, p. 208–220, 1974.

AGUDELO-SUÁREZ, Andrés A. é.; GIL-GONZÁLEZ, Diana; VIVES-CASES, Carmen; LOVE, John G.; WIMPENNY, Peter; e RONDA-PÉREZ, Elena. A metasynthesis of qualitative studies regarding opinions and perceptions about barriers and determinants of health services’ accessibility in economic migrants. **BMC Health Services Research**, [s. l.], p. 461, 2012. ISSN 14726963. DOI 10.1186/1472-6963-12-461.

AGUIAR, Marcia Ernani de; e MOTA, André. O Programa Saúde da Família no bairro do Bom Retiro, SP, Brasil: a comunicação entre bolivianos e trabalhadores de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s. l.], v. 18, n. 50, p. 493–506, ago. 2014. ISSN 1807-5762. DOI 10.1590/1807-57622013.0040. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000300493&lng=pt&tlng=pt.

AHMED, Salim; SHOMMU, Nusrat S.; RUMANA, Nahid; BARRON, Gary R. S.; WICKLUM, Sonja; e TURIN, Tanvir C. Barriers to Access of Primary Healthcare by Immigrant Populations in Canada: A Literature Review. **Journal of Immigrant and Minority Health**, [s. l.], v. 18, n. 6, p. 1522–1540, 2016. ISBN 1090301502. ISSN 15571920. DOI 10.1007/s10903-015-0276-z.

AHMED, Salim; LEE, Sonya; SHOMMU, Nusrat; RUMANA, Nahid; e TURIN, Tanvir. Experiences of communication barriers between physicians and immigrant patients: A systematic review and thematic synthesis. **Patient Experience Journal**, [s. l.], v. 4, n. 1, p. 122–140, 2017. DOI 10.35680/2372-0247.1181.

ALIZADEH, Somayeh; e CHAVAN, Meena. Cultural competence dimensions and outcomes: a systematic review of the literature. **Health & Social Care in the Community**, [s. l.], v. 24, n. 6, p. e117–e130, nov. 2016. ISSN 09660410. DOI 10.1111/hsc.12293. Available at: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/hsc.12293>.

ALLEN-LEAP, Molly; HOOKER, Leesa; WILD, Kayli; WILSON, Ingrid M.; POKHAREL, Bijaya; e TAFT, Angela. Seeking Help From Primary Health-Care Providers in High-Income Countries: A Scoping Review of the Experiences of Migrant and Refugee Survivors of Domestic Violence. **Trauma, Violence, and Abuse**, [s. l.], n. February, 2022. ISBN 1524838022113. ISSN 15528324. DOI 10.1177/15248380221137664.

ALMANSOUR, Hadi A.; CHAAR, Betty; e SAINI, Bandana. Pharmacists' perspectives about their role in care of patients with diabetes observing Ramadan. **Research in Social and Administrative Pharmacy**, [s. l.], v. 13, n. 1, p. 109–122, 2017. ISSN 15517411. DOI 10.1016/j.sapharm.2016.02.006. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sapharm.2016.02.006>.

ALUTTIS, Christoph; KRAFFT, Thomas; e BRAND, Helmut. Global health in the European Union - a review from an agenda-setting perspective. **Global Health Action**, [s. l.], v. 7, n. SUPP.1, p. 1–6, 2014. ISSN 16549880. DOI 10.3402/gha.v7.23610.

ANDERSEN, Ronald; e NEWMAN, John F. Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States. **The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society**, [s. l.], v. 83, n. 4, p. 1–28, 2005. DOI 10.1111/j.1468-0009.2005.00428.x.

ANDRADE, Marta Campagnoni. **Violência contra a mulher e exclusão social: estudo entre subgrupos de populações usuárias do Centro de Saúde Escola Barra Funda - Dr. Alexandre Vranjac Dissertação (Mestrado)**. 2003. Universidade de São Paulo (USP), 2003.

ANJORIN, Omolayo; e BUSARI, Jamiu O. Unpacking the Social Constructs of Discrimination, Othering, and Belonging in Medical Schools. **Teaching and Learning in Medicine**, [s. l.], v. 0, n. 0, p. 1–9, 2023. ISSN 10401334. DOI 10.1080/10401334.2023.2230211. Available at: <https://doi.org/10.1080/10401334.2023.2230211>.

ASSIS, Raul Rodrigues de; HOEFEL, Maria da Graça Luderitz; e SEVERO, Denise Osório. Direitos humanos e repercussões à Saúde de Migrantes integrantes do Programa de Estudantes Convênio de Graduação (PEC-G) na Universidade de Brasília. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 14, n. 3, p. 159–171, 17 jun. 2021. ISSN 1982-8829. DOI 10.18569/tempus.v14i3.2874. Available at: <https://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/2874>.

ATKINSON, Rowland; e FLINT, John. Accessing hidden and hard-to-reach populations: snowball research strategies. **Social Research Update**, [s. l.], Summer, n. 33, p. 4, 2001. Available at: <https://sru.soc.surrey.ac.uk/SRU33.pdf>.

BAENINGER, Rosana. Migração Feminina : um debate teórico e metodológico no âmbito dos Migração Feminina : um debate teórico e metodológico no âmbito dos. [s. l.], 2012.

BARRETO, Mayckel da Silva; NASCIMENTO, Dayse Gomes do; MAGINI, Laisa Yohana Zaguini; OLIVEIRA, Isabelle Leopoldino de; VIEIRA, Viviane Cazetta de Lima; e MARCON, Sonia Silva. Discurso de enfermeiros e médicos sobre a utilização do serviço de emergência por imigrantes. **Escola Anna Nery**, [s. l.], v. 23, n. 3, p. 1–9,

2019. ISSN 2177-9465. DOI 10.1590/2177-9465-ean-2019-0003. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452019000300220&tlng=en.

BARTLETT, Lesley; e VAVRUS, Frances. Estudos de Caso Comparado. **Educação & Realidade**, [s. l.], v. 42, n. 3, p. 899–920, 2017. Available at: <http://dx.doi.org/10.1590/2175-623668636>.

BATENBURG, Ronald; VELDEN, Lud Van Der; e VIS, Elize. **Cijfers uit de registratie van huisartsen – een update van de werkzaamheidscijfers voor 2018 en 2019**. [S. l.]: Nivel: Kennis voor betere zorg, 2019. p. 5. Available at: https://www.nivel.nl/sites/default/files/pdf/extra_uitgave_cijfers_registratie_huisartsen_2019.pdf.

BATISTA, Ricardo; POTTIE, Kevin; BOUCHARD, Louise; NG, Edward; TANUSEPUTRO, Peter; e TUGWELL, Peter. Primary Health Care Models Addressing Health Equity for Immigrants: A Systematic Scoping Review. **Journal of Immigrant and Minority Health**, [s. l.], v. 20, n. 1, p. 214–230, 17 fev. 2018. ISSN 1557-1912. DOI 10.1007/s10903-016-0531-y. Available at: <http://link.springer.com/10.1007/s10903-016-0531-y>.

BENAQUISTO, Lucia. Code and coding. In: GIVEN, Lisa M. (ed.). **The Sage encyclopedia of qualitative research methods**. Volume 1 ed. London: SAGE Publications, 2008. p. 85–88. ISBN 978-1-4129-4163-1.

BERNALES, Margarita; CABIESES, Báltica; MCINTYRE, Ana María; e CHEPO, Macarena. Desafíos en la atención sanitaria de migrantes internacionales en Chile. **Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública**, [s. l.], v. 34, n. 2, p. 167–175, 2017. ISSN 17264642. DOI 10.17843/rpmesp.2017.342.2510.

BERNARD, H. Russell. **Research methods in anthropology: qualitative and quantitative approaches**. Fourth Edi ed. Lanham, MD: AltaMira Press, 2005. 824 p. ISBN 0759108684.

BIRKENBEUEL, Jack et al. Google translate in healthcare: Preliminary evaluation of transcription, translation and speech synthesis accuracy. **BMJ Innovations**, [s. l.], v. 7, n. 2, p. 422–429, 2021. ISSN 2055642X. DOI 10.1136/bmjinnov-2019-000347.

BOER, A. F. DE; VOOGD, X. DE; MEERSHOEK, A.; e SUURMOND, J. L. Dignity-conserving palliative care in a diverse population: A qualitative study of physicians' perspective. **Palliative and Supportive Care**, [s. l.], v. 20, n. 2, p. 196–202, 2022. ISSN 14789523. DOI 10.1017/S147895152100050X.

BONI, Valdete; e QUARESMA, Sílvia Jurema. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em ciências sociais. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**, [s. l.], v. 2, n. 3, p. 68–80, 2005. ISBN 1806-5023. ISSN 1806-5023. DOI 10.5007/%X. Available at: http://www.emtese.ufsc.br/3_art5.pdf%5Cnhttp://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Aprendendo+a+entrevistar+:+como+fazer+entrevistas+em+Ciências+ Sociais#0.

BOYD, Monica; e GRIECO, Elizabeth. Women and migration: Incorporating gender

into international migration theory. **Migration Policy Institute**. Toronto, ON: [s. n.], 2003. 4 p. Available at: <https://www.migrationpolicy.org/article/women-and-migration-incorporating-gender-international-migration-theory>.

BRASIL. **Lei nº 9.474, de 22 de julho de 1997. Lei do Refúgio**. [S. l.: s. n.], 1997. Available at: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9474.htm.

BRASIL. **Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011 - Regulamenta a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. [S. l.: s. n.], 2011. Available at: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm.

BRASIL. **Lei nº 13.444 de 06 de outubro de 2016. Lei de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas**. Brasil: [s. n.], 2016. Available at: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2016/Lei/L13344.htm.

BRASIL. **Lei nº 13.445 de 24 de maio de 2017. Institui a Lei de migração**. Brasil: [s. n.], 2017. Diário Oficial da União, Ano CLIV Nº 99, Seção 1,. Available at: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Lei/L13445.htm.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Brasil: Assembleia Nacional Constituinte, 1988. Available at: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm.

BRASIL. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. [S. l.: s. n.], 1990. Diário Oficial da União: Seção 1, Brasília, ano 18.

BRETTELL, Caroline; e HOLLIFIELD, James. Migration Theory: Talking across Disciplines. **Migration Theory: Talking Across Disciplines**, [s. l.], p. 1–26, 2015. ISBN 0415926114. ISSN 02785927. DOI 10.1017/CBO9781107415324.004.

BRISSET, Camille; LEANZA, Yvan; e LAFOREST, Karine. Working with interpreters in health care: A systematic review and meta-ethnography of qualitative studies. **Patient Education and Counseling**, [s. l.], v. 91, p. 131–140, 2013. ISSN 07383991. DOI 10.1016/j.pec.2012.11.008.

CACACE, Mirella; ETTTEL, Stefanie; MAYS, Nicholas; e NOLTE, Ellen. Assessing quality in cross-country comparisons of health systems and policies: Towards a set of generic quality criteria. **Health Policy**, [s. l.], v. 112, n. 1–2, p. 156–162, 2013. ISSN 01688510. DOI 10.1016/j.healthpol.2013.03.020. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.03.020>.

CAMPOS, Ariane Graças de; PINHEIRO, Patrícia Maria Lino; CARVALHO, Luciana de Andrade. Cuidados de Enfermagem a pessoas migrantes: encontros interculturais em saúde. *In*: **Enfermagem no cuidado à saúde de populações em situação de vulnerabilidade: volume 1**. [S. l.]: Editora Aben, 1 abr. 2022. I, p. 72–83. ISBN 0000000335539. DOI 10.51234/aben.22.e11.c08. Available at: https://publicacoes.abennacional.org.br/ebooks/e11-vulneraveis_vol-I-cap8.

CAMPOS, Leonara Raddai Gunther de; e RIBEIRO, Mara Regina Rosa. O Método da bricolage em pesquisas em saúde e enfermagem - Construindo o caminho ao

caminhar. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s. l.], v. 26, n. 4, 8 jan. 2018. ISBN 7145354004. ISSN 1980-265X. DOI 10.1590/0104-07072017002290017. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000400613&lng=pt&tlng=pt.

CARBADO, Devon W.; CRENSHAW, Kimberlé Williams; MAYS, Vickie M.; e TOMLINSON, Barbara. INTERSECTIONALITY: mapping the movements of a theory. **Du Bois Review: Social Science Research on Race**, [s. l.], v. 10, n. 2, p. 303–312, 3 jan. 2013. ISSN 1742-058X. DOI 10.1017/S1742058X13000349. Available at: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S1742058X13000349/type/journal_article.

CARLING, Jørgen. Refugee Advocacy and the Meaning of Migrants'. **Prio Policy Brief**, [s. l.], n. 02, p. 4, 2017a. ISBN 9788272887819.

CARLING, Jørgen. **The inclusivist view: What does “migrants” mean?** [S. l.: s. n.], 2017b. p. 1. Available at: meaningofmigrants.org.

CARLING, Jørgen. Key concepts in the migration – development nexus. **MIGNEX Handbook v2**, [s. l.], n. May, p. 1–14, 2019. ISBN 9788272889578. Available at: <http://www.mignex.org/d021>.

CARNEIRO JUNIOR, Nivaldo; AITH, Fernando; SILVA, Rubens Antonio da; WANDERLEY, Dalva Marli Valério; LUNA, Expedito José; e SHIKANAI-YASUDA, Maria Aparecida. Acesso e direito à saúde para migrantes bolivianos em uma metrópole brasileira. **Saúde e Sociedade**, [s. l.], v. 31, n. 3, p. 1–12, 2022. ISSN 0104-1290. DOI 10.1590/s0104-12902022210761pt.

CARRILLO, J. Emilio; CARRILLO, Victor A.; PEREZ, Hector R.; SALAS-LOPEZ, Debbie; NATALE-PEREIRA, Ana; e BYRON, Alex T. Defining and Targeting Health Care Access Barriers. **Journal of Health Care for the Poor and Underserved**, [s. l.], v. 22, n. 2, p. 562–575, maio 2011. ISSN 1548-6869. DOI 10.1353/hpu.2011.0037. Available at: <https://muse.jhu.edu/article/430672>.

CARVALHO, Ana Clara Borges; CARVALHO, Ana Júlia Araújo de; TEODORO, Livia Lara; e SILVA, Vivianne Peixoto da. Experiências vivenciadas em atendimentos de medicina e enfermagem do SUS: reflexões sobre acesso e atenção à saúde de migrantes internacionais Experiences lived in SUS medical and nursing care: reflections on access and health care for international mig. **Acervo Saúde**, [s. l.], v. 13, n. 2, p. 1–6, 2021. DOI 10.25248/reas.e5984.2021. Available at: <https://doi.org/10.25248/reas.e5984.2021>.

CASTELLI, Andressa Carvalho et al. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19: Pessoas migrantes, refugiadas, solicitantes de refúgio e apátridas**. Rio de Janeiro, Brazil: Fiocruz/CEPEDES, 2020. p. 13. Available at: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/41690/2/CartilhaMigranteRefugiados.pdf>.

CASTIGLIONE, Débora de Pina. Políticas de fronteiras e saúde de populações refugiadas. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 34, n. 4, p. 1–4, 2018. ISSN 0102-311X. DOI 10.1590/0102-311x00006018.

CASTLES, Stephen; HAAS, Hein De; e MILLER, M. J. **The age of migration**.

International migration movement in the modern world. Fifth ed. [S. l.: s. n.], 2014. ISSN 1543-3722. DOI 10.1080/10911359.2014.897096.

CAVALCANTI, Leonardo; BOTEGA, Tuíla; TONHATI, Tânia; e ARAÚJO, Dina. **Dicionário Crítico de Migrações Internacionais**. Brasília, DF, Brasil: Editora Universidade de Brasília, 2017. 740 p.

CAVALCANTI, Leonardo; OLIVEIRA, Tadeu; e SILVA, Bianca Guimarães. **Imigração e refúgio no Brasil: Retratos da década de 2010**. Brasília, DF, Brasil: Observatório das Migrações Internacionais; Ministério da Justiça e Segurança Pública/ Conselho Nacional de Imigração e Coordenação Geral de Imigração Laboral, 2021a. p. 48. Available at: <https://portaldeimigracao.mj.gov.br/pt/dados/relatorios-a>.

CAVALCANTI, Leonardo; OLIVEIRA, Tadeu; e SILVA, Bianca Guimarães. **Relatório Anual 2021 – 2011-2020: Uma década de desafios para a imigração e o refúgio no Brasil. Série Migrações**. Brasília, DF, Brasil: [s. n.], 2021b. 321 p. Available at: <https://portaldeimigracao.mj.gov.br/pt/dados/>.

CBS, Centraal Bureau voor de Statistiek. **Regionale kerncijfers Nederland**. [S. l.: s. n.], 2021. Available at: <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/70072ned/table?ts=1635898773775>. Acessado: 20 out. 2021.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira; e REIS, Ademar Arthur Chioro dos. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 34, n. 8, p. 1–14, 2018. ISSN 0102-311X. DOI 10.1590/0102-311x00056917.

CESCR, Committee on Economic Social and Cultural Rights. **General Comment No. 14 - The right to the highest attainable standard of health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)**. Geneva, Switzerland: [s. n.], 2000. p. 21. Available at: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2FC.12%2F2000%2F4&Lang=en.

CESCR, Committee on Economic Social and Cultural Rights. **General Comment No. 20 - Non-discrimination in economic, social and cultural rights (art. 2, para. 2, of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)**. Geneva, Switzerland: [s. n.], 2009. p. 13. Available at: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2FC.12%2FGC%2F20&Lang=en.

CFM, Conselho Federal de Medicina. **Parecer CFM nº 30/1990**. [S. l.: s. n.], 1990. p. 2. Available at: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/1990/30>.

CFM, Conselho Federal de Medicina. **PARECER Nº 01/2010**. [S. l.: s. n.], 2010. p. 3. Available at: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/pareceres/BR/2010/1_2010.pdf.

CHAGAS, Herleis Maria de Almeida; e VASCONCELLOS, Maria da Penha Costa. Quando a porta de entrada não resolve: análise das unidades de saúde da família no município de Rio Branco, Acre. **Saúde e Sociedade**, [s. l.], v. 22, n. 2, p. 377–388,

2013. ISSN 0104-1290. Available at:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000200010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.

CHAMPION, Victoria L.; SKINNER, Celette Sugg. Health Belief Model. *In*: GLANZ, Karen; RIMER, Barbara k.; VISWANATH, K. (ed.). **Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice**. 4th. ed. [S. l.]: Jossey-Bass a Wiley Imprint, 2008. p. 45–66. ISBN 978-0-7879-9614-7 (cloth).

CHUNG, Mimi. Health care reform: Learning from other major health care systems. **Princeton Public Health Review**. [S. l.: s. n.], 2017. Available at: <https://pphr.princeton.edu/2017/12/02/unhealthy-health-care-a-cursory-overview-of-major-health-care-systems/>.

CLARK, Jocalyn; e HORTON, Richard. Opening up to migration and health. **The Lancet**, [s. l.], v. 392, n. 10164, p. 2523–2525, 2018. ISSN 01406736. DOI 10.1016/s0140-6736(18)32935-0. Available at: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32935-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32935-0).

CLAWSON, Terri H.; LEAFMAN, Joan; NEHRENZ, Guy M.; e KIMMER, Sandra. Using pictograms for communication. **Military Medicine**, [s. l.], v. 177, n. 3, p. 291–295, 2012. ISSN 1930613X. DOI 10.7205/MILMED-D-11-00279.

CNS, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 553 de 09 de agosto de 2017 autoriza a atualização da Carta dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde**. [S. l.: s. n.], 2018. n. 15/01/2018, p. 41–44.

CODEPLAN. **Relatório Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílio**. [S. l.: s. n.], 2021. 140 p. Available at: https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2022/05/PDAD-DF_2021.pdf.

CODEPLAN, COMPANHIA DE PLANEJAMENTO DO DISTRITO FEDERAL. **Brasília Metropolitana**. Brasília, DF: [s. n.], 2023. 6 p.

CONSTANTINO, Costas S.; ANDREOU, Panayiota; NIKITARA, Monica; e PAPAGEORGIU, Alexia. Cultural Competence in Healthcare and Healthcare Education. **Societies**, [s. l.], v. 12, n. 6, p. 178, 29 nov. 2022. ISSN 2075-4698. DOI 10.3390/soc12060178. Available at: <https://www.mdpi.com/2075-4698/12/6/178>.

CORRÊA, Daniel Seabra Resende Castro et al. Movimentos de reforma do sistema de saúde do Distrito Federal: a conversão do modelo assistencial da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 24, n. 6, p. 2031–2041, jun. 2019. ISBN 0000000345651. ISSN 1678-4561. DOI 10.1590/1413-81232018246.08802019. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000602031&tlng=pt.

COUTINHO, Julianna Godinho Dale. Se você está aqui, é porque eu existo: percepções múltiplas e deslocamentos do Sistema Único de Saúde no encontro com refugiados. [s. l.], 165 f-165 f, 2019. Available at: http://www.bdtd.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=16861.

CREDÉ, Sarah H.; SUCH, Elizabeth; e MASON, Suzanne. International migrants' use

of emergency departments in Europe compared with non-migrants' use: A systematic review. **European Journal of Public Health**, [s. l.], v. 28, n. 1, p. 61–73, 2018. ISSN 1464360X. DOI 10.1093/eurpub/ckx057.

CRENSHAW, Kimberle. Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color. **Stanford Law Review**, [s. l.], v. 43, n. 6, p. 1241, jul. 1991. ISSN 00389765. DOI 10.2307/1229039. Available at: <https://www.jstor.org/stable/1229039?origin=crossref>.

CRESWELL, John W. **Research Design - Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches**. 4th. ed. [S. l.]: SAGE, 2014. 342 p. ISBN 9781452226095.

CRM-PR, Conselho Regional de Medicina do Paraná. **Parecer nº 2876/2022**. [S. l.: s. n.], 2022. p. 3. Available at: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/PR/2022/2876>.

CZAPKA, Elżbieta Anna; GERWING, Jennifer; e SAGBAKKEN, Mette. Invisible rights: Barriers and facilitators to access and use of interpreter services in health care settings by Polish migrants in Norway. **Scandinavian Journal of Public Health**, [s. l.], v. 47, n. 7, p. 755–764, 2019. ISSN 16511905. DOI 10.1177/1403494818807551.

D'ALESSANDRO, Denise. **A Linguística e a Saúde na Fronteira - Uma Abordagem Multidisciplinar**. 2020. 32 p. Universidade Federal da Integração Latino-Americana, 2020. Available at: <http://dspace.unila.edu.br/123456789/5880>.

D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; SCHRAIBER, Lilia Blima; HANADA, Heloisa; e DURAND, Julia. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 14, n. 4, p. 1037–1050, 2009. DOI 10.1590/s1413-81232009000400011.

DAMEN, Roxy Elisabeth Christina; DAGEVOS, Jaco; e HUIJNK, Willem. Refugee Reception Re-examined: a Quantitative Study on the Impact of the Reception Period for Mental Health and Host Country Language Proficiency Among Syrian Refugees in the Netherlands. **Journal of International Migration and Integration**, [s. l.], v. 23, n. 1, p. 1–21, 2022. ISBN 1213402100820. ISSN 18746365. DOI 10.1007/s12134-021-00820-6.

DASTJERDI, Mahdiah. The case of Iranian immigrants in the greater Toronto area : a qualitative study. [s. l.], p. 1–8, 2012.

DAVIES, Anita; BASTEN, Anna; e FRATTINI, Chiara. Migration: A social determinant of the health of migrants. **International Organization for Migration - IOM**. Geneva, Switzerland: [s. n.], 2006. 26 p. ISBN 978 92 9068 355 1.

DAVIES, Anita A.; BASTEN, Anna; e FRATTINI, Chiara. Migration: a social determinant of migrants' health. **Eurohealth**, [s. l.], v. 16, n. 1, p. 10–12, 2010. Available at: http://www.swisshumanrightsbook.com/SHRB/shrb_03.html<http://tinyurl.com/39qvgym23><http://tinyurl.com/32z5o3l><http://tinyurl.com/35xkl6><http://tinyurl.com/35slxc7>.

DELAMUTA, Karly Garcia; MENDONÇA, Fernanda de Freitas; DOMINGOS, Carolina

Milena; e CARVALHO, Marselle Nobre de. Experiências de atendimento à saúde de imigrantes bengaleses entre trabalhadores da atenção primária à saúde no Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 36, n. 8, p. 1–12, 2020. ISSN 1678-4464. DOI 10.1590/0102-311x00087019. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000805009&tlng=pt.

DENT, Community; EPIDEMIOLOGICAL, Oral; e WILEY, John. Is the wait-for-patient-to-come approach suitable for African newcomers to Alberta, Canada? [s. l.], n. 7, p. 523–531, 2012. ISBN 7804921624. DOI 10.1111/j.1600-0528.2012.00698.x.

DIAMOND, Lisa C.; SCHENKER, Yael; CURRY, Leslie; BRADLEY, Elizabeth H.; e FERNANDEZ, Alicia. Getting By: Underuse of interpreters by resident physicians. **Journal of General Internal Medicine**, [s. l.], v. 24, n. 2, p. 256–262, 2009. ISSN 08848734. DOI 10.1007/s11606-008-0875-7.

DIAZ, Esperanza et al. Interventions to improve immigrant health. A scoping review. **European Journal of Public Health**, [s. l.], v. 27, n. 3, p. 433–439, 2017. ISBN 1464-360X (Electronic)1101-1262 (Linking). ISSN 1464360X. DOI 10.1093/eurpub/ckx001.

DOMINGUES, M. E. S.; CHIYAYA, J. J.; VIELMOND, C. L. B.; e PUCHIVAILO, M. C. Religião, religiosidade e espiritualidade e sua relação com a saúde mental em contexto de adoecimento: Uma revisão integrativa de 2010 a 2020. **Programa de Apoio à Iniciação Científica - PAIC**, [s. l.], p. 555–576, 2020.

DONABEDIAN, A. **Aspects of Medical Care Administration: Specifying requirements for health care**. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1973. ISBN 0674049802.

DREWNIAK, Daniel; KRONES, Tanja; e WILD, Verina. Do attitudes and behavior of health care professionals exacerbate health care disparities among immigrant and ethnic minority groups? An integrative literature review. **International Journal of Nursing Studies**, [s. l.], v. 70, p. 89–98, 2017. ISSN 0020-7489. DOI 10.1016/j.ijnurstu.2017.02.015.

DUTTA, Nina et al. Promoting cultural diversity and inclusion in undergraduate primary care education. **Education for Primary Care**, [s. l.], v. 32, n. 4, p. 192–197, 2021. ISSN 1475990X. DOI 10.1080/14739879.2021.1900749. Available at: <https://doi.org/10.1080/14739879.2021.1900749>.

EBERHARDT, Leonardo Dresch; e MIRANDA, Ary Carvalho de. Saúde, trabalho e imigração: revisão da literatura científica latino-americana. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 41, n. spe2, p. 299–312, 2017. ISSN 0103-1104. DOI 10.1590/0103-11042017s225.

EC, European Commission. The Netherlands: Health care and long-term care systems. **Hospitals & health networks / AHA**. [S. l.: s. n.], 2016. 20 p. ISSN 10688838.

EE, Anne VAN; e MUIJSENBORG, Maria E. T. C. VAN DEN. **Patients with low literacy in primary care in the Netherlands: need to support the general practitioner?** [S. l.: s. n.], n. February, 2014. 12 p.

EISENBRUCH, Maurice. The Mental Health of refugee children and their cultural

development. **The International Migration Review**, [s. l.], v. 22, n. 2, p. 282–300, 1988. Available at: <https://www.jstor.org/stable/2546651>.

ELMORE, Natasha et al. Investigating the relationship between consultation length and patient experience: A cross-sectional study in primary care. **British Journal of General Practice**, [s. l.], v. 66, n. 653, p. e896–e903, 2016. ISSN 09601643. DOI 10.3399/bjgp16X687733.

EMROWHO, World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean. **Protection of the Rights of Migrant Workers**. [S. l.: s. n.], 2007. (Health and Human Rights). p. 4. Available at: <https://www.who.int/hhr/Migrants.pdf>.

ENTZINGER, Han; e BIEZEVELD, Renske. Benchmarking in Immigrant Integration. **Managing Integration. The European Union's Responsibilities Towards Immigrants**, [s. l.], n. August, p. 53, 2003. Available at: https://ec.europa.eu/home-affairs/sites/homeaffairs/files/e-library/documents/policies/legal-migration/pdf/general/benchmarking_final_en.pdf.

ESHIETT, Michael U. A.; e PARRY, Eldryd HO. Migrants and health: a cultural dilemma. **Clinical Medicine**, [s. l.], v. 3, n. 3, p. 229–231, 2003.

EUREGIO MEUSE-RHINE. **Euregio in practice: an overview of cross-border services and network in the Euroregio Meuse-Rhine**. [S. l.: s. n.], 2019. 45 p. Available at: https://euregio-mr.info/euregio-mr-wAssets/img/Dokumente/Neuigkeiten/Euregio-konkret/EN_Euregio-in-practice-Euregio-Meuse-Rhine.pdf.

EXPH, EXpert Panel on effective ways of investing in Health. **Opinion on Benchmarking Access to Healthcare in the EU**. Brussels, Belgium: European Commission, 2017. 81 p. ISBN 9789279770555. DOI 10.2875/593839. Available at: https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/docsdire/opinion_benchmarking_healthcareaccess_en.pdf.

FACCHINI, Luiz Augusto; TOMASI, Elaine; e THUMÉ, Elaine. **Acesso e qualidade na atenção básica brasileira: análise comparativa dos três ciclos da avaliação externa do PMAQ-AB, 2012-2018**. São Leopoldo: Oikos, 2021. 224 p. ISBN 9786559740352. Available at: <https://dms.ufpel.edu.br/site/wp-content/uploads/2021/11/Acesso-e-qualidade-na-atenção-básica-E-book.pdf>.

FADIMAN, Anne. **The Spirit Catches You and You Fall Down: A Hmong child, her American doctors, and the collision of two cultures**. New York, EUA: FSG Classics, 2012. 368 p. ISBN 0374533407.

FANG, Mei Lan; SIXSMITH, Judith; LAWTHOM, Rebecca; MOUNTIAN, Ilana; e SHAHRIN, Afifa. Experiencing “pathologized presence and normalized absence”; understanding health related experiences and access to health care among Iraqi and Somali asylum seekers, refugees and persons without legal status. **BMC Public Health**, [s. l.], v. 15, n. 923, p. 1–12, 2015. ISSN 1471-2458. DOI 10.1186/s12889-015-2279-z.

FARIA, Maria Rita Fontes. **MIGRAÇÕES INTERNACIONAIS NO PLANO MULTILATERAL** Reflexões para a política externa brasileira. [s. l.], p. 306, 2015.

FILLER, Tali; JAMEEL, Bismah; e GAGLIARDI, Anna R. Barriers and facilitators of patient centered care for immigrant and refugee women: A scoping review. **BMC Public Health**, [s. l.], v. 20, n. 1, p. 1–12, 2020. ISSN 14712458. DOI 10.1186/s12889-020-09159-6.

FLEURY, Sonia; OUVRENEY, Assis Mafort. Políticas e sistema de saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, Lenaura de Vasconcelos Costa; CARVALHO, José Carvalho de (ed.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. [S. l.]: Editora FIOCRUZ, 2012. p. 1103. ISBN 9788575413494. DOI 10.7476/9788575413494. Available at: <https://books.scielo.org/id/c5nm2/pdf/giovanella-9788575413494-23.pdf>.

FLINTERMAN, Linda; VIS, Elize; GEIT, Ellemerijn de; e BATENBURG, Ronald. **Cijfers uit de registratie van huisartsen - Peiling 2021**. Utrecht: Nivel, 2022. p. 2. Available at: <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1004234.pdf>.

FOSTER, Nina Silva. **O cuidado aos imigrantes bolivianos e às bolivianas no contexto da atenção primária à saúde: uma aproximação etnográfica**. 2017. 116 p. Universidade Federal de São Paulo, 2017. Available at: <https://repositorio.unifesp.br/handle/11600/41852>.

FREEMAN, R. Edward. **Strategic Management: a stakeholder approach**. Cambridge: Cambridge University Press, 2010. 276 p. ISBN 9781139192675. DOI 10.1017/CBO9781139192675. Available at: <http://ebooks.cambridge.org/ref/id/CBO9781139192675>.

FRENK, Julio. El concepto y la medición de accesibilidad. **Salud Publica De Mexico**, [s. l.], n. Septiembre-October, p. 438–453, 1985.

FREUND, Tobias; EVERETT, Christine; GRIFFITHS, Peter; HUDON, Catherine; NACCARELLA, Lucio; e LAURANT, Miranda. Skill mix, roles and remuneration in the primary care workforce: Who are the healthcare professionals in the primary care teams across the world? **International Journal of Nursing Studies**, [s. l.], v. 52, n. 3, p. 727–743, 2015. ISSN 00207489. DOI 10.1016/j.ijnurstu.2014.11.014. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.11.014>.

FRIEDRICH, Tatyana; MELO-PFEIFER, Sílvia; e RUANO, Bruna. Direito à educação linguística de alunos migrantes e refugiados: Reflexões sociopolíticas, sociolinguísticas e educativas em torno dos casos Brasileiro e Alemão. **Education Policy Analysis Archives**, [s. l.], v. 29, n. January-July, p. 70, 24 maio 2021. ISSN 1068-2341. DOI 10.14507/epaa.29.5711. Available at: <https://epaa.asu.edu/index.php/epaa/article/view/5711>.

FULLMAN, Nancy et al. Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: A systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016. **The Lancet**, [s. l.], v. 391, n. 10136, p. 2236–2271, 2018. ISSN 1474547X. DOI 10.1016/S0140-6736(18)30994-2.

FURLANETTO, Denise de Lima Costa et al. Satisfação do usuário da Atenção Primária no Distrito Federal: a importância do acesso oportuno e da visita domiciliar. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 25, n. 5, p. 1851–1863, maio 2020. ISBN

000000166126. ISSN 1678-4561. DOI 10.1590/1413-81232020255.33332019. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000501851&tlng=pt.

GEDIEL, José Antônio Peres. Migração Irregular. *In*: CAVALCANTI, Leonardo; BOTEGA, Tuíla; TONHATI, Tânia; ARAÚJO, Dina (ed.). **Dicionário Crítico de Migrações Internacionais**. Brasília, DF, Brasil: Editora Universidade de Brasília, 2017. p. 468–472. ISBN 978-85-230-1211-3.

GEERLINGS, Lennie R. C.; THOMPSON, Claire L.; KRAAIJ, Vivian; e KEIJSERS, Ger P. J. Culturally competent practice: a mixed methods study among students, academics and alumni of clinical psychology master's programs in the Netherlands. **Europe's Journal of Psychology**, [s. l.], v. 14, n. 1, p. 88–106, 2018. ISSN 18410413. DOI 10.5964/ejop.v14i1.1461.

GIL-GONZALEZ, Diana; CARRASCO-PORTINÕ, Mercedes; VIVES-CASES, Carmen; AGUDELO-SUAREZ, Andres A.; CASTEJON BOLEA, Ramon; e RONDA-PEREZ, Elena. Is health a right for all? An umbrella review of the barriers to health care access faced by migrants. **Ethnicity and Health**, [s. l.], v. 20, n. 5, p. 523–541, 2015. ISSN 14653419. DOI 10.1080/13557858.2014.946473.

GILL, Paramjit S.; BEAVAN, Jacqueline; CALVERT, Melanie; e FREEMANTLE, Nick. The unmet need for interpreting provision in UK primary care. **PLoS ONE**, [s. l.], v. 6, n. 6, 2011. ISSN 19326203. DOI 10.1371/journal.pone.0020837.

GIOVANELLA, L.; e GUIMARÃES, L. Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL na. **Cad Saúde ...**, [s. l.], p. 251–266, 2007. Available at: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23s2/13.pdf>.

GIOVANI, Mirian Suzi Paro; e VIEIRA, Camila Mugnai. Longitudinalidade do cuidado diante da rotatividade de profissionais na Estratégia Saúde da Família 1. **R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde.**, [s. l.], v. 7, n. 4, p. 1981–6278, 2013. DOI 10.3395/reciis.v7i4.866pt.

GIVLER, Amy; BHATT, Harshil; MAANI-FOGELMA, Patricia A. The Importance Of Cultural Competence in Pain and Palliative Care. *In*: **StatPearls**. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2023. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493154/>.

GODDARD, Maria; e SMITH, Peter. Equity of access to health care services: Theory and evidence from the UK. **Social Science and Medicine**, [s. l.], v. 53, n. 9, p. 1149–1162, 2001. ISBN 02779536. ISSN 02779536. DOI 10.1016/S0277-9536(00)00415-9.

GOLLUB, Erica L.; DÉVIEUX, Jessy; MICHELE, Jean Gilles; STE-ROSE, Suzette Pierre; NEPTUNE, Sandra; e PELLETIER, Valerie. This method, i think, can shed new light: Haitian-American women's reflections on risk, culture, and family planning decisions from a short-term trial of a cervical barrier (Femcap™). **International Quarterly of Community Health Education**, [s. l.], v. 36, n. 4, p. 253–263, 2016. ISSN 15413519. DOI 10.1177/0272684X16666432.

GOMIDE, Mariana Figueiredo Souza; PINTO, Ione Carvalho; BULGARELLI,

Alexandre Fávero; SANTOS, Alba Lúcia Pinheiro DOS; e PILAR SERRANO GALLARDO, Maria DEL. A satisfação do usuário com a atenção primária á saúde: uma análise do acesso e acolhimento. **Interface: Communication, Health, Education**, [s. l.], v. 22, n. 65, p. 387–398, 2018. ISSN 14143283. DOI 10.1590/1807-57622016.0633.

GOTTEMS, Leila; AGGIO, Armando Martinho Bardou; OLIVEIRA, Adriano de; ROQUE, Mabelle Varonilia; e BITTENCOURT, Roberto José. A Regionalização da Gestão da Saúde no DF: o caminho para a “ponta” virar centro. **Brasília em Debate**, [s. l.], v. 17, p. 22–27, 2017. Available at: <http://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/03/Brasília-em-Debate-17.pdf>.

GÖTTEMS, Leila Bernarda Donato; ALMEIDA, Marilza Oliveira de; RAGGIO, Armando Martinho Badou; e BITTENCOURT, Roberto José. O Sistema Único de Saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2018): revisitando a história para planejar o futuro. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 24, n. 6, p. 1997–2008, jun. 2019. ISBN 0000000264. ISSN 1678-4561. DOI 10.1590/1413-81232018246.08522019. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000601997&tlng=pt.

GOUDSMIT, S.; e DUTE, J. Inzet tolk is een mensenrecht. **Medisch Contact**, [s. l.], v. 72, p. 22–23, 2017. ISSN 0025-8245.

GOUVEIA, Eneline A. H.; SILVA, Rodrigo de Oliveira; e PESSOA, Bruno Henrique Soares. Competência Cultural: uma Resposta Necessária para Superar as Barreiras de Acesso à Saúde para Populações Minorizadas. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [s. l.], v. 43, n. 1 suppl 1, p. 82–90, 2019. ISSN 0100-5502. DOI 10.1590/1981-5271v43suplemento1-20190066.

GRAETZ, V.; RECHEL, B.; GROOT, W.; NORREDAM, M.; e PAVLOVA, M. Utilization of health care services by migrants in Europe - A systematic literature review. **British Medical Bulletin**, [s. l.], v. 121, n. 1, p. 5–18, 2017. ISSN 14718391. DOI 10.1093/bmb/ldw057.

GRANADA, Daniel; CARRENO, Ioná; RAMOS, Natália; e RAMOS, Maria da Conceição Pereira. Discutir saúde e imigração no contexto atual de intensa mobilidade humana. **Interface: Communication, Health, Education**, [s. l.], v. 21, n. 61, p. 285–296, 2017. ISBN 1414-3283 UL - http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000200285&nrm=iso. ISSN 14143283. DOI 10.1590/1807-57622016.0626.

GUETTERMAN, T. C. Descriptions of sampling practices within five approaches to qualitative research in education and the health sciences. **FORUM: Qualitative social Research**, [s. l.], v. 16, n. 2, p. 25, 2015. ISBN 1438-5627. ISSN 14385627. Available at: <http://www.csa.com/partners/viewrecord.php?requester=gs&collection=ENV&recid=7182482>.

HABIB, Talat; NAIR, Arun; PRESENTIN, Klaus VON; KASWA, Ramprakash; e SAEED, Hamid. Do not lose your patient in translation: Using interpreters effectively in primary care. **South African Family Practice**, [s. l.], v. 65, n. 1, p. 1–5, 2023. ISSN

20786204. DOI 10.4102/SAFP.V65I1.5655.

HACKER, Karen; ANIES, Maria; FOLB, Barbara L.; e ZALLMAN, Leah. **Barriers to health care for undocumented immigrants: A literature review**. [S. l.: s. n.], 2015. v. 8. ISSN 11791594. DOI 10.2147/RMHP.S70173.

HADZIABDIC, Emina; e HJELM, Katarina. Working with interpreters: Practical advice for use of an interpreter in healthcare. **International Journal of Evidence-Based Healthcare**, [s. l.], v. 11, n. 1, p. 69–76, 2013. ISSN 17441595. DOI 10.1111/1744-1609.12005.

HAFNER, Catherine; SCHNEIDER, Julie; SCHINDLER, Mélineé; e BRAILLARD, Olivia. Visual aids in ambulatory clinical practice: Experiences, perceptions and needs of patients and healthcare professionals. **PLoS ONE**, [s. l.], v. 17, n. 2 February, p. 1–13, 2022. ISBN 1111111111. ISSN 19326203. DOI 10.1371/journal.pone.0263041.

HANEFELD, Johanna et al. A global research agenda on migration, mobility, and health. **The Lancet**, [s. l.], v. 389, n. 10087, p. 2358–2359, 2017. ISBN 0140-6736. ISSN 1474547X. DOI 10.1016/S0140-6736(17)31588-X.

HANNIGAN, Ailish; O'DONNELL, Patrick; O'KEEFFE, Mary; e MACFARLANE, Anne. **Health Evidence Network Synthesis Report 46: How do variations in definitions of “migrant” and their care services?** Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2016. ISBN 978 92 890 5159 0.

HARMS, Lucas; e KANSEN, Maarten. Cycling Facts Netherlands Institute for Transport Policy Analysis | KiM. **Institute for Transport Policy Analysis, KiM, Ministry of Infrastructure and Water Management**, [s. l.], 2018.

HEATH, Morten; HVASS, Anne Mette Fløe; e WEJSE, Christian Morberg. Interpreter services and effect on healthcare - a systematic review of the impact of different types of interpreters on patient outcome. **Journal of Migration and Health**, [s. l.], v. 7, n. September 2022, p. 100162, 2023. ISBN 4202124758. ISSN 26666235. DOI 10.1016/j.jmh.2023.100162. Available at: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2666623523000120>.

HINTJENS, Helen M.; SIEGMANN, Karin A.; e STARING, Richard H. J. M. Seeking health below the radar: Undocumented People's access to healthcare in two Dutch cities. **Social Science & Medicine**, [s. l.], v. 248, n. January, p. 112822, mar. 2020. ISSN 02779536. DOI 10.1016/j.socscimed.2020.112822. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.112822>.

HULL, Sally A.; WILLIAMS, Crystal; SCHOFIELD, Peter; BOOMLA, Kambiz; e ASHWORTH, Mark. Measuring continuity of care in general practice: a comparison of two methods using routinely collected data. **British Journal of General Practice**, [s. l.], v. 72, n. 724, BJGP.2022.0043, 28 jun. 2022. ISSN 0960-1643. DOI 10.3399/BJGP.2022.0043. Available at: <http://bjgp.org/lookup/doi/10.3399/BJGP.2022.0043>.

HWANG, Kerry et al. Testing the use of translation apps to overcome everyday healthcare communication in Australian aged-care hospital wards—An exploratory study. **Nursing Open**, [s. l.], v. 9, n. 1, p. 578–585, 2022. ISSN 20541058. DOI

10.1002/nop2.1099.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Tabelas da Estimativas da População 2021**. [S. l.: s. n.], 2021. Available at: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?=&t=resultados>.

IGZ, Inspectie voor de gezondheidszorg. **Tolken in de zorg**. Den Haag: [s. n.], 2003. n. september, p. 21. Available at: <https://www.pharos.nl/infosheets/tolken-in-de-zorg/>.

INGLEBY, David; PETROVA-BENEDICT, Roumyana; HUDDLESTON, Thomas; e SANCHEZ, Elena. The MIPEX Health strand: a longitudinal, mixed-methods survey of policies on migrant health in 38 countries. **European Journal of Public Health**, [s. l.], v. 0, n. 0, p. 1–5, 2018. ISSN 1101-1262. DOI 10.1093/eurpub/cky233.

IOM, International Organization for Migration. **Health of Migrants: Resetting the Agenda. Report of the 2nd Global Consultation**. Colombo, Sri Lanka: International Organization for Migration (IOM), 2017. 103 p.

IOM, International Organization for Migration. **Migration and the 2030 Agenda**. [s. l.], 2018. Available at: www.iom.int.

IOM, International Organization for Migration. **International Migration Law nº 34: Glossary on migration**. [S. l.: s. n.], 2019. 248 p. ISBN 9780874216561. ISSN 13514180. DOI 10.1017/CBO9781107415324.004.

IOM, International Organization for Migration. **World Migration Report 2022**. [S. l.: s. n.], 2022. 540 p. ISBN 978-92-9268-076-3. Available at: <https://publications.iom.int/books/world-migration-report-2022>.

IOM, International Organization for Migration; WHO, World Health Organization; e OHCHR, United Nations Office of the High Commissioner for Human Right. **International Migration, Health and Human Rights**. [S. l.: s. n.], 2013. 86 p. DOI 10.1037/e569712006-004.

IPPDH, Instituto de Políticas Públicas em Direitos Humanos do MERCOSUL; e OIM, Organização Internacional das Migrações. **Migrantes regionais na cidade de São Paulo: Direitos sociais e políticas públicas**. [S. l.: s. n.], 2016. 166 p. ISBN 9789874609328. Available at: <https://www.ippdh.mercosur.int/publicaciones/migrantes-regionais-na-cidade-de-sao-paulo/?lang=pt-br>.

IRVING, Greg et al. International variations in primary care physician consultation time: A systematic review of 67 countries. **BMJ Open**, [s. l.], v. 7, n. 10, 2017. ISSN 20446055. DOI 10.1136/bmjopen-2017-017902.

JANZ, Nancy K.; e BECKER, Marshall H. The Health Belief Model: A Decade Later. **Health Education & Behavior**, [s. l.], v. 11, n. 1, p. 1–47, 1984. ISSN 15526127. DOI 10.1177/109019818401100101.

JAYAWEERA, Hiranthi. Social Determinants of Migrants' Health. In: ANDERSON, B.; KEITH, Michael (ed.). **Migration A COMPAS Anthology**. Oxford: ESRC Centre on Migration, Policy and Society (COMPAS), 2014. p. 101–102. ISBN 978-1-907271-03-

8.

JENSEN, Natasja Koitzsch; NORREDAM, Marie; PRIEBE, Stefan; e KRASNIK, Allan. How do general practitioners experience providing care to refugees with mental health problems? A qualitative study from Denmark. [s. l.], 2013.

JESUS, Antonio Carlos de et al. Tuberculose pulmonar no Distrito Federal: ocorrência de óbitos e acesso aos serviços de saúde. **Práticas e Cuidado: Revista de Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 4, n. e15205, p. 1–13, 2023. ISSN 2675-7591. Available at: <https://orcid.org/0000-0001-7186-5763>.

KANG, Melissa; ROBARDS, Fiona; LUSCOMBE, Georgina; SANCI, Lena; e USHERWOOD, Tim. The relationship between having a regular general practitioner (GP) and the experience of healthcare barriers: a cross-sectional study among young people in NSW, Australia, with oversampling from marginalised groups. **BMC Family Practice**, [s. l.], v. 21, n. 1, p. 220, 28 dez. 2020. ISSN 1471-2296. DOI 10.1186/s12875-020-01294-8. Available at: <https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-020-01294-8>.

KAPPERT, Jaap; e HOOP, Irma DE. **Nurse Practitioner professional competency framework**. Tradução: Ko HAGOORT. Utrecht: V&VN, 2019. p. 1–73. Available at: <https://cstor.eu/venvnvs/2019/06/2019-06-25-Nurse-Practitioner-Professional-Competency-Framework.pdf>.

KING, Pedro Lucas Gottens et al. Análise da utilização dos serviços em uma unidade básica de saúde do Distrito Federal, Brasil. **Comunicação em Ciências da Saúde**, [s. l.], v. 34, n. 1, p. 19, 2023. DOI <https://doi.org/10.51723/ccs.v34i01.1411>.

KRONEMAN, M.; BOERMA, W.; BERG, M. VAN DEN; GROENEWEGEN, P.; JONG, J. DE; e GINNEKEN, E. VAN. The Netherlands: health system review. **Health Systems in Transition**. [S. l.: s. n.], v. 18, n. 2, 2016. 239 p. ISBN 1817-6127.

KRYSTALLIDOU, Demi; LANGEWITZ, Wolf; e MUIJSEBERGH, Maria VAN DEN. Multilingual healthcare communication: Stumbling blocks, solutions, recommendations. **Patient Education and Counseling**, [s. l.], v. 104, n. 3, p. 512–516, 2021. ISSN 18735134. DOI 10.1016/j.pec.2020.09.015. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.09.015>.

KUSCHEL, Anne; HEYSE, Liesbet; HANSEN, Nina; e WITTEK, Rafael P. M. Combining Language Training and Work Experience for Refugees with Low-Literacy Levels: a Mixed-Methods Case Study. **Journal of International Migration and Integration**, [s. l.], n. 0123456789, 2023. ISBN 1213402301. ISSN 18746365. DOI 10.1007/s12134-023-01028-6. Available at: <https://doi.org/10.1007/s12134-023-01028-6>.

KVALE, Steinar. **InterViews: An introduction to qualitative research interviewing**. London: SAGE, 1996. 326 p.

LEANZA, Yvan; BOIVIN, Isabelle; e ROSENBERG, Ellen. Interruptions and resistance: A comparison of medical consultations with family and trained interpreters. **Social Science and Medicine**, [s. l.], v. 70, p. 1888–1895, 2010. ISSN 02779536. DOI 10.1016/j.socscimed.2010.02.036.

LEDOUX, Céline; PILOT, Eva; DIAZ, Esperanza; e KRAFFT, Thomas. Migrants' access to healthcare services within the European Union: A content analysis of policy documents in Ireland, Portugal and Spain. **Globalization and Health**, [s. l.], v. 14, n. 1, p. 1–11, 2018. ISBN 1744-8603. ISSN 17448603. DOI 10.1186/s12992-018-0373-6.

LESCURE, Dominique L. A.; VELDEN, Alike W. VAN DER; HUIJSER VAN REENEN, Natascha; RICHARDUS, Jan Hendrik; e VOETEN, Helene A. C. M. Perspectives of Immigrants and Native Dutch on Antibiotic Use: A Qualitative Study. **Antibiotics**, [s. l.], v. 11, n. 9, p. 1179, 31 ago. 2022. ISSN 2079-6382. DOI 10.3390/antibiotics11091179. Available at: <https://www.mdpi.com/2079-6382/11/9/1179>.

LI, Guofang; SAH, Pramod Kumar. Immigrant and refugee language policies, programs, and practices in an era of change: promises, contradictions, and possibilities. In: GOLD, Steven J.; NAWYN, Stephanie J. (ed.). **The Routledge International Handbook of Migration Studies**. Second Ed. ed. [S. l.]: Taylor & Francis, 2019. p. 325–338.

LIMA, Samira. Agentes Comunitários de Saúde: agenciadores de encontros entre territórios Community Health Workers: promoters of interaction between territories. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 17, n. 11, p. 2931–2940, 2012. ISSN 1413-8123.

LIMA, Juliana Gagno; GIOVANELLA, Ligia; BOUSQUAT, Aylene; FAUSTO, Márcia; e MEDINA, Maria Guadalupe. Barreiras de acesso à Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos do Oeste do Pará. **Trabalho, Educação e Saúde**, [s. l.], v. 20, 2022. ISSN 1678-1007. DOI 10.1590/1981-7746-ojs616.

LIN, Chung Ying; SAFFARI, Mohsen; KOENIG, Harold G.; e PAKPOUR, Amir H. Effects of religiosity and religious coping on medication adherence and quality of life among people with epilepsy. **Epilepsy and Behavior**, [s. l.], v. 78, p. 45–51, 2018. ISSN 15255069. DOI 10.1016/j.yebeh.2017.10.008. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2017.10.008>.

LIU, Cha Hsuan; MEEUWESSEN, Ludwien; WESEL, Floryt VAN; e INGLEBY, David. Why do ethnic Chinese in the Netherlands underutilize mental health care services? Evidence from a qualitative study. **Transcultural Psychiatry**, [s. l.], v. 52, n. 3, p. 331–352, 2015. ISSN 14617471. DOI 10.1177/1363461514557887.

LOCH, Ruth E. Nogueira. **Cartografia: representação, comunicação e visualização de dados espaciais**. Florianópolis - SC: UFSC, 2006. 313 p.

LOENEN, Tessa Van et al. Primary care for refugees and newly arrived migrants in Europe : a qualitative study on health needs , barriers and wishes. [s. l.], v. 28, n. 1, p. 82–87, 2017. DOI 10.1093/eurpub/ckx210.

LOENEN, Tessa VAN; BERG, Michael J. VAN DEN; HEINEMANN, Stephanie; BAKER, Richard; FABER, Marjan J.; e WESTERT, Gert P. Trends towards stronger primary care in three western European countries; 2006-2012. **BMC Family Practice**, [s. l.], v. 17, n. 1, p. 1–9, 2016. ISSN 14712296. DOI 10.1186/s12875-016-0458-3. Available at: <http://dx.doi.org/10.1186/s12875-016-0458-3>.

LOMANS, Anieck M.; UIJEN, Annemarie A.; AKKERMANS, Reinier P.; LAGRO-JANSSEN, Toine A. L. M.; e TEUNISSEN, Doreth A. M. Help-seeking behaviour in primary care of men and women with a history of abuse: A Dutch cohort study. **European Journal of General Practice**, [s. l.], v. 28, n. 1, p. 40–47, 2022. ISSN 17511402. DOI 10.1080/13814788.2022.2054985. Available at: <https://doi.org/10.1080/13814788.2022.2054985>.

LOSCO, Luiza Nogueira; e GEMMA, Sandra Francisca Bezerra. Sujeitos da saúde, agentes do território: o agente comunitário de saúde na Atenção Básica ao imigrante. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s. l.], v. 23, p. 1–13, 2019. ISSN 1414-3283. DOI 10.1590/interface.180589.

LOSCO, Luiza Nogueira; e GEMMA, Sandra Francisca Bezerra. Atenção Primária em Saúde para imigrantes bolivianos no Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s. l.], v. 25, p. 1–14, 2021. ISSN 1414-3283. DOI 10.1590/interface.200477.

LUIKING, Marie-Louise et al. Migrants' Healthcare Experience: A Meta-Ethnography Review of the Literature. **Journal of Nursing Scholarship**, [s. l.], v. 0, n. 0, p. 1–10, 2018. ISSN 15276546. DOI 10.1111/jnu.12442.

MANGRIO, Elisabeth; e SJÖGREN FORSS, Katarina. **Refugees' experiences of healthcare in the host country: a scoping review**. [S. l.: s. n.], 2017. v. 17, n. 1. ISSN 14726963. DOI 10.1186/s12913-017-2731-0.

MARANDOLA JR., Eduardo; e DAL GALLO, Priscila Marchiori. Ser migrante: implicações territoriais e existenciais da migração. **Revista Brasileira de Estudos de População**, [s. l.], v. 27, n. 2, p. 407–424, 2010. ISSN 0102-3098. DOI 10.1590/S0102-30982010000200010. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-30982010000200010&lng=pt&nrm=iso&tng=pt.

MARCH, Sebastià et al. Barriers to and discourses about breast cancer prevention among immigrant women in Spain: a qualitative study. **BMJ Open**, [s. l.], 8:e021425, p. 1–9, 2018. DOI 10.1136/bmjopen-2017-021425.

MARTIN, Steve; SICILIANI, Luigi; e SMITH, Peter. Socioeconomic inequalities in waiting times for primary care across ten OECD countries. **Social Science & Medicine**, [s. l.], v. 263, n. July, p. 113230, out. 2020. ISSN 02779536. DOI 10.1016/j.socscimed.2020.113230. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113230>.

MARTINEZ, Virginia. **O acesso dos usuários transfronteiriços paraguaios aos serviços públicos de saúde no Brasil**. 2020. 154 p. Universidade Estadual do Oeste do Paraná, 2020. Available at: <https://tede.unioeste.br/handle/tede/5318>.

MARTINS, Maria Angela Conceição; e GUGELMIN, Sílvia Angela. O Direito à saúde de imigrantes haitianos na perspectiva de profissionais de saúde. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 14, n. 3, p. 63–83, 17 jun. 2021. ISSN 1982-8829. DOI 10.18569/tempus.v14i3.2614. Available at: <https://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/2614>.

MARTINUCCI, Oséias da Silva. Cartografias da saúde: alguns apontamentos. *In*: RIBEIRO, Eduardo Augusto Werneck (ed.). **A Cartografia na Geografia da Saúde: Metodologias e Técnicas**. 1ª Edição ed. Blumenau - SC, Brasil: Insitituto Federal Catarinense, out. 2019. p. 6–21. ISBN 9788556440433. DOI 10.21166/9788556440433. Available at: <http://editora.ifc.edu.br/wp-content/uploads/sites/33/2019/10/Cartografia-na-Geografia-da-Saúde.pdf>.

MASON, Jennifer. **Qualitative researching**. 2nd. ed. London: SAGE, 2002. 224 p. ISBN 9781446232392.

MASSEY, Douglas S.; ARANGO, Joaquin; HUGO, Graeme; KOUAOUCI, Ali; PELLEGRINO, Adela; e TAYLOR, J. Edward. Theories of International Migration: A Review and Appraisal. **Population and Development Review**, [s. l.], v. 19, n. 3, p. 431, 1993. ISBN 00987921. ISSN 00987921. DOI 10.2307/2938462. Available at: <http://www.jstor.org/stable/2938462?origin=crossref>.

MCGARRY, Orla; HANNIGAN, Ailish; ALMEIDA, Maria Manuela De; SEVERONI, Santino; PUTHOOPPARAMBIL, Soorej J.; e MACFARLANE, Anne. **Health Evidence Network Synthesis Report 62: What strategies to address communication barriers for refugees and migrants in health care settings have been implemented and evaluated across the WHO European Region?** Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 2018. 50 p. ISBN 9789289053501.

MCINTYRE, Di; MOONEY, Gavin. Section 3 - Health service access. *In*: MCINTYRE, Di; MOONEY, Gavin (ed.). **The economics of health equity**. [S. l.]: Cambridge University Press, 2007. p. 101–148. ISBN 9780511544460. DOI 10.1017/CBO9780511544460.

MEEUWESSEN, Ludwien; HARMSEN, Johannes A. M.; BERNSEN, Roos M. D.; e BRUIJNZEELS, Marc A. Do Dutch doctors communicate differently with immigrant patients than with Dutch patients? **Social Science and Medicine**, [s. l.], v. 63, n. 9, p. 2407–2417, 2006. ISSN 02779536. DOI 10.1016/j.socscimed.2006.06.005.

MEHANDRU, Nikita; ROBERTSON, Samantha; e SALEHI, Niloufar. Reliable and Safe Use of Machine Translation in Medical Settings. *In*: 2022, New York, NY, USA. **2022 ACM Conference on Fairness, Accountability, and Transparency**. New York, NY, USA: ACM, 21 jun. 2022. p. 2016–2025. ISBN 9781450393522. DOI 10.1145/3531146.3533244. Available at: <https://dl.acm.org/doi/10.1145/3531146.3533244>.

MELLAARD, Arne; e MEIJL, Toon van. Domestic violence policies in the Netherlands: A regime of deficiency. **Anthropological Theory**, [s. l.], v. 21, n. 4, p. 437–459, 2021. ISBN 1463499620958. ISSN 17412641. DOI 10.1177/1463499620958857.

MENDES, E. V. **Atenção primária à Saúde no SUS: Avanços e ameaças**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), 2021. 233 p. (CONASS Documenta). ISBN 2013206534. Available at: <https://www.conass.org.br/biblioteca/conass-documenta-38/>.

MENDONÇA, Carolina Siqueira; MACHADO, Dinair Ferreira; ALMEIDA, Margareth

Aparecida Santini DE; e CASTANHEIRA, Elen Rose Lodeiro. Violence and primary health care in Brazil: An integrative literature review. **Ciencia e Saude Coletiva**, [s. l.], v. 25, n. 6, p. 2247–2257, 2020. ISBN 0000000226974. ISSN 16784561. DOI 10.1590/1413-81232020256.19332018.

MIELLET, Sara. From Refugee to Resident in the Digital Age: Refugees' Strategies for Navigating in and Negotiating Beyond Uncertainty During Reception and Settlement in The Netherlands. **Journal of Refugee Studies**, [s. l.], v. 34, n. 4, p. 3629–3646, 2021. ISSN 14716925. DOI 10.1093/jrs/feab063.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8ª ed. São Paulo - SP, Brasil: HUCITEC, 2004. 407 p. ISBN 9788527101813.

MINAYO. AMOSTRAGEM E SATURAÇÃO EM PESQUISA QUALITATIVA: CONSENSOS E CONTROVÉRSIAS SAMPLING AND SATURATION IN QUALITATIVE RESEARCH: SAMPLING AND SATURATION IN QUALITATIVE RESEARCH: 1 Introdução conceito de saturação no âmbito da pesquisa qualitativa. Para isso. **Revista Pesquisa Qualitativa**, [s. l.], v. 5, n. 7, p. 01–12, 2017.

MIRANDA, Marina Jorge de. Informação geográfica e Geotecnologias aplicadas à saúde. In: ROMA, Cláudia Marques; VIEIRA, Alexandre Bergamim; MOTA, Adeir Archanjo; GUIMARÃES, Raul Borges (ed.). **Geografia e Saúde: conceitos, teorias e metodologias**. Dourados - MS: UFGD Editora, 2020. p. 189–210. ISBN 978-85-8147-1693. Available at: <https://omp.ufgd.edu.br/omp/index.php/livrosabertos/catalog/view/329/260/2481-1>.

MOCW, Ministerie van Onderwijs Cultuur en Wetenschap. **Voortgangscijfers Inburgering Totaal Nederland**. [S. l.]: DUO - Dienst Uitvoering Onderwijs - Servicecentrum Inburgering, 2023. p. 1–8. Available at: <https://duo.nl/data/TotaalNederland.pdf>.

MONKEN, Maurício. Contexto, território e o processo de territorialização de informações: desenvolvendo estratégias pedagógicas para a educação profissional em vigilância em saúde. In: **A geografia e o contexto dos problemas de saúde**. Rio de Janeiro, RJ: ABRASCO, 2008. p. 141–164. Available at: https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/geografia_e_contexto.pdf.

MORAES, Denise Espíndola; e CANÔAS, Sílvia Swain. O conceito de “território” e seu significado no campo da atenção primária a saúde. **Revista Desenvolvimento Social**, [s. l.], v. 1, n. 9, p. 49–57, 2013. ISSN 2179-6807.

MS, Ministério da Saúde do Brasil. **Política Nacional de Atenção Básica**. [S. l.: s. n.], 2006. 60 p. v. 5, n. 5. ISBN 8533411863. Available at: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume_4_completo.pdf.

MS, Ministério da Saúde do Brasil. - **Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017 - Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. [S. l.: s. n.], 2017a. Available at: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.

MS, Ministério da Saúde do Brasil. **Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017 - Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. [S. l.: s. n.], 2017b. Available at: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.

MS, Ministério da Saúde do Brasil. **Manual de uso do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão - PEC (versão 3.1)**. [S. l.: s. n.], 2018. p. 466. Available at: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/esus/Manual_PEc_3_1.pdf.

MS, Ministério da Saúde do Brasil. **Portaria nº 397 de 16 de março de 2020 - dispõe sobre o Programa Saúde na Hora no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde do Brasil, 2020. Available at: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0397_16_03_2020.html.

MS, Ministério da Saúde do Brasil; e CNS, Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS (NOB/RH – SUS)**. 3ª Ed ed. Brasília, DF, Brasil: Ministério da Saúde do Brasil, 2005. 98 p. ISBN 85-334-0827-7.

MUIJSENBURGH, Maria VAN DEN et al. Communication in cross-cultural consultations in primary care in Europe: the case for improvement. The rationale for the RESTORE FP 7 project. **Primary Health Care Research & Development**, [s. l.], v. 15, n. 02, p. 122–133, 22 abr. 2014. ISSN 1463-4236. DOI 10.1017/S1463423613000157. Available at: http://www.journals.cambridge.org/abstract_S1463423613000157. Acessado: 12 abr. 2019.

MUNICIPIO DE SÃO PAULO - BRASIL. **Lei Municipal nº 16.478 de 08 de julho de 2016 - Institui a Política Municipal para a População Imigrante, dispõe sobre seus objetivos, princípios, diretrizes e ações prioritárias, bem como sobre o Conselho Municipal de Imigrantes**. [S. l.: s. n.], 2016. Diário Oficial da Cidade de São Paulo, 09 de julho.

NEIRA, Marcos Garcia; e LIPPI, Bruno Gonçalves. Tecendo a colcha de retalhos: a bricolagem como alternativa para a pesquisa educacional. **Educação & Realidade**, [s. l.], v. 37, n. 2, p. 607–625, ago. 2012. ISSN 2175-6236. DOI 10.1590/S2175-62362012000200015. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-62362012000200015&lng=pt&tlng=pt.

NIED, Maieli Maiara; BULGARELLI, Patrícia Tavora; RECH, Rafaela Soares; BUNO, Carolina da Silva; SANTOS, Camila Mello dos; e BULGARELLI, Alexandre Fávero. Elementos da Atenção Primária para compreender o acesso aos serviços do SUS diante do autorrelato do usuário. **Cadernos Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 28, n. 3, p. 362–372, 2020. ISSN 1414-462X. DOI 10.1590/1414-462x202028030434.

NORONHA, José Carvalho de; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho de; CARVALHO, Antonio Ivo de (ed.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2ª Edição ed. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, 2012. p. 365–394.

NOWELL, Lorelli S.; NORRIS, Jill M.; WHITE, Deborah E.; e MOULES, Nancy J. Thematic Analysis : Striving to Meet the Trustworthiness Criteria. [s. l.], v. 16, p. 1–13, 2017. DOI 10.1177/1609406917733847.

NZA, Nederlandse Zorgautoriteit. **Beleidsregel Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2018 BR/REG-18122 (Versie 1)**. [S. l.]: Nederlandse Zorgautoriteit, 2018. p. 91. Available at: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_21739_22/.

NZA, Nederlandse Zorgautoriteit. **Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2023-BR/REG-23132a Versie 2**. [S. l.: s. n.], 2022. p. 56. Available at: http://puc.overheid.nl/doc/PUC_711597_22.

O'MAHONY, J. M.; e DONNELLY, T. T. How does gender influence immigrant and refugee women's postpartum depression help-seeking experiences? **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, [s. l.], v. 20, n. 8, p. 714–725, 11 out. 2013. ISSN 1351-0126. DOI 10.1111/jpm.12005. Available at: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jpm.12005>.

O'REILLY-DE BRÚN, Mary et al. Using Participatory Learning & Action research to access and engage with "hard to reach" migrants in primary healthcare research. **BMC Health Services Research**, [s. l.], v. 16, n. 1, p. 1–16, 2016. ISSN 14726963. DOI 10.1186/s12913-015-1247-8.

OAS, Organization of American States. **Additional Protocol to the American Convention on Human Rights in the Area of Economic, Social and Cultural Rights (Protocol of San Salvador)**. [S. l.: s. n.], 1988. 16 p. ISBN 9780827065253. ISSN 03643417. Available at: <http://www.oas.org/en/sare/social-inclusion/protocol-ssv/docs/protocol-san-salvador-en.pdf>.

OECD, Organisation for Economic Co-operation and Development; e EOHSP, European Observatory on Health Systems and Policies. **State of Health in the EU: Netherlands - Country Health Profile 2017**. Brussels: OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, 2017. 20 p. ISBN 9789264283503.

OECD, Organisation for Economic Co-operation and Development; e EOHSP, European Observatory on Health Systems and Policies. **State of Health in the EU: The Netherlands - Country Health Profile 2021**. Paris: OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, 2021. 24 p. ISBN 9789264942196.

OHCHR, United Nations Office of the High Commissioner for Human Right. **Status of Ratification - Interactive Dashboard**. [S. l.: s. n.], 2021. Available at: <https://indicators.ohchr.org/>. Acessado: 14 nov. 2021.

OLIVEIRA, Flávia Ferreira de; ALMEIDA, Maria Tereza Pereira de; FERREIRA, Marina Gonçalves; PINTO, Ione Carvalho; e AMARAL, Gabriela Gonçalves. Importância do agente comunitário de saúde nas ações da Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Revista Baiana de Saúde Pública**, [s. l.], v. 46, n. 3, p. 291–313, 30 set. 2022. ISBN 0000000183. ISSN 2318-2660. DOI 10.22278/2318-

2660.2022.v46.n3.a3771. Available at:
<https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/3771>.

OMENKA, Ogonnaya I.; WATSON, Dennis P.; e HENDRIE, Hugh C. Understanding the healthcare experiences and needs of African immigrants in the United States: A scoping review. **BMC Public Health**, [s. l.], v. 20, n. 1, p. 1–13, 2020. ISSN 14712458. DOI 10.1186/s12889-019-8127-9.

ORTEGA, Pilar; MARTÍNEZ, Glenn; e DIAMOND, Lisa. Language and health equity during covid-19: Lessons and opportunities. **Journal of Health Care for the Poor and Underserved**, [s. l.], v. 31, n. 4, p. 1530–1535, 2020. ISSN 15486869. DOI 10.1353/hpu.2020.0114.

OUVERNEY, Assis Mafort; e NORONHA, José Carvalho de. **Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais**. [S. l.: s. n.], 2013. 143–182 p. ISBN 9788581100173. DOI 10.7476/9788581100173.0006.

PACE, Paola; PACE, Paola (ed.). **Migration and the Right to Health: A Review of Internaitonal Law**. [S. l.]: International Organization for Migration (IOM), 2009. 476 p. Available at: http://publications.iom.int/system/files/pdf/iml_19.pdf.

PACHECO-CORAL, Adriana del Pilar. Statelessness, exodus, and health: forced internal displacement and health services. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 34, n. 4, p. 1–3, 2018. ISSN 0102-311X. DOI 10.1590/0102-311x00027518.

PADILLA, Beatriz. Saúde e migrações: Metodologias participativas como ferramentas de promoção da cidadania. **Interface: Communication, Health, Education**, [s. l.], v. 21, n. 61, p. 273–284, 2017. ISSN 14143283. DOI 10.1590/1807-57622016.0624.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira**. [S. l.: s. n.], 2008. ISBN 9788575413593.

PANAYIOTOU, Anita et al. Language translation apps in health care settings: Expert opinion. **JMIR mHealth and uHealth**, [s. l.], v. 7, n. 4, 2019. ISSN 22915222. DOI 10.2196/11316.

PANDEY, Mamata et al. Impacts of English language proficiency on healthcare access, use, and outcomes among immigrants: a qualitative study. **BMC Health Services Research**, [s. l.], v. 21, n. 1, p. 13, 26 dez. 2021. ISSN 1472-6963. DOI 10.1186/s12913-021-06750-4. Available at:
<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-021-06750-4>.

PARSONS, Janet A.; BAKER, Natalie A.; SMITH-GORVIE, Telisha; e HUDAK, Pamela L. To “Get by” or “get help”? A qualitative study of physicians’ challenges and dilemmas when patients have limited English proficiency. **BMJ Open**, [s. l.], v. 4, n. 6, p. 1–9, 2014. ISBN 2013004613. ISSN 20446055. DOI 10.1136/bmjopen-2013-004613.

PATERNOTTE, Emma; FOKKEMA, Joanne P. I.; LOON, Karsten A. VAN; DULMEN, Sandra VAN; e SCHEELE, Fedde. Cultural diversity: Blind spot in medical curriculum documents, a document analysis. **BMC Medical Education**, [s. l.], v. 14, n. 1, p. 1–6, 2014. ISSN 14726920. DOI 10.1186/1472-6920-14-176.

PATIL, Sumant; e DAVIES, Patrick. Use of Google Translate in medical communication: Evaluation of accuracy. **BMJ (Online)**, [s. l.], v. 349, n. December, p. 3–5, 2014. ISSN 17561833. DOI 10.1136/bmj.g7392. Available at: <http://dx.doi.org/doi:10.1136/bmj.g7392>.

PAULO, São; ELISA, Maria; e MANSO, Gonzalez. Cultura e prática médica: trabalhando a competência cultural em um curso de graduação de medicina , São Paulo , Brasil Introdução Se , na verdade , não estou no mundo para simplesmente a ele me adaptar , mas. [s. l.], p. 1–15, 2020.

PAVAN, Isabella Pereira; BAPTISTA, Angeline da Silva Lopes; ROSA, Caio Pupin; CABRAL, Danusa da Silva; BITTENCOURT, Flávio; e SILVA, Simone Albino. Satisfação do usuário com os serviços de saúde de atenção básica: percepção masculina. **Ciência, Cuidado e Saúde**, [s. l.], v. 19, p. 1–9, 2020. ISBN 0000000280297. ISSN 1677-3861. DOI 10.4025/cienccuidsaude.v19i0.46760.

PEDRO, Ana Rita; AMARAL, Odete; e ESCOVAL, Ana. Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, [s. l.], v. 34, n. 3, p. 259–275, set. 2016. ISSN 08709025. DOI 10.1016/j.rpsp.2016.07.002. Available at: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0870902516300311>.

PEETERS, Bart et al. Ramadan fasting and diabetes: An observational study among Turkish migrants in Belgium. **Primary Care Diabetes**, [s. l.], v. 6, n. 4, p. 293–296, 2012. ISSN 17519918. DOI 10.1016/j.pcd.2012.02.003. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pcd.2012.02.003>.

PEIXOTO, João. Da era das migrações ao declínio das migrações? A transição para a mobilidade revisitada. **REMHU: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana**, [s. l.], v. 27, n. 57, p. 141–158, 2019. ISBN 0388000570. ISSN 1980-8585. DOI 10.1590/1980-85852503880005709.

PEMBERTON, Simon et al. Access to healthcare in superdiverse neighbourhoods. **Health and Place**, [s. l.], v. 55, p. 128–135, 2019. DOI 10.1016/j.healthplace.2018.12.003.

PENCHANSKY, Roy; e THOMAS, J. William. The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction. **Medical Care**, [s. l.], 1981. ISBN 0025-7079 (Print)n0025-7079 (Linking). ISSN 15371948. DOI 10.1097/00005650-198102000-00001.

PETRILLI, C. M.; MACK, Megan; PETRILLI, J. J.; HICKNER, Andy; SAINT, Sanjay; e CHOPRA, Vineet. Understanding the role of physician attire on patient perceptions: a systematic review of the literature-- targeting attire to improve likelihood of rapport (TAILOR) investigators. **BMJ Open**, [s. l.], v. 5, n. 1, p. e006578–e006578, 19 jan. 2015. ISSN 2044-6055. DOI 10.1136/bmjopen-2014-006578. Available at: <https://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2014-006578>.

PHILLIMORE, Jenny; BRADBY, Hannah; KNECHT, Michi; PADILLA, Beatriz; e PEMBERTON, Simon. Bricolage as conceptual tool for understanding access to healthcare in superdiverse populations. **Social Theory & Health**, [s. l.], v. 17, n. 2, p.

231–252, 26 jun. 2019. ISSN 1477-8211. DOI 10.1057/s41285-018-0075-4. Available at: <https://doi.org/10.1057/s41285-018-0075-4>.

PHILLIMORE, J. A.; BRADBY, H.; e BRAND, T. Superdiversity, population health and health care: opportunities and challenges in a changing world. **Public Health**, [s. l.], v. 172, p. 93–98, 2019. DOI 10.1016/j.puhe.2019.01.007.

PIERANTONI, Celia Regina; VIANNA, Cid Manso de Mello; FRANÇA, Tania; MAGNAGO, Carinne; e RODRIGUES, Marcus Paulo da Silva. Rotatividade da força de trabalho médica no Brasil. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 39, n. 106, p. 637–647, 2015. DOI 10.1590/0103-110420151060003006.

PIOVESAN, Flávia. A Constituição de 1988 e os tratados internacionais de proteção aos Direitos Humanos. *In*: **Direitos Humanos e o Direito Constitucional Internacional**. 13ª Edição ed. [S. l.]: Editora Saraiva, 2012. p. 98–171. ISBN 978-85-02-14327-2.

PIOVESAN, Armando; e TEMPORINI, Edméa Rita. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], v. 29, n. 4, p. 318–325, 1995. DOI 10.1590/s0034-89101995000400010.

POKHAREL, Bijaya; YELLAND, Jane; HOOKER, Leesa; e TAFT, Angela. A Systematic Review of Culturally Competent Family Violence Responses to Women in Primary Care. **Trauma, Violence, and Abuse**, [s. l.], 2021. ISSN 15528324. DOI 10.1177/15248380211046968.

POT, Felix Johan; KOSTER, Sierdjan; e TILLEMA, Taede. Perceived accessibility in Dutch rural areas: Bridging the gap with accessibility based on spatial data. **Transport Policy**, [s. l.], v. 138, n. February 2022, p. 170–184, 2023. ISSN 1879310X. DOI 10.1016/j.tranpol.2023.04.014. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.tranpol.2023.04.014>.

POZZO, Moos; e NERGHES, Adina. Dutch without the Dutch: discourse, policy, and program impacts on the social integration and language acquisition of young refugees (ages 12–23). **Social Identities**, [s. l.], v. 26, n. 6, p. 842–860, 2020. ISSN 13630296. DOI 10.1080/13504630.2020.1814721. Available at: <https://doi.org/10.1080/13504630.2020.1814721>.

PRATT, Michelle; e SEARLES, Gordon E. Using visual aids to enhance physician-patient discussions and increase health literacy. **Journal of Cutaneous Medicine and Surgery**, [s. l.], v. 21, n. 6, p. 497–501, 2017. ISSN 12034754. DOI 10.1177/1203475417715208.

PRIEBE, Stefan et al. Good practice in health care for migrants: Views and experiences of care professionals in 16 European countries. **BMC Public Health**, [s. l.], v. 11, 2011. ISSN 14712458. DOI 10.1186/1471-2458-11-187.

PRIEBE, Stefan; GIACCO, Domenico; e EL-NAGIB, Rawda. **Public health aspects of mental health among migrants and refugees : a review of the evidence on mental health in the WHO European Region - Health Evidence Network (HEN) Synthesis Report 47**. [S. l.: s. n.], 2016. 71 p.

QUIVY, Raymond; e CAMPENHOUDT, Luc Van. **Manual de Investigação em Ciências Sociais**. 4ª ed. Lisboa: Gradiva, 2005. 282 p. ISBN 9789726622758.

RAMOS, Natália. Saúde , migração e direitos humanos. **Mudanças - Psicologia da Saúde**, [s. l.], v. 17, n. 1, p. 1–11, 2009.

RAMOS, Natália. Gênero e migração: questionando dinâmicas, vulnerabilidades e políticas de integração e saúde da mulher migrante. *In*: 2010. **Anais do Seminário Internacional Fazendo Gênero: Diásporas, diversidades, deslocamentos**. [S. l.: s. n.], 2010. p. 1–9. ISSN 2179-510X. Available at: http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1278173824_ARQUIVO_NataliaRamosFG9.pdf.

RASELLA, Davide et al. Assessing the relevance of indicators in tracking social determinants and progress toward equitable population health in Brazil. **Global Health Action**, [s. l.], v. 9, n. 1, 2016. ISSN 16549880. DOI 10.3402/gha.v9.29042.

RASI, Sasan. Impact of Language Barriers on Access to Healthcare Services by Immigrant Patients: A systematic review. **Asia Pacific Journal of Health Management**, [s. l.], v. 15, n. 1, p. 35–48, 29 mar. 2020. ISSN 2204-3136. DOI 10.24083/apjhm.v15i1.271. Available at: <https://journal.achsm.org.au/index.php/achsm/article/view/271>.

RCGP, Royal College of General Practitioners. **The power of relationships: what is relationship-based care and why is it important?** [S. l.]: RCGP, 2021. n. June, p. 16. Available at: <https://www.rcgp.org.uk/getmedia/ca3e21e7-f742-47d7-9538-77e59bbb1ec7/power-of-relationships-rcgp-2021.pdf>.

RISSEON, Ana Paula; MATSUE, Regina Yoshie; e LIMA, Ana Cristina Costa. Atenção em Saúde aos Imigrantes Haitianos. **O Social em Questão**, [s. l.], XXI, n. 41, p. 111–130, 2018.

ROBERTSHAW, Luke; DHESI, Surindar; e JONES, Laura L. Challenges and facilitators for health professionals providing primary healthcare for refugees and asylum seekers in high-income countries: a systematic review and thematic synthesis of qualitative research. **BMJ Open**, [s. l.], v. 7, n. 8, p. e015981, 4 ago. 2017. ISSN 2044-6055. DOI 10.1136/bmjopen-2017-015981. Available at: <https://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2017-015981>.

ROCQUE, Rhea; e LEANZA, Yvan. A systematic review of patients' experiences in communicating with primary care physicians: Intercultural encounters and a balance between vulnerability and integrity. **PLoS ONE**, [s. l.], v. 10, n. 10, p. 1–31, 2015. ISSN 19326203. DOI 10.1371/journal.pone.0139577.

RODRIGUES, Rita; e DIAS, Sónia. Encontro com a diferença: a perspetiva dos profissionais de saúde no contexto da prestação de cuidados aos imigrantes1. **Forum Sociológico**, [s. l.], n. 22, p. 63–72, 1 dez. 2012. ISSN 0872-8380. DOI 10.4000/sociologico.583. Available at: <http://journals.openedition.org/sociologico/583>.

ROSSE, Floor VAN; BRUIJNE, Martine DE; SUURMOND, Jeanine; ESSINK-BOT, Marie-Louise; e WAGNER, Cordula. Language barriers and patient safety risks in hospital care. A mixed methods study. **International Journal of Nursing Studies**, [s.

l.], v. 54, p. 45–53, fev. 2016. ISSN 00207489. DOI 10.1016/j.ijnurstu.2015.03.012. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.03.012>.

S CONSTANTINO, Costas; PAPAGEORGIU, Alexia; ANDREOU, Panayiota; e MCCRORIE, Peter. How to integrate cultural competence in medical curricula: learning from a new medical programme. **MedEdPublish**, [s. l.], v. 9, p. 11, 14 jan. 2020. ISSN 2312-7996. DOI 10.15694/mep.2020.000011.1. Available at: <https://mededpublish.org/articles/9-11>.

SAFER, Joshua D. et al. Barriers to Health Care for Transgender Individuals HHS Public Access. **Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes**, [s. l.], v. 23, n. 2, p. 168–171, 2016. ISBN 00000000000000. DOI 10.1097/MED.000000000000227.Barriers.

SAMKANGE-ZEEB, Florence; SAMERSKI, Silja; DOOS, Lucy; HUMPHRIS, Rachel; PADILLA, Beatriz; e BRADBY, Hannah. “It’s the First Barrier” – Lack of Common Language a Major Obstacle When Accessing/Providing Healthcare Services Across Europe. **Frontiers in Sociology**, [s. l.], v. 5, n. November, p. 1–8, 5 nov. 2020. ISSN 2297-7775. DOI 10.3389/fsoc.2020.557563. Available at: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fsoc.2020.557563/full>.

SANCHEZ, Raquel Maia; e CICONELLI, Rozana Mesquita. Conceitos de acesso à saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**, [s. l.], v. 31, n. 3, p. 260–268, 2012. ISSN 1020-4989. DOI 10.1590/S1020-49892012000300012. Available at: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892012000300012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.

SANTOS, Fabiane Vinente dos. A inclusão dos migrantes internacionais nas políticas do sistema de saúde brasileiro: o caso dos haitianos no Amazonas. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, [s. l.], v. 23, n. 2, p. 477–494, 2016. ISSN 0104-5970. DOI 10.1590/S0104-59702016000200008. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702016000200477&lng=pt&tlng=pt.

SARGENT, Carolyn; e LARCHANCHÉ, Stéphanie. Transnational Migration and Global Health: The Production and Management of Risk, Illness, and Access to Care. **Annual Review of Anthropology**, [s. l.], v. 40, n. 1, p. 345–361, 21 out. 2011. ISSN 0084-6570. DOI 10.1146/annurev-anthro-081309-145811. Available at: <https://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev-anthro-081309-145811>.

SASSEN, Saskia. Clase 3. The global city: introducing a concept. **The Brown Journal of World Affairs**, [s. l.], XI, n. 2, p. 27–40, 2005. ISBN 9789054875291 9054875291. ISSN 10800786. DOI Article. Available at: <http://eprints.lse.ac.uk/16787/>.

SAURMAN, Emily. Improving access: Modifying penchansky and thomas’s theory of access. **Journal of Health Services Research and Policy**, [s. l.], v. 21, n. 1, p. 36–39, 2016. ISBN 1355819615600. ISSN 17581060. DOI 10.1177/1355819615600001.

SAYAD, Abdelmalek. **Imigração ou os paradoxos da alteridade**. São Paulo: EDUSP, 1998. 304 p.

SCHOUTEN, Barbara C.; MANTHEY, Linn; e SCARVAGLIERI, Claudio. Teaching intercultural communication skills in healthcare to improve care for culturally and

linguistically diverse patients. **Patient Education and Counseling**, [s. l.], v. 115, n. July, p. 107890, 2023. ISSN 18735134. DOI 10.1016/j.pec.2023.107890. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2023.107890>.

SCHWARZ, Rodrigo Garcia. Os direitos sociais como direitos fundamentais e a judicialização de políticas: algumas considerações. **Ajuris**, [s. l.], v. 43, n. 141, p. 265–292, 2016. Available at: http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/bibli_informativo/bibli_inf_2006/Rev-AJURIS_141.10.pdf.

SEELEMAN, Conny; HERMANS, Jessie; LAMKADDEM, Majda; SUURMOND, Jeanine; STRONKS, Karien; e ESSINK-BOT, Marie-Louise. A students' survey of cultural competence as a basis for identifying gaps in the medical curriculum. **BMC Medical Education**, [s. l.], v. 14, n. 1, p. 216, 11 dez. 2014. ISSN 1472-6920. DOI 10.1186/1472-6920-14-216. Available at: <https://bmcomeduc.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6920-14-216>.

SEELEMAN, Conny; SUURMOND, Jeanine; e STRONKS, Karien. Cultural competence: a conceptual framework for teaching and learning. **Medical Education**, [s. l.], v. 43, n. 3, p. 229–237, mar. 2009. ISSN 03080110. DOI 10.1111/j.1365-2923.2008.03269.x. Available at: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2923.2008.03269.x>.

ŞEKERCAN, Aydin; HARTING, Janneke; PETERS, Ron J. G.; e STRONKS, Karien. Understanding transnational healthcare use in immigrant communities from a cultural systems perspective: a qualitative study of Dutch residents with a Turkish background. **BMJ Open**, [s. l.], v. 11, n. 9, p. e051903, set. 2021. ISSN 2044-6055. DOI 10.1136/bmjopen-2021-051903. Available at: <https://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2021-051903>.

SERAPIONI, Mauro; e TESSER, Charles Dalcanale. O Sistema de Saúde brasileiro ante a tipologia internacional : uma discussão prospectiva e inevitável. **Saúde Em**, [s. l.], v. 43, n. Especial, p. 44–57, 2019. DOI 10.1590/0103-11042019S504. Available at: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S504>.

SERRANO, Samantha; e MARTIN, Denise. Violência doméstica e saúde de mulheres migrantes bolivianas moradoras em oficinas domiciliares de costura na Grande São Paulo. **REMHU: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana**, [s. l.], v. 30, n. 66, p. 207–226, set. 2022. ISSN 2237-9843. DOI 10.1590/1980-85852503880006612. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1980-85852022000300207&tlng=pt.

SESDF, Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal. **Nota Técnica SEI-GDFSES/SAIS/COAPS nº 10 de 12 de dezembro de 2018 - Atendimento ao usuário imigrante ou refugiado nos serviços de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal**. [S. l.]: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2018a. p. 5. Available at: https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/63767/Nota_Tecnica_10_2018_COAPS_Atendimento_ao_usuario_imigrante_ou_refugiado_nos_servicos_da_APS_do_DF.pdf.

SESEDF, Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal. Protocolo do Acesso na Atenção Primária à Saúde do DF. **DODF N° 238 de 17.12.2018**, [s. l.], p. 1–40, 2018b. Available at: <https://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/Protocolo-de-Acesso-APS.pdf>.

SESEDF, Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal. **Cuidado em Saúde Mental na APS no contexto da pandemia e pós-pandemia (COVID-19)**. Brasília, DF: [s. n.], 2021a. 46 p. (Documentos Técnicos para os Núcleos Ampliados de Saúde da Família).

SESEDF, Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal. **Manual de Gerenciamento Local da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal - Manual GSAP**. Brasília, DF: Fiocruz, 2021b. 169 p.

SHAGHAGHI, Abdolreza; BHOPAL, Raj S.; e SHEIKH, Aziz. Approaches to Recruiting “ Hard -To- Reach ” Populations into Re - search : A Review of the Literature. [s. l.], v. 1, n. 2, p. 86–94, 2011.

SHAMSI, Hilal AL; ALMUTAIRI, Abdullah G.; MASHRAFI, Sulaiman AL; e KALBANI, Talib AL. Implications of Language Barriers for Healthcare: A Systematic Review. **Oman Medical Journal**, [s. l.], v. 35, n. 2, p. e122–e122, 15 mar. 2020. ISSN 1999768X. DOI 10.5001/omj.2020.40. Available at: <http://omjournal.org/articleDetails.aspx?coType=1&ald=2578>.

SHRESTHA-RANJIT, Jagamaya et al. Issues in Mental Health Nursing Effectiveness of Primary Health Care Services in Addressing Mental Health Needs of Minority Refugee Population in New Zealand Effectiveness of Primary Health Care Services in Addressing Mental Health Needs of Minority Refug. **Issues in Mental Health Nursing**, [s. l.], v. 38, n. 4, p. 290–300, 2017. ISSN 0161-2840. DOI 10.1080/01612840.2017.1283375. Available at: <https://doi.org/10.1080/01612840.2017.1283375>.

SILVA, Luciana. A Aplicação dos Direitos Fundamentais aos Estrangeiros Não-Residentes no Brasil. **Direito Público**, [s. l.], v. 1, n. 14, p. 53–57, 2006. ISSN 22361766. DOI 10.11117/22361766.14.01.04. Available at: <http://www.direitopublico.idp.edu.br/index.php/direitopublico/article/view/512/520>.

SILVA, Livia Karoline Moraes da; SILVA, Ana Luzia Medeiros Araújo da; COELHO, Ardigleusa Alves; e MARTINIANO, Claudia Santos. Uso do nome social no Sistema Único de Saúde: elementos para o debate sobre a assistência prestada a travestis e transexuais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 27, n. 3, p. 835–846, jul. 2017. ISSN 0103-7331. DOI 10.1590/s0103-73312017000300023. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-733120170003000835&lng=pt&tlng=pt.

SLEPTSOVA, Marina et al. Using interpreters in medical consultations: What is said and what is translated - A descriptive analysis using RIAs. **Patient Education and Counseling**, [s. l.], v. 100, p. 1667–1671, 2017. ISSN 18735134. DOI 10.1016/j.pec.2017.03.023.

SORENSEN, Janne; NORREDAM, Marie; SUURMOND, Jeanine; CARTER-

POKRAS, Olivia; GARCIA-RAMIREZ, Manuel; e KRASNIK, Allan. Need for ensuring cultural competence in medical programmes of European universities. **BMC Medical Education**, [s. l.], v. 19, n. 1, p. 21, 15 dez. 2019. ISSN 1472-6920. DOI 10.1186/s12909-018-1449-y. Available at: <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-018-1449-y>.

SOUZA, Ana Izabel Nascimento; e OLIVEIRA, Halley Ferraro. Percepção dos discentes de medicina sobre a atenção à saúde do imigrante. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 31, n. 3, p. 1–14, 2021. DOI 10.1590/S0103-73312021310318. Available at: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312021310318>.

STALLER, Karen M. Big enough ? Sampling in qualitative inquiry. **Qualitative Social Work**, [s. l.], v. 20, n. 4, p. 897–904, 2021. DOI <https://doi.org/10.1177/14733250211024516>.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF, Brasil: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p. ISBN 8587853724.

STARFIELD, Barbara. Primary care: An increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012. **Gaceta Sanitaria**, [s. l.], v. 26, n. S, p. 20–26, 2012. ISSN 02139111. DOI 10.1016/j.gaceta.2011.10.009.

STARFIELD, Barbara; SHI, Leiyu; e MACINKO, James. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. **The Milbank Quarterly**, [s. l.], v. 83, n. 3, p. 457–502, 2005. ISBN 0887378X. ISSN 0887-378X. DOI 10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x.

STEFFENS, Isadora; e MARTINS, Jameson. “FALTA UM JORGE”: A SAÚDE NA POLÍTICA MUNICIPAL PARA MIGRANTES DE SÃO PAULO (SP). **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, [s. l.], n. 98, p. 275–299, ago. 2016. ISBN 0102644527. ISSN 0102-6445. DOI 10.1590/0102-6445275-299/98. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64452016000200275&lng=pt&tlng=pt.

STEINBERG, Emma M.; VALENZUELA-ARAUJO, Doris; ZICKAFOOSE, Joseph S.; KIEFFER, Edith; e DECAMP, Lisa Ross. The “battle” of Managing Language Barriers in Health Care. **Clinical Pediatrics**, [s. l.], v. 55, n. 14, p. 1318–1327, 2016. ISSN 19382707. DOI 10.1177/0009922816629760.

SUURMOND, Jeanine; SEELEMAN, Conny; RUPP, Ines; GOOSEN, Simone; e STRONKS, Karien. Cultural competence among nurse practitioners working with asylum seekers. **Nurse Education Today**, [s. l.], v. 30, n. 8, p. 821–826, 2010a. ISSN 02606917. DOI 10.1016/j.nedt.2010.03.006. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2010.03.006>.

SUURMOND, Jeanine; ULTERS, Ellen; BRULJNE, Marti Ne C. DE; STRONKS, Karlen; e ESSINK-BOT, Marie Louise. Explaining ethnic disparities in patient safety: A qualitative analysis. **American Journal of Public Health**, [s. l.], v. 100, n. SUPPL. 1, p. 113–118, 2010b. ISSN 00900036. DOI 10.2105/AJPH.2009.167064.

SWEENEY, Lorna et al. Informing the design of a national screening and treatment

programme for chronic viral hepatitis in primary care: qualitative study of at-risk immigrant communities and healthcare professionals. [s. l.], p. 1–17, 2015. DOI 10.1186/s12913-015-0746-y.

SYED, Samina T.; GERBER, Ben S.; e SHARP, Lisa K. Traveling Towards Disease: transportation barriers to health care access. **Journal of Community Health**, [s. l.], v. 38, n. 5, p. 976–993, 2013. DOI 10.1007/s10900-013-9681-1.Traveling.

SZW, Ministerie van Socieale Zaken en Werkgelegenheid. **New in the Netherlands: for labour migrants, asylum seekers and people involved in family formation and family reunification**. The Hague, NL: Ministerie van Socieale Zaken en Werkgelegenheid, 2016. p. 26. ISSN 1172-0360.

TACKETT, Sean; YOUNG, J. Hunter; PUTMAN, Shannon; WIENER, Charles; DERUGGIERO, Katherine; e BAYRAM, Jamil D. Barriers to healthcare among Muslim women: A narrative review of the literature. **Women's Studies International Forum**, [s. l.], v. 69, n. January, p. 190–194, 2018. ISSN 02775395. DOI 10.1016/j.wsif.2018.02.009. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.wsif.2018.02.009>.

TAIRA, Breena R.; KREGER, Vanessa; ORUE, Aristides; e DIAMOND, Lisa C. A Pragmatic Assessment of Google Translate for Emergency Department Instructions. **Journal of General Internal Medicine**, [s. l.], v. 36, n. 11, p. 3361–3365, 2021. ISSN 15251497. DOI 10.1007/s11606-021-06666-z.

TAN, Joseph S.; e ALLEN, Claudia W. Cultural Considerations in Caring for Refugees and Immigrants. **Primary Care - Clinics in Office Practice**, [s. l.], v. 48, n. 1, p. 35–43, 2021. ISSN 1558299X. DOI 10.1016/j.pop.2020.09.005. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.pop.2020.09.005>.

TASCA, Renato et al. Laboratórios de inovação em saúde: por uma Atenção Primária à Saúde forte no Distrito Federal, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 24, n. 6, p. 2021–2030, jun. 2019. ISBN 0000000266567. ISSN 1678-4561. DOI 10.1590/1413-81232018246.08672019. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000602021&tlng=pt.

TEJERO, Lourdes Marie S.; e FOWLER, Cathrine. Migration of women from the Philippines: Implications for healthcare delivery. **Collegian**, [s. l.], v. 19, n. 1, p. 59–63, 2012. ISSN 13227696. DOI 10.1016/j.colegn.2011.12.003. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.colegn.2011.12.003>.

TEUNISSEN, Erik et al. Mental health problems of undocumented migrants in the Netherlands: A qualitative exploration of recognition, recording, and treatment by general practitioners. [s. l.], v. 3432, n. May, 2015. DOI 10.3109/02813432.2015.1041830.

TEUNISSEN, Erik et al. Reporting mental health problems of undocumented migrants in Greece: A qualitative exploration Reporting mental health problems of undocumented migrants in Greece: [s. l.], v. 4788, 2016. DOI 10.3109/13814788.2015.1136283.

THORNBERG, Robert; CHARMAZ, Kathy. Grounded Theory and Theoretical Coding.

In: **The SAGE Handbook of Qualitative Data Analysis**. London: SAGE Publications, 2014. p. 153–169. Available at: <https://sk.sagepub.com/reference/the-sage-handbook-of-qualitative-data-analysis>.

TORENSMA, Marieke; SUURMOND, Jeanine L.; HEIDE, Agnes VAN DER; e ONWUTEAKA-PHILIPSEN, Bregje D. Care and Decision-Making at the End of Life for Patients With a Non-Western Migration Background Living in The Netherlands: A Nationwide Mortality Follow-Back Study. **Journal of Pain and Symptom Management**, [s. l.], v. 59, n. 5, p. 990-1000.e5, 2020. ISSN 18736513. DOI 10.1016/j.jpainsymman.2019.11.026. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.11.026>.

TRAVASSOS, Claudia. Forum : equity in access to health care . Introduction Fórum : equidade no acesso aos serviços de saúde . Introdução. [s. l.], v. 24, n. 5, p. 1159–1161, 2008.

TRAVASSOS, Claudia; e MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 20, n. Sup 2, p. S190–S198, 2004. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800014>.

TSAI, Tzu I.; e LEE, Shoou Yih D. Health literacy as the missing link in the provision of immigrant health care: A qualitative study of Southeast Asian immigrant women in Taiwan. **International Journal of Nursing Studies**, [s. l.], v. 54, n. 155, p. 65–74, 2016. ISSN 00207489. DOI 10.1016/j.ijnurstu.2015.03.021. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.03.021>.

TYNELL, Lena Lyngholt; WIMMELMANN, Camilla Lawaetz; e JERVELUND, Signe Smith. Healthcare system information at language schools for newly arrived immigrants: A pertinent setting in times of austerity. **Health Education Journal**, [s. l.], v. 76, n. 1, p. 114–119, 2017. ISSN 17488176. DOI 10.1177/0017896915612855.

UN, United Nations. **Convenção Relativa ao Estatuto do Refugiado de 1951**. [S. l.: s. n.], 1951. p. 21. Available at: https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/portugues/BDL/Convencao_relativa_ao_Estatuto_dos_Refugiados.pdf.

UN, United Nations. **Transforming our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development**. [S. l.: s. n.], 2015.

UNDESA, United Nations Department of Economic and Social Affairs. **Recomendations on Statistics of international migration Revision 1**. New York: [s. n.], 1998. 105 p. (Statistical Papers Series M, nº 58, Rev 1). DOI 10.18356/181c8f8b-en. Available at: https://unstats.un.org/unsd/publication/seriesm/seriesm_58rev1e.pdf.

UNFPA, United Nations Population Fund. Coronavirus Disease (COVID-19) Pandemic UNFPA Global Response Plan. [s. l.], n. June, 2020. Available at: https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/UNFPA_Global_Response_Plan_Revised_June_2020_.pdf.

UNGA, United Nations General Assembly. **Declaração Universal Dos Direitos**

Humanos. Paris: OHCHR, 1948. p. 7. Available at: https://www.ohchr.org/en/udhr/documents/udhr_translations/por.pdf.

UNGA, United Nations General Assembly. **PIDESC - Pacto Internacional sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais.** [S. l.: s. n.], 1966. p. 10. Available at: http://www.unfpa.org.br/Arquivos/pacto_internacional.pdf.

UNGA, United Nations General Assembly. **International Convention on the Protection of the Rights of All Migrant Workers and Members of Their Families.** [S. l.: s. n.], 1990. p. 28. Available at: <https://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/cmw.pdf>.

UNHCR, United Nations High Commissioner for Refugees. **GUIDELINES ON INTERNATIONAL PROTECTION : Gender-Related Persecution within the context of Article 1A (2) of the 1951 Convention and / or its 1967 Protocol relating to the Status of Refugees.** [S. l.: s. n.], 2002a. Available at: <https://www.unhcr.org/media/guidelines-international-protection-no-1-gender-related-persecution-within-context-article-1a>.

UNHCR, United Nations High Commissioner for Refugees. **GUIDELINES ON INTERNATIONAL PROTECTION : “ Membership of a particular social group ” within the context of Article 1A (2) of the 1951 Convention and / or its 1967 Protocol relating to the Status of Refugees.** [S. l.: s. n.], 2002b. Available at: <https://www.unhcr.org/media/guidelines-international-protection-no-2-membership-particular-social-group-within-context>.

UNHCR, United Nations High Commissioner for Refugees. **Handbook on Procedures and Criteria for Determining Refugee Status under the 1951 Convention and the 1967 Protocol relating to the Status of Refugees.** Geneva, Switzerland: United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR), 2019. 278 p. Available at: <https://www.unhcr.org/publications/legal/5ddfc47/handbook-procedures-criteria-determining-refugee-status-under-1951-convention.html>.

VALDEZ, Isabel Kristine M. et al. Violence against women in the Philippines: barriers to seeking support. **The Lancet Regional Health - Western Pacific**, [s. l.], v. 23, p. 1–2, 2022. ISBN 0070062021. ISSN 26666065. DOI 10.1016/j.lanwpc.2022.100471.

VALE, Ana Lia Farias; SAQUET, Marcos Aurelio; e SANTOS, Roseli Alves dos. O Território: diferentes abordagens e conceito-chave para a compreensão da migração. **Revista Faz Ciência**, [s. l.], v. 7, n. 01, p. 11–26, 2005.

VÁZQUEZ, María-luisa et al. Was access to health care easy for immigrants in Spain? The perspectives of health personnel in Catalonia and Andalusia. **Health policy**, [s. l.], v. 120, n. 4, p. 396–405, 2016. ISSN 0168-8510. DOI 10.1016/j.healthpol.2016.01.011. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.01.011>.

VENTURA, Miriam. Immigration, global health, and human rights. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 34, n. 4, p. 1–3, 2018. ISSN 0102-311X. DOI 10.1590/0102-311X00054118.

VENTURA, Deisy; e YUJRA, Veronica Quispe. **Saúde de migrantes e refugiados.**

Rio de Janeiro, Brazil: Editora Fiocruz, 2019. 116 p. ISBN 9788575416327.

VERBREE, Anne Roos; ISIK, Ulviye; JANSSEN, Jeroen; e DILAVER, Gönül. Inclusion and diversity within medical education: a focus group study of students' experiences. **BMC Medical Education**, [s. l.], v. 23, n. 1, p. 1–11, 2023. ISSN 14726920. DOI 10.1186/s12909-023-04036-3. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12909-023-04036-3>.

VERONESE, Osmar; e MACHADO, Marsal Cordeiro. O direito fundamental à saúde e os estrangeiros. **Revista Paradigma**, [s. l.], v. 26, n. 2, p. 234–251, 2017. Available at: <https://revistas.unaerp.br/paradigma/article/view/838>.

VERREPT, Hans. What are the roles of intercultural mediators in health care and what is the evidence on their contributions and effectiveness in improving accessibility and quality of care for refugees and migrants in the WHO European Region? **WHO Regional Office for Europe**, [s. l.], 2019. Available at: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0014/406004/WHO-HEN-Report-64-Summary-Web.pdf.

VERTOVEC, Steven. Super-diversity and its implications. **Ethnic and Racial Studies**, [s. l.], v. 30, n. 6, p. 1024–1054, 2007. ISSN 01419870. DOI 10.1080/01419870701599465.

VERTOVEC, Steven. Talking around super-diversity. **Ethnic and Racial Studies**, [s. l.], v. 42, n. 1, p. 125–139, 2019. DOI 10.1080/01419870.2017.1406128.

VIEIRA, Neiva Francenely Cunha et al. Fatores presentes na satisfação dos usuários na Atenção Básica. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s. l.], v. 25, p. 1–15, 2021. ISSN 1414-3283. DOI 10.1590/interface.200516.

VILLA-TORRES, Laura et al. Transnationalism and health: A systematic literature review on the use of transnationalism in the study of the health practices and behaviors of migrants. **Social Science and Medicine**, [s. l.], v. 183, p. 70–79, 2017. ISSN 18735347. DOI 10.1016/j.socscimed.2017.04.048.

VIÑAR, Marene Marcelo. **Exílio e tortura**. [S. l.]: Escuta, 1992. 158 p. ISBN 978-8571370531.

VINUTO, Juliana. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, [s. l.], v. 22, n. 44, p. 201–218, 2014. DOI <https://doi.org/10.20396/tematicas.v22i44.10977>.

VIRUELL-FUENTES, Edna A.; MIRANDA, Patricia Y.; e ABDULRAHIM, Sawsan. More than culture: Structural racism, intersectionality theory, and immigrant health. **Social Science and Medicine**, [s. l.], v. 75, p. 2099–2106, 2012. ISBN 1873-5347 (Electronic)r0277-9536 (Linking). ISSN 02779536. DOI 10.1016/j.socscimed.2011.12.037. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.12.037>.

VWS, Ministry of Public Health Welfare and Sport. **Healthcare in the Netherlands**. The Hague, NL: [s. n.], 2016. 28 p. Available at: <https://www.government.nl/topics/health->

insurance/documents/leaflets/2016/02/09/healthcare-in-the-netherlands.

WAMMES, Joost; NIEK, Stadhouders; WESTERT, Gert. The Dutch Health Care System. *In*: TIKKANEN, Roosa; OSBORN, Robin; MOSSIALOS, Elias; DJORDJEVIC, Ana; WHARTON, George A. (ed.). **International Profiles of Health Care Systems**. [S. l.]: The Commonwealth Fund, 2020. p. 137–148. Available at: <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/netherlands>.

WHO, World Health Organization. **The Constitution of the World Health Organization**. New York: WHO, World Health Organization, 1946. p. 18. Available at: https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf.

WHO, World Health Organization. **Declaration of Alma-Ata: International Conference on Primary Health Care**. Alma Ata, USSR: World Health Organization (WHO), 1978. p. 1–3.

WHO, World Health Organization. **Beyond the barriers: framing evidence on health system strengthening to improve the health of migrants experiencing poverty and social exclusion**. Geneva, Switzerland: World Health Organization (WHO), 2017. ISBN 9789241513364.

WHO, World Health Organization. **Primary Health Care on the Road to Universal Health Coverage 2019 Global Monitoring Report**. [S. l.: s. n.], 2019. 122 p. Available at: https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/2019/en/.

WHO, World Health Organization. **Refugees and migrants in times of COVID-19: mapping trends of public health and migration policies and practices Global Evidence Review on Health and Migration**. Geneva: World Health Organization, 2021. 62 p. ISBN 9789240028906.

WICKRAMAGE, Kolitha; VEAREY, Jo; ZWI, Anthony B.; ROBINSON, Courtland; e KNIPPER, Michael. Migration and health: A global public health research priority. **BMC Public Health**, [s. l.], v. 18, n. 1, p. 1–9, 2018. ISSN 14712458. DOI 10.1186/s12889-018-5932-5.

WILLIG, Carla. Interpretation and Analysis. *In*: FLICK, Uwe (ed.). **The SAGE Handbook of Qualitative Data Analysis**. London: SAGE Publications, 2014. p. 136–150. Available at: <https://sk.sagepub.com/reference/the-sage-handbook-of-qualitative-data-analysis>.

WMA, World Medical Association. **Medical Ethics Manual**. 3rd. ed. [S. l.]: World Medical Association, 2015. 73 p. ISBN 9789299007907.

WOODGATE, Roberta Lynn; BUSOLO, David Shiyokha; CROCKETT, Maryanne; DEAN, Ruth Anne; AMALADAS, Miriam R.; e PLOURDE, Pierre J. A qualitative study on African immigrant and refugee families' experiences of accessing primary health care services in Manitoba, Canada: it's not easy! **International Journal for Equity in Health**, [s. l.], p. 1–13, 2017. ISSN 1475-9276. DOI 10.1186/s12939-016-0510-x. Available at: <http://dx.doi.org/10.1186/s12939-016-0510-x>.

YANG, Catherine; PROKOP, Larry; e BARWISE, Amelia. Strategies Used by

Healthcare Systems to Communicate with Hospitalized Patients and Families with Limited English Proficiency During the COVID-19 Pandemic: A Narrative Review. **Journal of Immigrant and Minority Health**, [s. l.], n. 0123456789, 2023. ISBN 0123456789. ISSN 15571920. DOI 10.1007/s10903-023-01453-w. Available at: <https://doi.org/10.1007/s10903-023-01453-w>.

YELLAND, Jane et al. Compromised communication: a qualitative study exploring Afghan families and health professionals' experience of interpreting support in Australian maternity care. [s. l.], p. 1–9, 2016. DOI 10.1136/bmjqs-2014-003837.

YIN, Robert K. **Qualitative Research from start to finish**. Second Edi ed. London: The Guilford Press, 2016. 386 p. ISBN 9781462517978.

ZANTING, Albertine; MEERSHOEK, Agnes; FRAMBACH, Janneke M.; e KRUMEICH, Anja. The “exotic other” in medical curricula: Rethinking cultural diversity in course manuals. **Medical Teacher**, [s. l.], v. 42, n. 7, p. 791–798, 2020. ISSN 1466187X. DOI 10.1080/0142159X.2020.1736534. Available at: <https://doi.org/10.1080/0142159X.2020.1736534>.

ZENDEDEL, Rena; SCHOUTEN, Barbara C.; WEERT, Julia C. M. VAN; e PUTTE, Bas VAN DEN. Informal interpreting in general practice: Comparing the perspectives of general practitioners, migrant patients and family interpreters. **Patient Education and Counseling**, [s. l.], v. 99, n. 6, p. 981–987, 2016. ISSN 18735134. DOI 10.1016/j.pec.2015.12.021. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2015.12.021>.

ZIMMERMAN, Cathy; KISS, Ligia; e HOSSAIN, Mazedra. Migration and Health: A Framework for 21st Century Policy-Making. **PLoS Medicine**, [s. l.], v. 8, n. 5, p. 1–7, 2011. ISBN 1549-1676 (Electronic)r1549-1277 (Linking). ISSN 15491277. DOI 10.1371/journal.pmed.1001034.

Anexo 1 - Características dos Participantes Profissionais de Saúde em Brabante do Norte e Limburgo, nos Países Baixos

CÓDIGO DO PARTICIPANTE	GÊNERO	PROFISSÃO	NACIONALIDADE	IDIOMAS	IDIOMA DE COMUNICAÇÃO	TEMPO DE ATUAÇÃO	TEMPO DE ATUAÇÃO NO LOCAL DE ESTUDO	POSTO DE TRABALHO	REGIÃO	PRINCIPAIS PAÍSES DE ORIGEM DOS PACIENTES	PERFIL DOS PACIENTES
ENFMCAR01NL	Masculino	Enfermeiro	Neerlandês / Marroquino*	Neerlandês, inglês, árabe-marroquino, farsi, árabe e francês	Neerlandês e Árabe Árabe-Marroquino e Farsi.	30 anos	1 ano	Centro de Acolhimento para Refugiados	Brabante do Norte	Síria, Iraque, Irã, Moldávia, Nigéria, Eritreia e Iêmen.	Adultos e Famílias
ENFFCAR01NL	Feminino	Enfermeira	Neerlandês	Neerlandês, inglês, alemão (pouco), e espanhol (poucas palavras)	As vezes em inglês, mas na maioria das vezes usa intérprete por telefone	27 anos	6 meses	Centro de Acolhimento para Refugiados	Brabante do Norte	Síria, Iraque, Irã, Moldávia, Nigéria, Eritreia e Iêmen.	Adultos e Famílias
ENFFCAR02NL	Feminino	Enfermeira	Neerlandês	Neerlandês, inglês e francês (pouco)	As vezes em inglês, mas na maioria das vezes usa intérprete por telefone	25 anos	1 ano	Centro de Acolhimento para Refugiados	Brabante do Norte	Síria, Iraque, Irã, Moldávia, Nigéria, Eritreia e Iêmen.	Adultos e Famílias
GPMCAR01NL	Masculino	Médico (GP)	Neerlandês	Neerlandês, inglês, um pouco de francês e alemão	Usa intérprete por telefone	5 anos	Não informado	Centro de Acolhimento para Refugiados	Limburgo	Eritreia, Síria, Afeganistão, Paquistão, Iraque, Alegria, Marrocos e Moldávia.	Crianças, adultos e idosos. A maioria entre 25 e 50 anos
ENFMC01NL	Masculino	Enfermeiro de Práticas Avançadas (<i>Nurse Practitioner</i>)	Neerlandês	Neerlandês inglês e alemão	Neerlandês. Já usou o serviço de intérprete por telefone	6 anos	6 anos	Clínica	Maastricht - Limburgo	China (maioria), Indonésia, Turquia e países árabes. Atende muitos pacientes que são segunda geração de migrantes (descendentes).	Incluindo migrantes e neerlandeses a maioria (80%) com 70 anos ou mais e teve um aumento de jovens com diabetes.

GPFC01NL	Feminino	Médica (GP)	Neerlandesa	Neerlandês, inglês, alemão e francês	Neerlandês e inglês	19 anos	14 anos	Clínica	Maastricht - Limburgo	Países da União Europeia	Estudantes universitários e trabalhadores
GPFC02NL	Feminino	Médica (GP) – aposentou em 2018	Neerlandesa	Neerlandês, inglês, alemão, francês e italiano	Neerlandês, inglês, alemão, francês e italiano	31 anos	31 anos	Clínica	Maastricht - Limburgo	Marrocos e Indonésia (primeira e segunda geração)	Famílias jovens, mas também idosos.
GPFC03NL	Feminino	Médica (GP) e Professora	Neerlandesa	Neerlandês, inglês e alemão	Neerlandês e inglês	2 anos	8 meses	Clínica	Maastricht - Limburgo	Marrocos, Síria, Eritreia e Turquia	Adultos, crianças e famílias.
GPFC04NL	Feminino	Médica (GP)	Neerlandesa	Neerlandês, inglês e alemão	Neerlandês e inglês	4 anos	4 anos	Clínica	Maastricht - Limburgo	Europa, Síria, Rússia, Polónia e África.	Adultos e Famílias.
GPMC01NL	Masculino	Médico (GP)	Neerlandesa	Neerlandês, Dialeto Neerlandês de Limburgo, inglês e alemão	Neerlandês, inglês e alemão. Usa intérprete por telefone no Centro de Acolhimento para Refugiados.	14 anos	13 anos e 6 meses	Clínica e Centro de Acolhimento para Refugiados	Maastricht - Limburgo	América do Sul (Brasil, Colômbia), Reino Unido, Alemanha, Turquia e Marrocos.	Adultos e famílias
GPFC05NL	Feminino	Médica (GP)	Neerlandesa	Neerlandês e inglês	Neerlandês e inglês	5 anos	5 anos	Clínica	Maastricht e Kerkrade - Limburgo	Síria, Afeganistão e países do Norte da África.	Adultos, estudantes, expats**, crianças, famílias e refugiados.
GPFC06NL	Feminino	Médica (GP)	Neerlandesa	Neerlandês, inglês e alemão. Um pouco de francês e espanhol (com dificuldade)	Neerlandês, inglês e alemão, francês e espanhol.	17 anos	12 anos	Clínica	Maastricht - Limburgo	Síria, Turquia, Marrocos e Iraque.	Adultos, famílias, idosos.

GPFC07NL	Feminino	Médica (GP)	Neerlandesa	Neerlandês e inglês	Neerlandês e inglês	9 anos	9 anos	Clínica	Maastricht, Limburgo	Síria, Turquia, Eritreia, Marrocos, African Countries, Polónia, Israel, Espanha, França e de todos os países europeus	Migrantes (Estudantes e expats**) refugiados. Adultos e Idosos
GPMC02NL	Masculino	Médico (GP)	Neerlandesa	Neerlandês, inglês, francês, alemão e sabe algumas palavras em turco, árabe, finlandês, chichewa e polonês	Neerlandês, inglês e alemão	5 anos e 6 meses	4 anos	Clínica	Maastricht - Limburgo	Eritreia, Síria, Afeganistão e Turquia	Adolescentes, jovens adultos, famílias. Estudantes, refugiados.
GPMC03NL	Masculino	Médico (GP)	Neerlandesa	Neerlandês, inglês e alemão	Neerlandês, inglês e alemão	33 anos	33 anos	Clínica	Elsloo - Limburgo	Polónia, Síria, Afeganistão, Irã e Alemanha	Adultos e famílias.

Notas: * Um ponto interessante sobre a nacionalidade do participante EMFMCAR01NL é que ao início da entrevista quando perguntado sobre sua nacionalidade ele respondeu apenas "Neerlandês. Mais adiante na entrevista quando abordado as diferenças entre os sistemas de saúde dos pacientes migrantes e dos Países Baixos, ele contou um exemplo pessoal afirmando "I come from Marocco / Eu venho do Marrocos".

** Expats é utilizado nos Países Baixos para se referir aos migrantes qualificados.

Anexo 2 - Características dos Profissionais de Saúde do Distrito Federal, Brasil

CÓDIGO DO PARTICIPANTE	GÊNERO	PROFISSÃO	NACIONALIDADE	IDIOMAS	IDIOMA DE COMUNICAÇÃO	TEMPO DE ATUAÇÃO	TEMPO DE ATUAÇÃO NO LOCAL DE ESTUDO	POSTO DE TRABALHO	REGIÃO	PRINCIPAIS PAÍSES DE ORIGEM DOS PACIENTES	PERFIL DOS PACIENTES
ENFM01BR	Masculino	Enfermeiro Residente	Brasileira	Português e inglês (não fluente).	Português e inglês.	1 ano	1 ano	UBS	Guará e São Sebastião - Distrito Federal	Chile e Peru	Adultos, Sintomáticos Respiratórios, COVID, Famílias e Gestantes
ENFF01BR	Feminino	Enfermeira	Brasileira	Português e inglês (não fluente).	Português e inglês.	2 anos	1 ano	UBS	São Sebastião - Distrito Federal	Filipinas, Arábia Saudita e Falantes de espanhol.	Gestantes, Sintomáticos Respiratórios e COVID.
ENFM02BR	Masculino	Enfermeiro	Brasileira	Português	Português	11 anos (9 anos na APS)	9 anos	UBS	São Sebastião - Distrito Federal	Haiti, Venezuela, Equador e Filipinas.	Adultos e gestantes.
MDF01BR	Feminino	Médica de Família	Brasileira	Português e inglês	Português	10 anos	1 ano e 3 meses	UBS	São Sebastião - Distrito Federal	Filipinas, Peru, Venezuela, Moçambique.	Adultos e gestantes.
ENFF02BR	Feminino	Enfermeira	Brasileira	Português	Português	11 anos	3 anos	UBS	São Sebastião - Distrito Federal	Venezuela.	Adultos e gestantes.
ENFF03BR	Feminino	Enfermeira Residente da Fiocruz	Brasileira	Português	Português	4 anos	1 ano	UBS	São Sebastião - Distrito Federal	Venezuela e Filipinas.	Adultos, gestantes, Sintomáticos Respiratórios e COVID.
TOF01BR	Feminino	Terapeuta Ocupacional (Residente em saúde da família e comunidade)	Brasileira	Português e inglês	Português	1 ano	1 ano	UBS	Sobradinho II e Itapoã - Distrito Federal	Haiti, Venezuela e outros falantes de espanhol.	Adultos, incluindo um caso de saúde mental.

ENFF04BR	Feminino	Enfermeira	Brasileira	Português e um pouco de inglês	Português	13 anos	10 anos	UBS	Planaltina - Distrito Federal	Guiana Francesa, Argentina e França.	Adultos, crianças.
MDM01BR	Masculino	Médico e atua no Centro de Informações Estratégicas e Resposta de Vigilância em Saúde	Brasileira	Português	Português	16 anos	14 anos	UBS	Estrutural - Distrito Federal	Bolívia, Venezuela, Haiti e Paquistão.	Adultos e crianças (filhos de mães estrangeiras, mas nascidas no Brasil, logo brasileiras)
MDM02BR	Masculino	Medicina preventiva e social, médico de família, Professor Universitário e pesquisador.	Brasileira	Português, inglês (intermediário), francês (básico) e pouco espanhol	Português e inglês	11 anos (3 anos na APS)	3 anos	UBS	Asa Sul - Distrito Federal. Atendeu migrantes também em Campinas - SP.	Nigerianos, chineses, estadunidenses, argentinos, venezuelanos, haitianos, franceses, africanos de colonização francesa e inglesa.	Majoritariamente adultos. Corpo diplomático, alta renda.
MDF02BR	Feminino	Médica Residente em medicina de família e comunidade	Brasileira	Português, inglês	Português, mas acredita que poderia atender em inglês.	2 anos	2 anos	UBS	Guará - Distrito Federal	Haiti e Gana	Majoritariamente mulheres e crianças. Perfil de vulnerabilidade social.

Anexo 3 - Características dos Participantes Migrantes no Distrito Federal, Brasil

CODIGO DO PARTICIPANTE	NACIONALIDADE	GÊNERO	FAIXA ETÁRIA	ESCOLARIDADE	TEMPO NO BRASIL	TEMPO NO DF	ONDE MOROU NO BRASIL	IDIOMAS QUE FALA	COMO APRENDEU PORTUGUÊS	MOTIVO DA MIGRAÇÃO	RA DE RESIDÊNCIA	UBS DE ATENDIMENTO
MM01DF ¹	Paquistanesa	Masculino	20 a 40 anos	Não informada	4 anos	6 meses	Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Campinas – SP e Distrito Federal.	Urdu, inglês e português.	No Brasil com esposa brasileira e no DF no CIL Guará	Veio para o Brasil para visitar amigos e acabou ficando. Trabalho	Samambaia - Distrito Federal	Samambaia (Região de Saúde Sudoeste)
MM02DF ¹	Costa-marfinense	Masculino	20 a 40 anos	Superior incompleto (cursando)	5 anos	3 anos	Roraima (2016), Amapá (2017) e Distrito Federal (2018).	Francês, português e entende um pouco de espanhol	No Brasil no curso de português oferecido na Universidade. Fez o exame de proficiência.	O Brasil não foi a primeira opção, mas um impulso de momento. Estudante de graduação bolsista de convênio internacional	Plano Piloto - Distrito Federal	Vila Planalto (Região de Saúde Central)
MF01DF ²	Timorense	Feminino	20 a 40 anos	Superior Completo	3 anos	2 anos	Salvador-BA (2018 por 6 meses) e Distrito Federal	Tétum, inglês, bahasa (indonésia) e português.	Não perguntado	Estudo	Plano Piloto - Distrito Federal	Asa Norte (Região de Saúde Central)
MF02DF ²	Paraguaia	Feminino	20 a 40 anos	Superior Completo	6 anos	6 anos	São Paulo – SP e Brasília - DF	Espanhol, inglês, alemão e português	Não perguntado	Estudo	Plano Piloto - Distrito Federal	Asa Norte (Região de Saúde Central)
MF03DF ²	Haitiana	Feminino	20 a 40 anos	Superior Incompleto	1 ano	1 ano	Brasília - DF	Creole, francês e português.	Não perguntado	Estudo	Plano Piloto - Distrito Federal	Asa Norte (Região de Saúde Central)

¹ Participou via entrevista semiestruturada;

² Participou via formulário online.

Anexo 4 - Características das Partes Interessadas Participantes no Distrito Federal, Brasil

CÓDIGO DO PARTICIPANTE	GÊNERO	ÓRGÃO / ENTIDADE	ÁREA DE ATUAÇÃO	NÍVEL DE ATUAÇÃO
GGOVDF01BR	Feminino	Gerência de Atenção à Saúde de Populações em Situação Vulnerável e Programas Especiais da Secretaria de Estado de Saúde - GASPVP/SESDF	Saúde	Local / Distrito Federal
GGOVFF01BR	Feminino	Coordenação-Geral do Comitê Nacional para os Refugiados – CG/CONARE	Refúgio	Nacional
GGOVFF02BR	Feminino	Coordenação-Geral do Comitê Nacional para os Refugiados – CG/CONARE	Refúgio	Nacional
OIF01BR	Feminino	Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS	Saúde	Nacional / Internacional
OIF02BR	Feminino	Organização Internacional para as Migrações - OIM	Migração	Nacional / Internacional
OIF03BR	Feminino	Organização Internacional para as Migrações - OIM	Migração	Nacional / Internacional
ECM01BR	Masculino	Associação dos Médicos de Brasília - AMBr	Entidade de Classe da área da saúde	Local / Distrito Federal
ONGF01BR	Feminino	Conectas	Direitos Humanos	Nacional