

Atenção em saúde para migrantes internacionais em São Paulo, Brasil: Acesso e universalidade no contexto da pandemia de Covid-19

*Health care for international migrants in São Paulo, Brazil:
Access and universality in the context of the Covid-19 pandemic*

Denise Martin

Universidade Federal de São Paulo, Brasil

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-6894-2702>

E-mail: denise.martin@unifesp.br

Silvia Regina Viodres Inoue

Universidade Católica de Santos, Brasil

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-7823-1923>

E-mail: silviaviodres@yahoo.com.br

Cássio Silveira

Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, Brasil

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-7165-1730>

E-mail: cassiosilveirasc@gmail.com

Recepción: 25.02.2022

Aprobación: 28.05.2022



Resumo: Pessoas em situação de migração forçada podem ser particularmente vulneráveis ao Covid-19. O Brasil se mantém na rota das migrações Sul-Sul e a cidade de São Paulo como referência. Este estudo qualitativo buscou compreender o cuidado de profissionais de serviços de saúde no contexto da pandemia, junto a migrantes internacionais na cidade. Entre 2020 e 2021, foram conduzidas observações etnográficas em serviço de Atenção Primária em Saúde (Unidade Básica de Saúde Sé) e entrevistas com dez profissionais de saúde, além de informações de coletivos sobre migração e saúde. Na unidade, utilizada por migrantes de diversas nacionalidades, o acesso era um direito garantido. A prática profissional evidenciava estratégias para lidar com esta população.

O desconhecimento dos migrantes sobre o funcionamento do sistema de saúde evidenciou limitações para o cuidado. Durante a pandemia, a presença de migrantes na unidade continuou; o cotidiano dos atores do serviço foi modificado, com aumento da carga de trabalho, adoecimento e exacerbamento da vulnerabilidade estrutural de migrantes. Contudo, as mobilizações da sociedade civil com os serviços públicos e com organizações que acolhem os migrantes permitem construir caminhos para os cuidados em saúde.

Palavras-chave: Covid-19, migrantes, profissional da saúde, atenção primária em saúde, sistema público de saúde

Abstract: People in situations of forced migration may be particularly vulnerable to Covid-19. Considering that Brazil remains on the South-South migration, this qualitative research, focused on São Paulo city, sought to understand the health care service for international immigrants during the pandemics. Between 2020 and 2021 ethnographic observation was conducted in the Primary Health Care “Sé” and interviews with ten health professionals, in addition to information from collectives on migration and health. Access was a guaranteed right in the Primary Health Care used by migrants of various nationalities. The professional practice evidenced strategies to deal with this population. The migrants' lack of knowledge about the functioning of the health system highlighted limitations to care. During the pandemic, the presence of migrants in the unit continued and the everyday life of the service's actors was changed, with an increase in the workload, sickness, and exacerbation of the structural vulnerability of migrants. The mobilizations of civil society with public services and organizations that receive migrants allow the construction of paths for health care.

Keywords: Covid-19, migrants, health professional, primary health care, public health system

INTRODUÇÃO

A pandemia de Covid-19 impôs uma emergência humanitária global que colapsou a capacidade de resposta dos serviços de saúde. As populações de migrantes sofreram impactos clínicos e socioeconômicos adversos (Baeninger et al., 2021; Kondilis et al., 2021), que se somaram àqueles decorrentes do agravamento das desigualdades estruturais pré-existentes e barreiras ao acesso à saúde para migrantes (Hayward et al., 2021; López-Sala, 2021).

Pessoas em situação de migração forçada, previamente afetadas por crises humanitárias, podem ser especialmente vulneráveis ao coronavírus, devido às condições de deslocamento, saneamento inexistente ou inadequado, moradias superlotadas (Kluge et al., 2020; Poole et al., 2020), estigmatização (Poole et al., 2020, Raju & Ayeb-Karlsson, 2020) e acesso restrito a serviços de saúde (Raju & Ayeb-Karlsson, 2020).

O Brasil se mantém na rota das migrações Sul-Sul (Baeninger et al., 2021) e estima-se que 1,3 milhão de imigrantes residam no Brasil atualmente, com fluxos na última década predominantes da Venezuela, Haiti, Bolívia, Colômbia e Estados Unidos da América (Cavalcanti et al., 2021).

Análises da evolução dos casos de Covid-19 da região que mais atrai os migrantes no Brasil, a Região Metropolitana de São Paulo (RMSP)¹, evidenciam “a potencialização que a doença adquire ao circular por contextos urbanos tão desiguais”. A “invisibilidade de imigrantes internacionais nas estatísticas de contágio e de óbitos por Covid-19” revela uma fronteira civilizatória histórica e estrutural, que separa níveis de cidadania e de acesso a direitos e perpetua a indiferença e falta de empatia (Magalhães et al., 2021, pp. 18–19). Este estudo busca compreender algumas transformações ocorridas nas ações em saúde pública voltadas aos migrantes no período da pandemia e que, talvez, apontem para a superação das iniquidades.

ACESSO E UNIVERSALIDADE NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE MIGRANTES

No Brasil, não há regulamentação nacional específica para o acesso à saúde pelos migrantes e refugiados, mas os princípios normativos explicitados na Constituição Federal Brasileira e em sua Lei Complementar, a Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde (SUS), declaram que o acesso aos serviços de saúde deve ser universal e gratuito, qualquer que seja a situação documental, regularizada, ou não, independentemente de sua nacionalidade (Paim et al., 2011). Na primeira aproximação ao SUS, a pessoa migrante e/ou refugiada² deve apresentar um documento de identificação que pode ser de seu país de origem e um comprovante de residência. A partir da inscrição, receberá o cartão do SUS, em muitos casos uma primeira identificação (Mota et al., 2014).

Criado em contexto democrático e direcionado à composição das políticas de proteção social de caráter universal, o SUS, na atualidade, tem sido menosprezado e atacado por ações governamentais de sub financiamento além das pressões exercidas pelo capital privado do setor saúde pressionando o sistema público (Castro et al., 2019; Silva, 2018). Mesmo com as ameaças que comprometem as ações em saúde (Ortega & Orsini, 2020), o SUS tem se mostrado fundamental ao enfrentamento da pandemia (Prado et al., 2020).

O histórico e bem estruturado Programa Nacional de Imunizações (PNI) tem dado suporte aos processos de vacinação há quase cinco décadas, e desde

¹ A RMSP é formada por 39 municípios com cerca de 22 milhões de pessoas; quase 10% da população do país. Representa 33% da renda total da nação, 1/3 do Produto Interno Bruto (PIB) do país. Caracteriza-se pela conurbação, grande concentração de serviços públicos e oferta de trabalho. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é considerado alto: 0,794 (IBGE, 2020).

² Apesar das diferenças semânticas entre migrantes e refugiados, optamos por utilizar o termo migrantes como referência a um grupo heterogêneo (Di Cesare, 2020).

o ano passado também promove a imunização contra a Covid-19. O PNI espelha a essência do SUS: estruturado na lógica dos direitos humanos e da cidadania, tem na universalidade seu principal pressuposto (Temporão, 2003).

A literatura internacional sobre o acesso de migrantes a sistemas nacionais de saúde evidencia situações diversas das que ocorrem no Brasil. Perna (2018) estudou como profissionais de saúde lidam com tensões institucionais em ambientes hostis para migrantes ilegais na Itália, refletindo as contradições entre uma lógica médico-humanitária e outra orientada pelo controle focando na migração e gastos em saúde.

Chatzimpyros et al. (2021) estudaram as representações sociais de provisão de saúde para pacientes imigrantes no sistema de saúde grego. A principal representação social sobre eles é a de que são um fardo. Além das barreiras organizacionais e culturais, a noção de cidadania parece desempenhar um papel fundamental nos processos de inclusão e exclusão no acesso aos direitos humanos.

Quesada et al. (2011) discutem a noção de vulnerabilidade estrutural e acesso à saúde para latinos indocumentados nos EUA. Os autores chamam a atenção para a definição de cidadania, estritamente estabelecida em termos nacionalistas, que orienta diferentes regimes de direitos humanos e o status que recebem os corpos de migrantes, sujeitos ao poder repressivo do Estado.

Fassin (2001) apresenta o status ilegítimo de estrangeiros indocumentados relacionados a uma percepção negativa de migrantes em geral e destaca o racismo como uma base ideológica para restringir a legitimidade de movimentos transnacionais na França. O autor trabalha com aproximações políticas do corpo do migrante, aquele que sofre com a ilegitimidade do corpo racializado.

Estes estudos expõem variadas concepções de cidadania, de corpos que sofrem e merecem ajuda humanitária, de critérios morais, da legalidade do acesso e das políticas públicas de inserção de migrantes nos diversos contextos locais e nacionais.

No Brasil, um ponto de contato importante com a população migrante, são as Unidades Básicas de Saúde (UBS), organizações estabelecidas no nível da Atenção Primária à Saúde (APS). Trata-se de uma estrutura de atendimento em território delimitado, e com a responsabilidade sanitária aos seus cuidados composta por equipes multiprofissionais (Agentes Comunitários de Saúde - ACS, médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem). As ações de assistência à saúde pressupõem um conhecimento sobre a população local adscrita à UBS, que recebe visitas domiciliares periodicamente (Ministério da Saúde, 2012). A atuação das

equipes nas UBS, e particularmente a atuação dos ACS, tem se mostrado fundamental à promoção do acesso de migrantes e refugiados nos serviços de saúde.

Alguns estudos têm detalhado essas experiências de migrantes com o sistema de saúde no Brasil. Por exemplo, na cidade de São Paulo, a presença de ACS migrantes nos serviços municipais de saúde, possibilitou uma comunicação mais fluida com as comunidades e pela compreensão do processo migratório em suas especificidades (Carneiro Junior et al., 2011; Goldberg & Silveira, 2013; Haydu et al., 2020). No ano de 2015, foi aprovada a Política Municipal para a População Imigrante e criado o Conselho Municipal de Imigrantes e Refugiados, que somou às experiências anteriores novas ações de saúde e fortaleceu as estruturas institucionais (Carneiro Junior et al., 2011; Martin et al., 2018).

A pandemia de Covid-19 exacerbou as desigualdades sociais estruturais da sociedade, especialmente na população pobre. Considerando que a pandemia não se constitui como um fenômeno uniforme, é importante compreender seus diferentes impactos em grupos vulneráveis (Barberia et al., 2021). Nesse contexto crítico, os profissionais de saúde também sofreram impactos importantes com as demandas geradas pela pandemia (Cotrin et al., 2020; Lotta et al., 2020; Minayo & Pinheiro, 2020) e com a ausência de diretrizes nacionais para os serviços de APS na resposta à Covid-19 (Lotta et al., 2020).

Este artigo faz parte de um estudo qualitativo que buscou compreender o cuidado de profissionais de serviços de saúde, no contexto da APS, junto a migrantes internacionais na cidade de São Paulo. O foco na compreensão do cenário pandêmico da COVID-19 permitiu circunstanciar a análise dos cuidados em saúde oferecidos aos migrantes, realçando a complexidade das experiências migratórias em suas relações com o sistema de saúde.

CAMINHOS METODOLÓGICOS DE UMA PESQUISA ATRAVESSADA PELA PANDEMIA

Esta pesquisa etnográfica foi desenvolvida em um serviço de saúde que atende migrantes na cidade de São Paulo (Nakamura, 2011; Oliveira, 1996; Peirano, 2014). O campo de pesquisa foi iniciado no ano de 2018 na UBS Sé, no centro da cidade de São Paulo.

Com a pandemia, a partir de março de 2020, suspendemos a observação participante e realizamos entrevistas via Google Meet, até outubro de 2021, com duração média de uma hora (Deslandes & Coutinho, 2020; Miller, 2020). Foram realizadas dez entrevistas em profundidade com profissionais que atuam em

diversos níveis de cuidado: 2 médicos(as), 4 enfermeiros(as), 1 nutricionista, 1 fonoaudiólogo (a), 1 assistente social e 1 técnico de nível superior. Não identificamos as nacionalidades citadas nas entrevistas para evitar reduzir os migrantes e suas biografias a marcadores étnicos ou nacionais que reforçam estereótipos e discriminações (Perna, 2018).

O roteiro das entrevistas abordava a história profissional, o contexto do atendimento, a presença de pessoas migrantes e refugiadas no serviço, dificuldades e estratégias de lidar com esta população, concepções de saúde e doença da população migrante. As entrevistas foram gravadas, transcritas, analisadas e organizadas em códigos (NVivo).

Com a escassez de dados sobre a situação de saúde dos migrantes, ampliamos a discussão a partir de eventos ocorridos no ano de 2021: (1) a Plenária Nacional Saúde e Migração, organizada pela Frente Nacional pela Saúde de Migrantes (FENAMI), que resultou no documento: Saúde e Migração em Tempos de Covid-19 (FENAMI, 2021); (2) o Mutirão da Zona Leste (MZL), realizado na cidade de São Paulo, que mobilizou associações, organizações de saúde pública, organizações internacionais, serviços públicos de assistência social, entre outros, para conhecer e solucionar problemas de saúde de migrantes; e (3) o Grupo de Trabalho formado a partir do MZL em associação com a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMSSP).

O projeto foi aprovado nos comitês de ética da Universidade Federal de São Paulo e Secretaria Municipal de Saúde (CAAEE 18665119.5.0000.5505 e 18665119.5.3001.0086 e emenda 4.201.122). O anonimato dos interlocutores foi garantido pela omissão de nomes e formação profissional.

A UBS SÉ E O ATENDIMENTO A MIGRANTES

A UBS Sé localizada no Distrito Regional da Sé, no centro da cidade de São Paulo, e subordinada à Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, serve de referência a outros serviços de saúde (ambulatório de especialidades, centro de apoio psicossocial e centro de referência à saúde dos trabalhadores), assim como a redes de apoio à população na área central da cidade de São Paulo (PMSP, 2022). A UBS Sé é geograficamente muito próxima da Missão Paz, uma organização filantrópica gerida por missionários Scalabrinianos para apoio e acolhimento a migrantes e refugiados na cidade (Young & Silva, 2018).

A região, socialmente heterogênea, demarca a coexistência de pessoas em situação de rua, mulheres e travestis em situação de prostituição, classes

médias baixas ocupando casas e apartamentos, habitações precárias (cortiços) e oficinas de confecção de trabalhadores migrantes bolivianos, entre outros (Barata et al., 2015).

De acordo com informações coletadas, na UBS Sé, em 2020 havia 1.271 migrantes cadastrados: 1.047 adultos (469 homens e 578 mulheres). Há grande diversidade de nacionalidades, entre elas pessoas originárias de Angola, Bolívia, China, Colômbia, Costa do Marfim, Guiné Bissau, Haiti, Nigéria, Paraguai, Peru, Senegal, República Democrática do Congo, Síria e Venezuela.

A UBS Sé faz parte da rede de APS na cidade de São Paulo. Representa um importante ponto de entrada no SUS para os migrantes, e caracteriza-se por ter desenvolvido um olhar específico para o público de migrantes. Há décadas, a UBS vem desenvolvendo ações com foco nas demandas de grupos sociais (população em situação de rua, residentes em abrigos, entre outras).

AS DIFICULDADES DE COMUNICAÇÃO

A comunicação com os pacientes é central nos processos de saúde-doença-cuidados (Menéndez, 2016). Os interlocutores da pesquisa citaram como um desafio cotidiano:

É que imigrantes e refugiados são os que têm mais dificuldades. O restante a gente tem dificuldades de fluxo da APS mesmo, não tem dificuldade de linguagem. A linguagem é um “plus”, a gente tem dificuldade no fluxo e na linguagem. (B)

As estratégias para comunicação descritas pelos profissionais eram variadas: Google Tradutor, mímicas, ajuda de pessoas da mesma nacionalidade e fluência no idioma do paciente para traduzir as orientações dos profissionais, uso de imagens, entre outros:

O atendimento deles a gente procura não diferenciar, a gente trata as mesmas questões, são problemas de saúde independente da nacionalidade do paciente, mas a gente tem dificuldades de língua. Então, por vezes a gente precisa fazer adaptações no atendimento. A gente chega a trabalhar com Google tradutor dentro do consultório... quando eles são independentes de alguma instituição é um pouco mais difícil né. Às vezes eles vêm com alguém que já está há mais tempo no Brasil, da mesma etnia né, que acabam facilitando essa conversa. (B)

O cotidiano do atendimento, marcado por uma diversidade de nacionalidades, sugere também que, além da linguagem, havia dificuldades sobre as distintas compreensões sobre os processos de saúde-doença-cuidados. Menéndez (2003) destaca que há diferentes formas de atenção a doenças, com diferentes técnicas de diagnóstico, diferentes indicadores para detectar o problema, assim

como diferentes formas de tratamento e até diferentes critérios de cura. Para o autor, esta diversidade nas formas de cuidado muitas vezes é desconhecida, negada ou ignorada na perspectiva do setor saúde e da biomedicina.

Alguns profissionais se preocupavam com a responsabilidade de orientar os pacientes adequadamente, finalidade nem sempre alcançada:

Eles [os profissionais de saúde] falaram sobre o idioma, as diferenças culturais, inclusive o medo de dar uma orientação, não ter certeza se o outro entendeu e ter uma perda na continuidade do cuidado ou talvez até algum erro. Eu percebi medo em alguns profissionais, não muitos, mas alguns. Lembro especificamente de uma enfermeira, que ela estava com um medo de erro de conduta não do profissional, mas relacionado ao entendimento do outro em relação ao que ele deveria fazer... (L)

O domínio da língua nacional é fundamental na comunicação e, consequentemente, na integração de migrantes, especialmente na área da saúde (Goldberg & Silveira, 2013; Martin et al., 2018). O cotidiano de assistência destes profissionais é um desafio permanente.

O SUS PARA MIGRANTES

Um outro aspecto para a compreensão do acesso de migrantes a serviços de saúde na pandemia, é a maneira como o SUS é apreendido por pessoas que possuem experiências diversas com sistemas de saúde. No caso da UBS Sé, há vários serviços que funcionam no mesmo local, com diferentes níveis de especialidade, seja no nível primário ou secundário. Embora seja o mesmo sistema público de saúde, as demandas e encaminhamentos não estão necessariamente relacionadas aos mesmos locais. Os encaminhamentos são feitos geralmente pela Missão Paz e por pessoas conhecidas, sem entendimento sobre o sistema:

Eu tenho uma visão que eles não sabem como é prevenção de saúde, vacina, é tudo que eles não estão acostumados nos países deles. Então eles, eu acho que eles não têm entendimento. Eles acham que aqui é AMA, aqui é pronto socorro, que é tudo na hora, é isso. Mas nós brasileiros também, nós não entendemos. Não sabemos a diferença de AMA, de UBS, de hospital. (...) Viemos errado pra cá, pro AMA, vai errado pro AMA, vem errado pra UBS, então, eles não entendem mesmo. (F)

Com as diversas origens dos usuários e suas experiências de saúde-doença-cuidados, é necessário um aprendizado sobre como funciona o sistema público de saúde brasileiro. A compreensão é variada, provavelmente relacionada a experiências anteriores com outros sistemas de saúde e fontes de informação que recebem no Brasil, seja de conhecidos, parentes, mídias sociais, organizações da sociedade civil, sistema público, entre outros.

Eles entendem, na cabeça deles, que o SUS é um direito deles, que eles vão cuidar da saúde. É assim que eles falam. Eu vim aqui no SUS porque é meu direito. Vai cuidar da minha saúde. (...) É uma frase meio que pronta, mas é uma forma como eles têm de se apresentar sobre o direito deles, que muitas vezes é violado pela sociedade como um todo. (M)

Dos [omissão da nacionalidade] porque são os que eu mais atendo, têm uma gratidão, tudo que você faz é como se fosse uma dádiva para eles, um favor e eles não veem isso como um direito deles. (K)

Eles têm dificuldade sim de entendimento, às vezes eles perguntam se tem que pagar alguma coisa e não quer vir por que acha que tem que pagar. E a gente fala que não tem que pagar nada, o sistema é gratuito. (B)

O status legal migratório no Brasil não é um impedimento para o atendimento. Todavia, da parte de alguns migrantes, os processos de trabalho na APS, como a visita domiciliar, por exemplo, podem expor situações precárias e de ilegalidade:

A gente não tem essa questão de refugiado e não refugiado, a gente é saúde. Não tem essa necessidade de estar regularizado ou não estar mediante a qualquer outro órgão. Isso para a gente é indiferente. Então eu acredito que eles não chegam por conta própria na maioria das vezes por essas duas vertentes: ou eles não vão conseguir se comunicar então nem procuram ou eles têm receio de alguma coisa legal e não vem. A gente encontra muito essa questão legal nas visitas domiciliares, quando vamos fazer busca de gestante e criança, principalmente. Eles não deixam a gente entrar... até porque às vezes as condições são bem precárias, a gente só faz as sinalizações, né, mas ainda assim eles mantêm um receio. (S)

No caso de oficinas de costura que empregam bolivianos, algumas ainda com trabalho análogo ao trabalho escravo (Rizek et al., 2010; Goldberg & Silveira, 2013), o acesso de ACS é dificultado ou mesmo impedido:

Agora, principalmente o pessoal que tem as oficinas irregulares, a gente tem mais dificuldade, porque eles têm medo com a questão da legalidade. (B)

Na percepção sobre o SUS por parte dos migrantes como dádiva ou direito, fica evidente que há lacunas no entendimento sobre como funciona o sistema de saúde brasileiro. Na perspectiva dos profissionais de saúde, ficou patente a universalidade do sistema e o direito dos migrantes em acessá-lo.

Estas diferenças são notórias se comparadas a sistemas de outros países e acesso de migrantes, onde o status legal da migração, o reconhecimento da cidadania e as políticas de integração de migrantes são portas de acesso, ou não, ao cuidado em saúde (Castañeda et al., 2015; Chatzimpyros et al., 2021; Fassin, 2001; Perna, 2018; Quesada et al., 2011). A ideia de “merecimento” ao acesso a sistemas de saúde nacionais, segundo Perna (2018), mostra as contradições e práticas de profissionais de saúde que oscilam entre o cuidado e o controle com migrantes em situação irregular na Itália.

No caso desta pesquisa, há também limitações, não relacionadas ao status legal do migrante, mas à assistência, à comunicação e à forma como devem percorrer os encaminhamentos em busca de cuidados.

AS DIFICULDADES DE NAVEGAR NO SUS

A compreensão da organização do sistema de saúde e a sua complexidade (nos diversos níveis de assistência, gestão, nas diretrizes gerais e específicas, entre outros) é difícil. Muitas vezes, está restrita aos profissionais da área de saúde e áreas correlatas. Mesmo os nacionais, como citado acima, têm dificuldade de compreender como funciona e os caminhos para a busca de cuidados em saúde.

Os profissionais de saúde também ressaltaram que os itinerários dos migrantes dentro do SUS, em muitos casos, são difíceis ou pouco compreendidos:

Elas procuraram o pré-natal para consultar. A maior dificuldade, que eu acho que é, é elas se fazerem entender e passarem o que elas querem passar para mim na consulta. Acho que isso é o mais difícil. Mas o principal eu acho que é elas entenderem como funciona o fluxo, que elas têm muita dificuldade. E aqui é muito papelada, elas saem da consulta com um monte de papel, é vacina, marcar retorno, tal exame faz aqui e o outro faz lá na outra... então eu acho que isso é o mais difícil assim. Às vezes a gente não tem adesão a algumas coisas, mas é porque não entenderam, não tinham como ir, não sabiam como ir, porque o marido ou o tradutor não conseguia ir e elas acabam não indo. (O)

Embora a proximidade com a Missão Paz e orientações oferecidas facilitem o entendimento sobre como funciona e como navegar no SUS, há dificuldades que podem resultar em não adesão, ou descontinuidade do cuidado:

A Missão Paz trabalha com muita ação filantrópica e é importante, tem questões de consulta de especialistas que ajudam. Mas é importante o imigrante saber transitar no SUS porque ele vai precisar para outras coisas. E mesmo a questão de ações filantrópicas, tem coisas que são muito caras, como o tratamento de câncer, por exemplo, você vai precisar do SUS, vai precisar dos encaminhamentos. Então, eu sempre tentava frisar com a responsável como funciona, passou em uma consulta, o médico precisa ter um pedido, precisa encaminhar para a especialidade, a gente tem que ficar atentos, se comunicar com a UBS, explicar... eu falo: “olha, ...precisamos explicar, ligar para a UBS e falar que essa pessoa é imigrante, não se comunica bem, mas a gente ajuda em qualquer coisa que precisar, é só comunicar a gente.... Imagina os que não estavam vinculados à Missão Paz, iam e não entendiam, a equipe explicava também mais ou menos. Então não tem continuidade ao cuidado, às vezes não comparecem às consultas. (B)

A articulação com a Missão Paz representa um diferencial para o acesso à saúde de migrantes, pelo menos nesta região da cidade. Todavia, é importante considerar as dificuldades de aprendizagem sobre os fluxos do sistema de saúde, e o tempo de espera relacionado às diversas demandas em saúde. Por outro lado, observamos estratégias diversas estruturadas pelo serviço (cartazes, orientações

em diversas línguas, oficinas de capacitação, entre outros), identificando situações e necessidades específicas no atendimento a migrantes.

Observamos que havia um cuidado dos profissionais em tentar facilitar a vida dos pacientes migrantes e em vincular o paciente:

Se eu, quando um ultrassom obstétrico, por exemplo (...). Aí, nesse e-mail eu coloco: paciente, nacionalidade X, não fala português, aí eu coloco lá, por favor, agendar de preferência aqui na UBS Sé. Porque eu sei que se eu marcar na Consolação, vai ser difícil dela ir, de entender que ela tem que ir (...), é muito difícil de explicar pra chegar lá. Então o único tratamento diferente que a gente se preocupa (...) é marcar consulta próximo, para eles poderem entender que é aqui, e não perder o exame. (F).

A rede de saúde em São Paulo é ampla, porém, as distâncias entre os bairros são grandes. A mobilidade dos pacientes, o custo do transporte e o tempo de deslocamento são preocupações de alguns dos interlocutores do estudo.

Os profissionais também relataram situações de discriminação e resistência de colegas em lidar com pessoas de outro país dentro do sistema de saúde:

E sempre com acompanhamento da profissional, justamente pela dificuldade da compreensão da linguagem e por muitas vezes, tenho que deixar bem claro pra vocês que essas pessoas são muito discriminadas. Então é uma coisa que sinto muito, eu fico muito triste quando eu vou e muitas vezes eu faço um teste com as pessoas pra ver o quanto elas estão preparadas para estar no lugar onde elas estão ocupando, pra lidar com esse tipo de população. Porque eu acho que somos todos seres humanos e neles temos respeito, independente do país, da origem que você é. ..., mas eu percebo que assim, quando você tem uma pessoa que é esclarecida, você tem um atendimento diferenciado... agora, quando eles vão sozinhos, eles são bem negligenciados. Ah, não entendeu, problema é seu, não vou aguentar. Entendeu? Então isso é uma grande preocupação e é por isso que eu vou, maioria dos casos acontece que a gente percebe a dificuldade, é eu sempre vou nas consultas, entendeu? Eu sempre faço o acompanhamento. Eu deixo a UBS e vou para as consultas. (M)

Ao descrever as práticas profissionais, todos os interlocutores relataram atitudes de abertura, respeito e compromisso no atendimento aos migrantes. A despeito das recomendações da gestão da unidade, algumas falas revelaram a percepção de atitudes de preconceitos e tratamentos desrespeitosos por parte de seus pares profissionais com migrantes no serviço de saúde:

Por exemplo, ele tem uma consulta às 10 horas e ele não vem às 10 horas, ele se perde, aí às vezes ele chega às 11 horas, às vezes tem uma consulta às 9 horas e chega às 11 horas e acaba tendo problema na equipe. Eles marcam e aí perde o exame porque não compreendeu que tinha que fazer exame naquele dia. Às vezes vem, ela passou na consulta, foram pedidos todos os exames de pré-natal e ela volta na próxima consulta com os mesmos papéis, porque não foi explicado direito, você entende? E ainda fala gritando, isso é o pior, isso me machuca porque o problema dele não é ouvir, é entender. (K)

Assim, a complexidade dos processos migratórios transnacionais no contexto da assistência à saúde é evidente. Há o enfrentamento de barreiras culturais, morais e políticas; experiências prévias de traumas emocionais, físicos ou sexuais

que podem resultar em medo ou receio na relação com os serviços; problemas de acesso ao novo sistema de saúde; ou mesmo, situações em que racismo, xenofobia ou preconceitos permeiam as relações com os trabalhadores da saúde (Branco Pereira, 2018; Martin et al., 2018).

O TRABALHO EM SAÚDE NA PANDEMIA E AS VULNERABILIDADES ACENTUADAS

Menéndez (2020) mostra que, nunca foram geradas consequências em tantos campos da realidade de forma simultânea e profunda quanto na pandemia, seja no trabalho, nas condições de educação, nas relações com todos os tipos de espetáculos e em rituais religiosos. A longevidade e impacto dessas mudanças ainda são desconhecidas.

As imposições e mudanças no ritmo de trabalho na UBS Sé, assim como em todos os níveis de atenção à saúde, impactaram diretamente os profissionais em vários aspectos.

Então a gente vive um surto, considerado um surto isso. (...) No início mesmo da pandemia, afastou mais de 10 funcionários de uma vez. Entre médico, enfermeiro, agente comunitário, teve bastante gente. (P)

Hoje eu brinco que a gente está extremamente sobrecarregado porque o papel de prevenção e promoção que a gente tinha, a gente continua tendo, os controles dos nossos grupos prioritários continuam acontecendo. Então hoje a gente está extremamente sobrecarregado com a questão de controlar as síndromes gripais, fazer os atendimentos de surto, fazer testagem em espaços que estão reabrindo... Só que o nosso cuidado com os nossos pacientes continua, a nossa equipe está reduzida e o cuidado precisa permanecer. (B)

Segundo os profissionais, no primeiro ano da pandemia, o trabalho foi realizado com metade da agenda presencial somados aos teleatendimentos. No início, o atendimento a crianças menores de um ano se deu em visita domiciliar, posteriormente foram retomados os atendimentos presenciais e definidas as prioridades para atendimento na unidade. Apesar da implementação dos teleatendimentos na UBS Sé, este recurso não era acessado por todos os usuários, principalmente os que viviam em situações mais vulneráveis socioeconomicamente. O uso de teleatendimento e incorporação de tecnologia na APS foi um recurso utilizado na pandemia (Prado et al., 2020).

No caso dos migrantes, houve uma interrupção do atendimento da Missão Paz com importante comprometimento no acompanhamento:

Já que está ali no território, a Missão Paz tem um papel muito importante de vincular e direcionar os imigrantes para a UBS. Antes da pandemia havia uma comunicação muito próxima entre a UBS e a Missão Paz e com a pandemia mudou muita coisa. O médico

que atendia, parou de ir porque a casa dos imigrantes na Missão Paz estava fechada e tudo ficou meio parado nesse período. (L)

Observamos um aumento da carga de trabalho, do adoecimento de profissionais de saúde, do sofrimento psíquico da população e dos profissionais, agravamento da pobreza, transição de pacientes do sistema suplementar de saúde para o sistema público, estavam presentes nas entrevistas:

As pessoas têm mudado um pouco a conduta. De busca de saúde, busca de cuidados. (...) Estão desanimadas; muitas perderam o trabalho, perderam a sua moradia. Então a situação de um modo geral, acho que ela está bem complexa. Eu tenho uma grande preocupação como vai se dar o procedimento após o término da pandemia. Que é algo, que é algo se eu te disser pra você, eu sei o que vai acontecer, não sei o que vai acontecer. Mas me preocupo e assim, eu acho que nós temos que estar bem-preparados para melhor acolher eles, para melhor atendê-los, entendeu? (M)

Como vários estudos já evidenciam, a pandemia impactou negativamente as condições de sobrevivência de vários grupos populacionais, entre eles os migrantes (Barberia et al., 2021; Ventura et al., 2022).

Quesada et al. (2011), apontam que os indivíduos são estruturalmente vulneráveis quando estão sujeitos à violência estrutural em sua conceituação mais ampla. Isso inclui a interface de seus atributos pessoais — como aparência, afeto, status cognitivo — com valores culturais e estruturas institucionais. Desta forma, a pandemia contribuiu para exacerbar a vulnerabilidade estrutural também de migrantes.

OS MIGRANTES NO SERVIÇO DE SAÚDE EM CONTEXTO PANDÊMICO

Ainda que a prática profissional na UBS Sé evidencie comprometimento, flexibilidade e sensibilidade com a população migrante que frequenta a unidade, identificamos algumas barreiras que ocorreram no contexto da pandemia. Não é nosso objetivo mensurar ou avaliar os atendimentos realizados. Todavia, algumas experiências neste período indicam que houve dificuldade de compreensão sobre o que estava acontecendo:

Os que mais vinham aqui na UBS durante o pico mesmo, com as agendas canceladas, foram eles [os migrantes]. Não sei se é por causa do entendimento, se é por causa da língua. Não sei, mas eles vinham, eles vêm até hoje. Sem máscara, não sei. Para eles parece que o atendimento ficou normal. (...) Elas vieram mais do que os brasileiros. Elas procuram um serviço de saúde no meu ponto de vista. (...) Eu agendei muito mais exames e consultas para os [omissão da nacionalidade]. É uma comparação grande, do que para os brasileiros. Eles procuraram bastante o serviço no pico durante a pandemia. (F)
Hoje as [omissão de nacionalidade] continuam vindo, porque o pré-natal é um sistema que não parou em momento algum na pandemia e nem pode né, essa assistência a gente não tem como deixar de fazer, os imigrantes [omissão de outra nacionalidade], eles continuam vindo de acordo com a demanda quando foi aberta... (X)

Pode ser pela falta de entendimento da tv. Não sei a língua, pode complicar ou o acesso a matérias, jornais, informação. Mas parecia que estava tudo normal para eles. Eles vinham pra UBS sem máscara e a impressão que eu tinha era que nem eles entendiam por que estava vazio. Ficavam olhando, falando tá vazio? Sim, tá vazio. (...) Aí o pessoal conversava, falava com o tradutor, coloca a máscara! Aí agora que eles estão entendendo. Mas eu vejo muito ainda sem máscara, muito, muito. Muitos sem máscara. (F)

A vulnerabilidade estrutural a que estas pessoas estão submetidas, expõe muitas das incompreensões sobre o contexto da pandemia no Brasil. As demandas da emergência sanitária, de certa forma, contrastavam com a presença no serviço, ou, por não usar a máscara.

Embora não seja objetivo deste estudo o entendimento de migrantes sobre a pandemia, é necessário considerar a interpretação de comportamentos que não se enquadram nas recomendações sanitárias, baseadas no modelo biomédico. Quesada et al. (2011) ressaltam que é preciso ter cuidado em não responsabilizar indivíduos por seus comportamentos cotidianos e julgamentos morais de classe média baseados em escolhas racionais de tomadas de decisão.

Além das limitações econômicas de muitos migrantes, as *fake News* sobre a Covid podem ter sido importantes para um distanciamento sobre as recomendações sanitárias mínimas. Galhardi et al. (2020), analisaram o fenômeno das *fake News* em saúde na pandemia. Para os autores, a disseminação de notícias falsas contribui para o descrédito da ciência e das instituições globais de saúde pública, bem como enfraquece a adesão da população aos cuidados necessários de prevenção. Além disso, os autores comentam que as declarações do presidente da república do Brasil têm contribuído para desinformar e confundir a população sobre os métodos de evitar a transmissão da doença.

Houve também um aumento de demanda para o serviço social, especificamente para a sobrevivência material:

Eles permanecem praticamente os mesmos. As únicas questões que mudaram, ... que acrescentou numa intensidade maior, que é aumentou a busca pela cesta básica. Que hoje as pessoas estão numa situação de mais vulnerabilidade, então eles estão buscando muito mais. (M)

Um outro aspecto foi o comportamento com relação à busca pela vacina, quando a disponibilidade era restrita. Houve uma demanda de vacina pela população nacional com listas de espera, o que não foi observado entre os migrantes no período. Provavelmente não sabiam sobre a oferta de vacina em lista de espera. Todavia, o processo de vacinação dos migrantes foi dificultado em outras regiões da cidade. O MZL, por exemplo, ao escutar as necessidades dos migrantes na pandemia, atuou em prol do encaminhamento de denúncia de migrantes que recorreram aos serviços públicos de saúde para tomar vacina contra a Covid-19

e tiveram o pedido negado por não possuírem comprovante de residência. Essa exigência do poder público municipal da cidade de São Paulo, decretado em 28 de maio de 2021, gerou dificuldades à imunização dos migrantes e provocou atraso no seu processo de imunização, colocando a saúde individual e familiar em risco³.

Por fim, uma situação com um migrante diagnosticado com Covid-19, também evidencia que o acesso, ainda que legalmente aberto, esbarra em restrições de ordens diversas. Neste caso, foi a incompreensão sobre como funciona o SUS, abordado anteriormente:

Teve um caso de um paciente de internação COVID, era um imigrante que veio com uma queixa de síndrome gripal, a gente avaliou, ele estava com desconforto respiratório grande e saturação baixa. E a gente o mandou para o hospital de campanha. Aí ele precisava pegar algumas coisas na casa dele (...) e a acompanhante falou "Não deixa que eu vou, porque se ele for ele não volta porque acha que tem que pagar". (...) E disse que no final da internação ele estava morrendo de medo, queria ir embora logo porque ele não sabia o quanto ia ter que pagar. (...) Muitas vezes tem isso. Mas a gente tenta explicar na medida do possível, até quando o nosso diálogo consegue fluir a gente tenta. (B)

Nos relatos, os interlocutores identificaram uma incompreensão sobre as recomendações sanitárias e restrições impostas pela pandemia e um aumento da pobreza (exacerbando a vulnerabilidade estrutural a que muitos estão submetidos). Também a pouca compreensão do funcionamento do sistema de saúde pode ter afastado alguns migrantes dos cuidados em saúde.

Do ponto de vista descritivo, as experiências de migrantes na UBS Sé na pandemia poderiam ser resumidas a questões de entendimento na comunicação, nas maneiras como se relacionam com o SUS e em diversas concepções sobre a pandemia, incluindo a força das *fake News* no país.

Menéndez (2020) faz uma crítica à forma como as expectativas de soluções na pandemia focaram exclusivamente em concepções e recursos biomédicos, o que teria reforçado ainda mais sua hegemonia. A biomedicina, segundo o autor, desenvolve suas atividades de prevenção e promoção de educação em saúde em função de uma orientação individualista.

O modelo de autoatenção, proposto pelo autor, pode ser uma ferramenta interessante para compreender o comportamento das pessoas na pandemia, especialmente os migrantes. Os conceitos de risco, estilo de vida e autocuidado se referem ao indivíduo e à sua responsabilidade pessoal. Desta forma, excluem os sujeitos não somente de suas relações sociais e pertencimentos culturais em geral,

³ A Associação de Mulheres Imigrantes Luz e Vida, presidida pela senhora Yolanda Palácios, protagonizou importante papel na formação do MZL.

mas também de aspectos que os localizam como membros de classes, etnias ou grupos de gênero, para localizar tudo no indivíduo. Este modelo diz respeito a sujeitos tanto como membros de microgrupos e de relações sociais, que podem ser responsáveis, não responsáveis ou irresponsáveis. Assim, seguindo a orientação de Menéndez (2020), para se aproximar dos comportamentos dos migrantes na pandemia, seria importante conhecer não só os sujeitos e microgrupos, mas também como exercem a autoatenção nas doenças e como operam com o setor saúde, com base nas condições econômicas, sociais e culturais dos atores sociais em relação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A descrição de alguns cenários internacionais de acesso de migrantes a sistemas de saúde provocou reflexões sobre o contexto brasileiro. A universalidade do SUS mostrou-se estabelecida legalmente e um acesso de fato. Para os interlocutores é um direito dos migrantes o uso do sistema. É possível que ocorram atos de xenofobia, discriminação e racismo nas práticas de profissionais de saúde, referidos por alguns entrevistados. Uma busca em mídias sociais mostra que essas situações ocorrem com vários grupos, entre eles os migrantes, questão a ser aprofundada em futuros estudos sobre saúde. A permanência de iniquidades, expressas em ações preconceituosas e estigmatizantes no cotidiano dos serviços, convive com visões distintas de trabalhadores e de organizações sociais que fomentam ações de superação e abrem caminhos para a inclusão social de migrantes.

A prática profissional na UBS Sé foi modificada pela emergência sanitária. Havia um direcionamento dos profissionais para resolver as demandas apresentadas pelos migrantes. Na comunicação, as estratégias dos profissionais buscavam melhorar o atendimento e se aproximar dos problemas apresentados por pessoas que pouco compreendiam a língua nacional. O desconhecimento sobre o funcionamento do SUS evidenciou limitações no acesso. Essas dificuldades podem ser supridas por articulações com a sociedade civil e pelo protagonismo de alguns migrantes em coletivos. Embora a invisibilidade ainda se constitua como parte da vida de muitos migrantes, as mobilizações permitem construir caminhos em meio a um cenário complexo que articula a sociedade civil aos serviços públicos e de organizações que acolhem os migrantes.

Por fim, indicamos que uma limitação do estudo foi a impossibilidade de incorporar os migrantes e ACS como interlocutores, ampliando a perspectiva relacional na compreensão do processo saúde-doença-cuidados. De forma complementar, futuros estudos em contextos de assistência em saúde devem considerar,

também, as relações inter-raciais como uma abordagem possível sobre as expressões de racismo e de xenofobia. Inclusive, considerar criticamente a condição racial dos pesquisadores.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos o Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq) pelo apoio financeiro ao projeto de pesquisa (Bolsa Pq -307120/2018-0) e ao coordenador da Rede de Cuidados em Saúde para Imigrantes e Refugiados, Alexandre Branco Pereira, pelo apoio durante o processo de pesquisa e pelos diálogos permanentes que muito contribuíram para as nossas reflexões.

REFERÊNCIAS

- Baeninger, R., Belmonte Demétrio, N., Magalhães Fernandes, D., & Domeniconi, J. (2021). Cenário das migrações internacionais no Brasil: Antes e depois do início da pandemia de Covid-19. *Revista Jurídica Trabalho e Desenvolvimento Humano*, (4). <https://doi.org/10.33239/rjtdh.v4.89>
- Barata, C. B., Carneiro Junior, N., Ribeiro, M. C. S. A., & Silveira, C. (2015). Desigualdade social em saúde na população em situação de rua na cidade de São Paulo. *Saúde e Sociedade*, (24), 219–232. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015S01019>
- Barberia, L. G., Costa, S. F. & Sabino, E. C. (2021). Brazil needs a coordinated and cooperative approach to tackle COVID-19. *Nature Medicine*, (27), 1133–1134. <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01423-5>
- Branco Pereira, A. (2018). O refúgio do trauma: Notas etnográficas sobre trauma, racismo e temporalidades do sofrimento em um serviço de saúde mental para refugiados. *REMHU: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana*, 26(53), 79–97. <https://doi.org/10.1590/1980-85852503880005306>
- Carneiro, N., Jr., Oliveira, R. L. S., Jesus, C. H., & Luppi, C. (2011). Migração, exclusão social e serviços de saúde: O caso da população boliviana no centro da cidade de São Paulo. *Mosaico de Inclusões*, 3(2), 177–181. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0338>
- Castañeda, H., Holmes, S., Madrigal, D., Young, M. H., Beyeler, N., & Quesada, J. (2015). Immigration as a social determinant of health. *Annual Review of Public Health*, (36), 375–392. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032013-182419>
- Castro, M. C., Massuda, A., Almeida, G., Menezes-Filho, N. A., Andrade, M. V., Noronha, K. V. M., Rocha, R., Macinko, J., Hone, T., Tasca, R., Giovannella, L., Malik, A. M., Werneck, H., Fachini, L. A., & Atun, R. (2019). Brazil's unified health system: The first 30 years and prospects for the future. *The Lancet*, 394(10195), 345–356. <https://doi.org/10.1016/S0140-6736>
- Cavalcanti, L., Oliveira, T., & Silva, B. G. (2021). *Relatório Anual 2021 – 2011-2020: Uma década de desafios para a imigração e o refúgio no Brasil*. OBMigra.

- Chatzimpyros, V., Baka, A., & Dikaiou, M. (2021). Social representations of immigrant patients: Physicians' discourse. *Qualitative Health Research*, 31(4), 713–721. <https://doi.org/10.1177/1049732320979814>
- Cotrin, P., Moura, W., Gambardela-Tkacz, C. M., Pelloso, F. C., dos Santos, L., Carvalho, M. D. de B., Pelloso, S. M., & Freitas, K. M. S. (2020). Healthcare workers in Brazil during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional online survey. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, (57), 1–11. <https://doi.org/10.1177/0046958020963711>
- Deslandes, S., & Coutinho, T. (2020). Pesquisa social em ambientes digitais em tempos de COVID-19: Notas teórico-metodológicas. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(11), 1–11. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00223120>
- Di Cesare, D. (2020). *Estrangeiros residentes: Uma filosofia da migração*. Editora Âyné.
- Fassin, D. (2021). The biopolitics of otherness: Undocumented foreigners and racial discrimination in French public debate. *Anthropology Today*, 17(1), 3–7.
- FENAMI [Frente Nacional pela Saúde de Migrantes]. (2021). *Saúde e Migração em Tempos de Covid-19*. https://www.fenami.org/_files/ugd/7848d7_fb03e44f58b6475fbb239a148eedc15f.pdf
- Galhardi, C. P., Freire N. P., Minayo M. C. S., & Fagundes, M. C. M. (2020). Fato ou Fake? Uma análise da desinformação frente à pandemia da Covid-19 no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(2), 4201–4210. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.2.28922020>
- Goldberg, A., & Silveira, C. (2013). Desigualdad social, condiciones de acceso a la salud pública y procesos de atención en inmigrantes bolivianos de Buenos Aires y São Paulo: Una indagación comparativa. *Saúde e Sociedade*, 22(2), 4201–4210. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000200003>
- Haydu, M., Viodres Inoue, S., Silveira, C., & Martin, D. (2020). Therapeutic itineraries of Congolese refugees in the city of São Paulo. *Global Public Health*, 15(6), 840–851. <https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1714071>
- Hayward, S., Deal, A., Cheng, C., Crawshaw, A., Orcutt, M., Vandrevale, T. F., Norredam, M., Carballo, M., Ciftci, Y., Requena-Méndez, A., Greenway, C., Carter, J., Knights, F., Mehrota, A., Seedat, F., Bozorgmehr, K., Veizis, A., Campos-Matos, I., Wurie, F., McKee, M., Kumar, B., & Hargreaves S. (2021). Clinical outcomes and risk factors for COVID-19 among migrant populations in high-income countries: a systematic review. *Journal of Migration and Health*, (3), 1–19. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666623521000088>
- IBGE [Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística]. (2020). *Regiões Metropolitanas, Aglomerações Urbanas e Regiões Integradas de Desenvolvimento*. <https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/estrutura-territorial/18354-regioes-metropolitanas-aglomeracoes-urbanas-e-regioes-integradas-de-desenvolvimento.html?edicao=30750&t=acesso-ao-produto>
- Kondilis, E., Papamichailb, D., McCann, S., Carrutherse, E., Veizisf, A., Orcutt, M., & Hargreaves, S. (2021). The impact of the COVID-19 pandemic on refugees and asylum seekers in Greece: A retrospective analysis of national surveillance data from 2020. *EClinicalMedicine*, (37), 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.100958>

- Kluge, H., Jakab, Z., Bartovic, J., D'Anna, V., & Severoni, S. (2020). Refugee and migrant health in the COVID-19 response. *Lancet*, 395(10232), 1237–1239. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30791-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30791-1)
- Lotta, G., Wenham, C., Nunes, J., & Pimenta, D. N. (2020). Community health workers reveal COVID-19 disaster in Brazil. *The Lancet*, (396), 365–366. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31521-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31521-X)
- López-Sala, A. (2021). Luchando por sus derechos en tiempos de Covid-19: Resistencias y reclamaciones de regularización de los migrantes Sinpapeles en España. *REMHU: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana*, 29(61), 83–86. <https://doi.org/10.1590/1980-85852503880006106>
- Magalhães, L. F. A., Bógus, L., & Baeninger, R. (2021). Covid-19 e imigração internacional na Região Metropolitana de São Paulo. *REMHU: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana*, 29(61), 15–32. <https://doi.org/10.1590/1980-85852503880006102>
- Martin, D., Goldberg, A., & Silveira, C. (2018). Migração, refúgio e saúde: Perspectivas de análise sociocultural. *Dossiê, Saúde e Sociedade*, 27(1), 25–36. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018170870>
- Menéndez, E. L. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: De exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1), 185–207. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014>
- Menéndez, E. L. (2016). Salud intercultural: Propuestas, acciones y fracasos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(1), 109–118. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015211.20252015>
- Menéndez, E. L., (2020). Consecuencias, visibilizaciones y negaciones de una pandemia: Los procesos de autoatención. *Salud Colectiva*, (16), 1–23. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.3149>
- Miller, D. (2020). *Notas sobre a pandemia: Como conduzir uma etnografia durante o isolamento social*. <https://blogdolabemus.com/2020/05/23/notas-sobre-a-pandemia-como-conduzir-uma-etnografia-durante-o-isolamento-social-por-daniel-miller/>
- Minayo, M. C. S., & Freire, N. P. (2020). Pandemia exacerba desigualdades na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(9), 3555–3556. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.13742020>
- Ministério da Saúde [Brasil]. (2012). PNAB - *Política Nacional de Atenção Básica* [Série E. Legislação em Saúde]. <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
- Nakamura, E. (2011). O método etnográfico em pesquisas na área da saúde: Uma reflexão antropológica. *Saúde e Sociedade*, 20(1), 95–103. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000100012>
- Mota, A., Marinho, M. G. S. M. C., & Silveira, C. (2014). *Saúde e história de migrantes e imigrantes: Direitos, instituições e circularidades*. Casa de Soluções.
- Ortega, F., & Orsini, M. (2020). Governing COVID-19 without government in Brazil: Ignorance, neoliberal authoritarianism, and the collapse of public health leadership. *Global Public Health*, 15(9), 1257–1277. <https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1795223>

- Oliveira, R. C. (1996). O trabalho do antropólogo: Olhar, ouvir, escrever. *Revista de Antropologia*, 39(1), 13–37. <https://doi.org/10.11606/2179-0892.ra.1996.111579>
- Paim, J., Travassos, C., Almeida, C., Bahia, L., & Macinko, J. (2011). The Brazilian health system: History, advances, and challenges. *The Lancet*, 377(9779), 1778–1797. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8)
- Peirano, M. (2014). Etnografia não é método. *Horizontes Antropológicos*, 20(42), 377–391. <https://doi.org/10.1590/s0104-71832014000200015>
- Perna, R. (2018). Bound between care and control: Institutional contradictions and daily practices of healthcare for migrants in an irregular situation in Italy. *Ethnic and Racial Studies*, 42(12), 1–21. <https://doi.org/10.1080/01419870.2018.1533645>
- PMSP (Prefeitura Municipal de São Paulo). (2022). *Relação de Unidades de Secretaria Municipal de Saúde por região/Zona do Município de São Paulo*. https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/arquivos/secretarias/saude/organizacao/0005/Unid_Munic_Saude_Zona.pdf
- Prado, N. M. B. L., Rossi, T. R. A., Chaves, S. C. L., Barros, S. G., Magno, L., Santos, H. L. P. C., & Santos, A. M. (2020). The international response of primary health care to COVID-19: Document analysis in selected countries. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(12), 1–18. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00183820>
- Poole, D. N., Escudero, D. J., Gostin, L. O., Leblang, D., & Talbot, E. A. (2020). Responding to the COVID-19 pandemic in complex humanitarian crises. *International Journal for Equity in Health*, 19(41). <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01162-y>
- Quesada, J., Hart, L. K., & Bourgois, P. (2011). Structural vulnerability and health: Latino migrant laborers in the United States. *Medical Anthropology*, 30(4), 339–362. <https://doi.org/10.1080/01459740.2011.576725>
- Raju, E., & Ayeb-Karlsson, S. (2020). COVID-19: How do you self-isolate in a refugee camp? *International Journal of Public Health*, (65), 515–517. <https://doi.org/10.1007/s00038-020-01381-8>
- Rizek, C. S., Georges, I., & Silva, C. F. (2010). Trabalho e imigração: Uma comparação Brasil-Argentina. *Lua Nova*, (79), 111–142.
- Silva, J. P. (2018). Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 1723–1728. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>
- Temporão, J. G. (2003). O Programa Nacional de Imunizações (PNI): Origens e desenvolvimento. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 10(2), 601–617. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702003000500008>
- Ventura, D., Martins da Silva, J., Calderón, L., & Eguiluz, I. (2022). Migration, migrants, and health in Latin America and the Caribbean. *Oxford Research Encyclopedia of Global Public Health*. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190632366.013.323>
- Young, B., & Silva, E. C. C. (2018). Organizações da sociedade civil e apoio aos imigrantes na cidade de São Paulo. In C. Silveira, A. Goldberg & D. Martin (eds.), *Migração, refúgio e saúde* (pp. 251–260). Leopoldianum.