

Abordagem integral a imigrantes haitianos em uma Unidade Básica de Saúde do Guara, Distrito Federal: relato de experiência

Integral Healthcare Practice to Haitian immigrants in a Basic Health Unit of Guará, Federal District: Case report

Autores

Izabela Luiza de Souza Vieira. Médica residente no Hospital Universitário de Brasília/ Universidade de Brasília
– Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade. Brasília. Brasil

E mail: izab.las@gmail.com

Fabiana Soares Fonseca. Médica. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Brasília. Brasil

E mail: fabianasfonseca@gmail.com

Lgia Villela Rodrigues. Professora. Universidade de Brasília - Faculdade de Medicina. Brasília. Brasil

E mail: ligiaavrodrigues@gmail.com

Ana Paula Borges Carrijo. Professora. Universidade de Brasília - Faculdade de Medicina. Brasília. Brasil

E mail: anacarrijo.unb@gmail.com

Rodolfo Rêgo Deusdará Rodrigues. Professor. Universidade de Brasília – Faculdade de Medicina. Brasília. Brasil

E mail: rodolfodeusdara@gmail.com

Autor responsável pela correspondência:

Recebido em: 01/04/2021 **Aprovado em:** 15/09/2021

DOI: 10.12957/interag.202158870

Relato

Resumo

O aumento do fluxo migratório haitiano para o Brasil a partir de 2010 está associado a crises política, econmica e às catástrofes ambientais. O acesso  saúde pelos imigrantes é o Sistema nico de Saúde no Brasil que tem como porta de entrada a Atenção Primária  Saúde. O objetivo deste trabalho foi relatar a experiência dos cuidados em saúde aos imigrantes haitianos em uma Unidade Básica de Saúde Guará no Distrito Federal. Métodos: Trata-se de um relato de delineamento observacional e

Abstract

The increase in the Haitian migratory flow to Brazil from 2010 is associated with political, economic crises and environmental catastrophes. Access to health care for immigrants is the Unified Health System in Brazil, which has Primary Health Care as the gateway. The objective of this work was to report the experience of health care to Haitian immigrants in a Basic Health Unit in Guará in the District Federal. Methods: This is an account of an observational and descriptive design of health care aimed

descritivo do cuidado em saúde voltado aos imigrantes haitianos pela equipe de saúde e os residentes em medicina de família e comunidade. Resultados: A população de imigrantes haitianos é estimada de 60 indivíduos assistidos pela equipe de saúde da família. A busca pelo cuidado é feita, em sua maioria, mulheres e crianças e as demandas em saúde são voltadas para saúde da mulher e da criança. Os desafios dos cuidados em saúde são relacionados a barreiras de comunicação e às diferenças culturais. Conclusão: O relato desta experiência demonstra que processos de integração e adaptação culturais podem colocar em conflito normas sociais, valores e costumes, havendo necessidade de conhecimento do território e articulação por parte da equipe de saúde. Visto que o SUS presta assistência a imigrantes, faz-se necessária a abordagem das equipes de saúde, bem como o planejamento de ações que levem em conta a influência da cultura na expressão dos sintomas, na experiência da doença, bem como na evolução do quadro clínico.

Palavras-chave: Prática Integral de Cuidados de Saúde; Emigrantes e Imigrantes; Atenção Primária à Saúde.

Área Temática: Saúde.

Linha Temática: Saúde de Imigrantes; Atenção Primária.

at Haitian immigrants by the health team and residents in family and community medicine. Results: The population of Haitian immigrants is estimated at 60 individuals assisted by the family health team. The search for care is mostly made up of women and children and the demands on health are focused on the health of women and children. Health care challenges are related to communication barriers and cultural differences. Conclusion: The report of this experience demonstrates that cultural integration and adaptation processes can put social norms, values and customs in conflict, requiring knowledge of the territory and articulation by part of the health team. Since SUS provides assistance to immigrants, it is necessary to approach the health teams, as well as to plan actions that take into account the influence of culture in the expression of symptoms, in the experience of the disease, as well as in the evolution of the condition clinical.

Keywords: Integral Healthcare Practice; Emigrants and Immigrants; Primary Health Care.

Introdução

O cenário migratório brasileiro é constituído por emigração e pelo fluxo de novos e diversificados imigrantes. O aumento recente da imigração está fortemente relacionado à crise econômica mundial de 2008, visto que países emergentes não foram tão afetados como os países desenvolvidos.¹

No período de 2011 a 2017, a República do Haiti foi o país com o maior número de solicitações concedidas pelo Conselho Nacional de Imigração do Ministério do Trabalho brasileiro.¹ O aumento do fluxo migratório a partir de 2010 está associado a crises política, econômica e às catástrofes ambientais, como quatro ciclones que atingiram o país em 2008

e um forte terremoto, que resultou em mais de 150.000 mortes e mais de um milhão de desabrigados em 2010.²

As três possíveis entradas formais e de permanência de haitianos no Brasil se dão por: visto por razões humanitárias, solicitação de refúgio e autorizações concedidas pelo Conselho Nacional de Imigração.¹ Os haitianos não são considerados refugiados, segundo o Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados - ACNUR.³ Em entrevista feita com haitianos no estado de Mato Grosso do Sul, a maioria alegou que, apesar de o Brasil ter pouca proximidade geográfica, linguística ou de laços culturais com o Haiti, escolheram essa rota de migração devido às facilidades de obtenção do visto e de manutenção no país de forma regular.³

No âmbito do Distrito Federal, em 2011, houve o aumento de haitianos, principalmente nos bairros Paranoá e Varjão do Torto. Depois, para as regiões de São Sebastião, Ceilândia, Gama, Guará e Estrutural. A maioria da população haitiana nessas localidades é homem, possui mais de 30 anos, poucos têm ensino superior e estão empregados na construção e nos serviços de limpeza.¹ Com a residência temporária, é possível acessar os serviços públicos de saúde, educação, segurança, como também exercer trabalho formal, com carteira assinada, direitos sociais garantidos pela Constituição de 1988.⁴

Em relação ao acesso à saúde pelos imigrantes, o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil tem como porta de entrada a Atenção Primária à Saúde (APS), a qual se fundamenta em ações que priorizam a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento, reabilitação e acompanhamento da saúde individual e coletiva.⁵ O SUS possui como princípios doutrinários a universalidade, a equidade e a integralidade. A universalidade diz respeito a possibilitar o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde de qualidade e de forma resolutiva. A equidade visa ofertar o cuidado, reconhecendo as diferenças nas condições de vida e saúde, de acordo com as especificidades das demandas do usuário, pautada no respeito à diversidade. A integralidade envolve atender à população adscrita nos campos do cuidado, da promoção e manutenção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, da cura, da reabilitação, redução de danos e cuidados paliativos.⁵

Neste sentido a Estratégia de Saúde da Família (ESF), por sua vez, surge como proposta para organizar a APS considerando a família, o ambiente físico e social que esta vivência, o que favorece uma compreensão ampliada da saúde. O diagnóstico situacional e o reconhecimento do território, com suas diversas características e particularidade locais, permitem uma compreensão ampliada do processo saúde-doença, à luz dos condicionantes e determinantes da saúde.⁶

Dentre os atributos derivados da APS, destaca-se, no âmbito deste trabalho, a competência cultural, que consiste no reconhecimento das características culturais dos grupos sociais assistidos e de suas diferentes necessidades e concepções do processo saúde-doença.⁷ Os significados do adoecer e a percepção da doença, bem como o modo de entender saúde têm relação com a visão de mundo de cada indivíduo, família, comunidade, grupo social ou cultura. No entanto, barreiras morais, religiosas, políticas e éticas, dos profissionais de saúde atuantes na APS podem levá-los a considerar prioritariamente as suas próprias crenças, em detrimento do universo sociocultural do usuário.^{7,8}

O encontro clínico, conforme argumenta Caprara⁹, sofre influências multifatoriais: da estrutura de cuidado em si (sistema de saúde e ambiente terapêutico), das especificidades dos profissionais (treinamento técnico, habilidades comunicacionais, aspectos psicológicos, e

personalidade) e das condições psicossociais dos pacientes e a relação que estes estabelecem com o seu adoecimento. A compreensão do adoecer e a fragilidade do paciente é indispensável para uma intervenção médica eficiente.⁹

A complexidade dessa questão e seus efeitos nos domínios relacional, terapêutico e ético podem ser acentuados quando a população assistida envolve imigrantes, com possíveis divergências de valores e crenças, que podem não ser acolhidas e respeitadas na busca pelo cuidado em saúde. Tal conjuntura pode levar a diversos dilemas e dificuldades na relação do profissional de saúde com o usuário e desencadear em descrédito com o sistema de saúde, baixa adesão à terapêutica recomendada, prejuízo na promoção de sua autonomia e no seu estado de saúde, dentre outras consequências.⁹⁻¹¹ Nesse sentido, vale ressaltar que no seguimento clínico, a colaboração mútua e a relação de confiança estão diretamente implicadas nas repercussões da prática médica.⁹

Por meio de um cuidado que supera o modelo biomédico, e opera a partir da competência cultural, é possível desenvolver laços fortes com as pessoas e famílias assistidas. No Brasil, as populações minorizadas - por etnia/raça, identidade de gênero, orientação sexual, ou condição socioeconômica - lidam com barreiras de acesso ao serviço de saúde e apresentam piores indicadores em saúde. As generalizações, estereótipos, privilégios e racismo estão arraigados tanto na sociedade como na relação médico-paciente. Portanto, a aplicação do modelo de competência cultural ainda é um desafio a ser transposto no contexto da APS.^{7,12}

Do conceito de competência cultural, derivou o conceito de humildade cultural, este diz respeito à atitude de contínua reflexão e crítica acerca do respeito à diversidade, à individualidade da experiência cultural e seus significados e repercussões, inclusive no plano terapêutico elaborado conjuntamente.^{7,11}

O objetivo do presente artigo é relatar a experiência dos cuidados em saúde aos imigrantes haitianos ofertados pela equipe de saúde da família, identificando as potencialidades, as fragilidades e os desafios em uma Unidade Básica de Saúde do Distrito Federal.

Métodos

Trata-se de um relato de experiência da equipe de saúde da família de uma unidade básica de saúde localizada na região do Guará, no Distrito Federal, durante o período de 2020 e 2021. O relato está baseado no delineamento observacional e descritivo do cuidado em saúde voltado aos imigrantes haitianos pela equipe de saúde e os residentes em medicina de família e comunidade.

Contextualização do Território: O Guará é uma das 31 regiões administrativas do Distrito Federal e pertence à Região de Saúde Centro-Sul. De acordo com a Pesquisa Distrital de Amostra por Domicílios de 2018, o Guará tem uma estimativa populacional de 2.881.854 residentes e 883.509 domicílios¹³. O Centro de Saúde 03 foi inaugurado em 08 de maio de 1989, está localizado na QE 38 no Guará em Brasília no Distrito Federal. Inicialmente este centro ofertava cuidados em saúde, por meio do atendimento nas especialidades da APS, como pediatria, ginecologia e clínica médica.

Em 2018, o Centro de Saúde 03 passou pelo processo de conversão para o modelo de Estratégia em Saúde da Família. Neste existe uma população adscrita de aproximadamente 35.000 habitantes, sendo 20.000 cadastrados no sistema de informação utilizado. Possui

06 equipes de saúde, compostas, cada uma, por 01 médico de família e comunidade, 01 agente comunitário de saúde, 01 enfermeiro e 02 técnicos de enfermagem. A equipe amarela conta com 01 médico residente. Desde 2019, esta UBS configura-se como um dos cenários de prática do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade do Hospital Universitário de Brasília na Universidade de Brasília.

Resultados

Diagnóstico situacional da área e perfil dos usuários: A equipe amarela assiste às ruas 1 a 17 de uma região nomeada Polo de Modas no Guará II e também a um edifício de classe média alta, situado em outra localidade, sendo responsável no total por uma área estimada de 11.621 habitantes. O Polo de Modas inicialmente foi idealizado para ser um centro industrial de vestuário, porém ao longo do tempo tornou-se comum a configuração de construção comercial no térreo e residencial nos andares superiores. É uma área em que os moradores geralmente alugam seus imóveis a baixo custo em relação à região administrativa circunscrita, o que implica em alta rotatividade dos moradores e do próprio comércio vigente. Caracteriza-se, ainda, por pouca burocratização dos contratos para aluguel, facilitando os trâmites para locação de imóveis. É uma área que se destaca por sua criminalidade, com ruas movimentadas que favorecem assaltos e furtos de carros. O edifício de classe média alta costuma ser uma população menos demandante para a equipe, comparado ao Polo de Modas, pois a maioria opta pelo atendimento no sistema privado. Essa equipe lida com famílias de razoável poder aquisitivo, mas em sua maioria famílias de baixa renda e classe média. São 2796 usuários com cadastro ativo no sistema de informação utilizado, até março/2021, sendo que aproximadamente 60% correspondem a usuárias do sexo feminino e 40%, ao sexo masculino. Com relação à faixa etária, cerca de 19,5% estão entre 0 e 14 anos e 51% dos usuários estão entre 20 a 44 anos de idade, demonstrando ser uma população majoritariamente jovem. Os principais agravos em saúde relatados pela equipe são infecções sexualmente transmissíveis, doenças psiquiátricas, em especial transtornos ansiosos e depressivos, tabagismo e doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica, sendo estas mais prevalente na população maior de 40 anos.

Nos últimos anos, houve uma crescente demanda por assistência por parte de imigrantes haitianos - estimados em 60 indivíduos - que residem na área assistida por esta equipe.

Os usuários são, em sua maioria, mulheres e crianças. Os homens geralmente são os responsáveis financeiros das famílias e a renda familiar costuma ser de no máximo três salários-mínimos. A ocupação, geralmente, é de trabalhos informais, com destaque para atuação em serviços gerais, garçom/garçonete, cabelereiro(a), operador(a) de caixa.

O atendimento à população adscrita é feito por meio do acolhimento às demandas espontâneas e por meio de demandas agendadas, que geralmente são consultas de pré-natal, puericultura, coleta de exame citológico cervical e demais consultas de rotina. Para facilitar o acesso ao público, a equipe busca aplicar o acesso aberto com agendamento de consultas e atendimento no mesmo dia.

No atendimento à população haitiana residente na área, têm sido vistas potencialidades próprias destes usuários que são: facilidade na vinculação com a equipe e na busca por

atendimento, além de baixa taxa de absenteísmo nas consultas de pré-natal e puericultura, bem como adesão favorável à terapêutica instituída. A boa vinculação desta população à equipe tem favorecido a longitudinalidade do cuidado.

Desafios no cuidado em saúde aos imigrantes haitianos: Os principais desafios encontrados pela equipe estão relacionados à comunicação e às diferenças culturais, o que afeta o processo de subjetivação do usuário no ato do cuidado. Os profissionais não compreendem o grau de autonomia e de autocuidado dos pacientes e famílias e questionam-se como e o quanto investir nas práticas de prevenção, promoção e no processo de adesão aos tratamentos propostos, já que o letramento em saúde está, à priori, prejudicado pela condição linguística. Os imigrantes haitianos têm fluência em francês e *criollo* e, até o momento, não há a disponibilidade de tradutores. Trata-se de famílias de configuração patriarcal, em que os homens migram para o Brasil antes de esposas e filhos, por motivos laborais, e por maior tempo em território nacional, costumam ter maior domínio da língua portuguesa. As motivações para a migração das mulheres costumam ser o reencontro com o marido e a reunificação familiar e geralmente têm menor fluência no idioma local pela chegada recente no país. Porém, como as mulheres buscam mais pelo sistema de saúde, a fragilidade da equipe tem sido em estruturar uma comunicação efetiva com os pacientes, fator primordial para a compreensão mútua e a abordagem assertiva das demandas e diferentes visões em saúde e doença, das situações familiares e vulnerabilidades.

Alguns fatores, em especial, capturaram a atenção da equipe. É recorrente o relato das mulheres, já no climatério, que nunca colheram exame citopatológico cervical. No Brasil, o exame preventivo de câncer de colo uterino (Papanicolau) é realizado a cada no máximo 3 anos em mulheres entre 25 e 59 anos como uma política de saúde prioritária.¹⁴ Nesse aspecto, a equipe se questiona se, no Haiti, o rastreamento de câncer de colo uterino não compõe uma prioridade em saúde, se seriam as pacientes que desconhecem a sua importância ou mesmo se há barreiras culturais que dificultariam o exame físico nas mulheres. Na assistência ao pré-natal é notável a prevalência de anemia ferropriva, com eletroforese de hemoglobina normal, o que traz a reflexão sobre as carências nutricionais das pacientes haitianas e a vulnerabilidade social na qual estão inseridas. Uma questão cultural específica na esfera da sexualidade, é a abstinência sexual dos casais após a chegada dos filhos e que costumam ser de 03 a 06 meses pós-parto, havendo estranhamento por parte das famílias na oferta dos profissionais ao uso de métodos contraceptivos na consulta de puerpério. Os casais relatam que, primeiramente, a mulher precisa “sara do parto” e a equipe encontra situação desafiadora quanto ao planejamento familiar. As famílias não demonstram interesse no uso de métodos contraceptivos. Os métodos hormonais orais ou injetáveis são os mais utilizados e, até agora, nenhuma das famílias optou pelo uso de Dispositivo Intrauterino, mesmo havendo explicações acerca do método e a disponibilidade deste recurso na UBS. Nas consultas de puericultura, a equipe observou que os pais o primeiro banho do recém-nascido e a limpeza do coto umbilical são postergados. Essas situações são exemplos práticos do quanto as equipes de saúde da família precisam aprender a acolher a diversidade cultural que integra o cotidiano de sua prática e requer dos profissionais a abertura para a apreensão de novas perspectivas e valores. Entretanto, deve-se salientar que não se trata de abdicar dos saberes técnico-científicos, mas de articulá-los aos saberes e representações populares no intuito de garantir o cuidado.⁹

Organização da equipe para superação dos desafios: Para superar o desafio da comunicação, a equipe passou a fazer uso de tecnologias como Google Tradutor, além de linguagem não verbal, por meio de gestos e imagens via internet. A disponibilização de intérprete fluente na língua pela secretaria de saúde poderia ser uma ferramenta útil e facilitadora nos atendimentos, o que ainda não foi solicitado à Direção Regional de Atenção Primária à Saúde pela equipe.

Com relação às diferenças culturais, é essencial que a equipe se mobilize para refletir sobre a finalidade social do trabalho em saúde e exercitar o desenvolvimento da humildade cultural, questionar as suas práticas de cuidado, repensar as possibilidades do arcabouço terapêutico da APS, aplicar o atributo da competência cultural, superar o modelo biomédico e se perceber como criadora da experiência clínica.^{9,15,16} É na atmosfera relacional trabalhador-usuário que os profissionais se constituem (ou não) produtores do cuidado, com produção de vínculos, acolhimentos e responsabilizações.¹⁶ Faz-se necessária a realização de um cuidado efetivo, compreensivo e respeitoso de maneira compatível às crenças e práticas culturais de saúde destes usuários, inclusive na utilização do seu idioma de preferência. Além disso, cabe à equipe buscar entender quais fatores embasam as práticas culturais dessa população, quais são passíveis ou não de intervenção e que tipo de condutas seriam mais benéficas, buscando um encontro proveitoso entre o universo do profissional e as demandas do paciente. Para Franco e Merhy¹⁶, uma aposta profissional desta envergadura permitiria a produção do trabalho vivo em ato, pelo qual o usuário seria subjetivado no encontro clínico, sendo respeitadas as suas idiossincrasias, e não apenas objeto de intervenção do sistema e dos profissionais. Isto envolve uma compreensão profunda da saúde como um direito à dignidade humana. Ademais, a aquisição de habilidades de comunicação torna-se condição *sine qua non* para a dimensão cuidadora que se pretende.¹⁶ Com a inserção da residência de Medicina de Família e Comunidade na Unidade, o papel pedagógico do preceptor é fundamental. Dada a complexidade da formação do residente de Medicina de Família e Comunidade, a figura do preceptor é de um gestor dos cuidados dos pacientes e apoiador do processo de aprendizado dos seus residentes.¹⁷ Nesse sentido, o preceptor deve auxiliar o residente, tanto no manejo clínico e abordagem individual, familiar e comunitária, quanto na gestão e organização dos serviços dentro da Unidade Básica de Saúde.¹⁸

Considerações finais

O relato desta experiência demonstra que processos de integração e adaptação culturais podem colocar em conflito normas sociais, valores e costumes, havendo necessidade de conhecimento do território e articulação por parte da equipe de saúde. Visto que o SUS presta assistência a imigrantes, faz-se necessária a abordagem das equipes de saúde, bem como o planejamento de ações que levem em conta a influência da cultura na expressão dos sintomas, na experiência da doença, bem como na evolução do quadro clínico. É desejável que os profissionais de saúde atuantes tenham sensibilidade cultural no desenvolvimento de habilidades de comunicação com essa população.¹¹ O ensino de humanidades médicas torna-se essencial nesse sentido, nos cursos de graduação e residências em saúde, com o propósito de operar a aquisição de novas competências nos profissionais, amenizar as assimetrias relacionais e ampliar as perspectivas de cuidado, para que exista no encontro

profissional-usuário maior personificação, humanização, comunicação, qualidade e satisfação dos envolvidos.⁹ No cerne desta discussão estão implícitos os modelos de cuidado e de atenção à saúde e de como o agir profissional está ligado à compreensão do seu papel social e o seu investimento pelo cuidado coletivo.¹⁶ Nota-se, ainda, a necessidade por mais pesquisas na área de comunicação clínica transcultural, competência e humildade culturais, assuntos ainda relativamente escassos na literatura e conseqüentemente na prática clínica da atenção primária.

Declaração de conflito de interesse

Os autores declaram não ter conflito de interesse.

Contribuições dos autores

ILSV, FSF, LVR, APBC, RRDR YPCG, FHA, RRDR participaram igualmente do desenho de estudo, da redação do texto, da coleta, da análise e da interpretação dos dados. FSF participou do estudo, da coleta e da análise dos dados.

Referências

1. CAVALCANTI, Leonardo; TONHATI, Tânia. Características sociodemográficas e laborais da imigração haitiana no Brasil. *Périplos: Revista De Estudos Sobre Migrações*, v. 1 n.1, p.68-71, 2017.
2. ROUSSEAU, Jean Jacques. Haiti: quinze años no son nada, pero se avanza em población y desarrollo. In: *Congreso Da Asociación Latinoamericana De Población*. Anais: Havana, v.4, 2010.
3. PINA, Camila Cuenca; SILVA DA SILVA, César Augusto. Imigração Haitiana e Política Migratória Brasileira atual: Entrevista com haitianos em Mato Grosso do Sul. Tese de Especialização em Direito Humano e Cidadania. Universidade Federal da Grande Dourado, p. 1-19, 2016.
4. GODOY, Gabriel Gualano De. O caso dos haitianos no Brasil e a via daproteção humanitária complementar. In: Editora CLA Cultural Ltda, editor. 60 anos de ACNUR Perspectivas de futuro. São Paulo; 2011.
5. BRASIL. PORTARIA No 2.436: Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministerio da Saúde, v.1, 2017.
6. STARFIELD, Barbara. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. UNESCO, Ministério da Saúde, p. 1-726, 2002.
7. GOUVEIA, Eneline de Andrade Heráclio; SILVA, Rodrigo de Oliveira; 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*, v 43, 1 suppl 1, p.82-90, 2019.

8. AMADIGI, Felipa Rafaela; GONÇALVES, Evelise Ribeiro; FERTONANI, Hosanna Pattrig; BERTONCINI, Judite Hennemann; SANTOS, Silvia Maria Azevedo dos. A Antropologia como ferramenta para compreender as práticas de saúde nos diferentes contextos da vida humana. *Revista Mineira de Enfermagem*, v.13, n. 1 p.139-146, 2009.
9. CAPRARA, Andrea; RODRIGUES, Josiane. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciências & Saúde Coletiva*, v.9, n.1, p.139-146, 2004.
10. DAMASCENO, Renata Fíuza; DA SILVA, Patrick Leonardo Nogueira. Competência cultural na atenção primária: algumas considerações. *Journal of Management & Primary Health Care*, v.9, p. 1-8, 2018.
11. SANTANA, Carmen. Cultural humility: A strategic concept for addressing refugee health in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, v.34, n.11, p.1-2, 2018.
12. BRASIL. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Brasília: Ministério da Saúde, v.1, 2017.
13. CODEPLAN. Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios. Brasília, 2018.
14. BRASIL. Protocolos da Atenção Básica : Saúde das Mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, v.1, 2016.
15. SCHRAIBER, Lilia Blima. O médico e suas interações: A crise dos vínculos de confiança. Hucitec: 1ª. ed, v. 1 p. 1-256, 2008.
16. FRANCO, Tulio Batista; MEHRY, Emerson Elias. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos. Hucitec:1 a. ed, v.1, p. 1-366, 2013.
17. IZECKSOHN, Mellina Marques Vieira; TEIXEIRA JUNIOR, Jorge Esteves; STELET, Bruno Pereira; JANTSCH, Adelson Guaraci. Preceptoria em medicina de família e comunidade: Desafios e realizações em uma atenção primária à saúde em construção. *Ciência & Saude Coletiva*, v.22, n.3, p. 737-746, 2017.
18. SBMFC. Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v.1, p. 1-66, 2015.