

**Ana Carolina Tardin Martins**

**PROTOS COLOS CLÍNICOS, DIRETRIZES TERAPÊUTICAS E  
BARREIRAS DE ACESSO À SAÚDE DOS MIGRANTES E REFUGIADOS  
NO ÂMBITO GLOBAL: UMA REVISÃO DE ESCOPO**

Brasília, 2020

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Ana Carolina Tardin Martins

**PROTOCOLOS CLÍNICOS, DIRETRIZES TERAPÊUTICAS E BARREIRAS  
DE ACESSO À SAÚDE DOS MIGRANTES E REFUGIADOS NO ÂMBITO  
GLOBAL: UMA REVISÃO DE ESCOPO**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Orientador: Maria da Graça Luderitz Hoefel

Brasília, 2020

## AGRADECIMENTOS

A vida tem sido generosa comigo. Graças ao suporte e investimento dos meus pais, pude ingressar em uma instituição pública de ensino superior, a UNIRIO, o qual tenho um enorme apreço e aprendi muito sobre as práticas da minha profissão. Graças a essa formação, pude desenvolver meus estudos, primeiro ingressando na residência médica de pediatria, depois na neonatologia. Após isso, me especializei em gestão de emergências em saúde pública pelo Instituto de Ensino e Pesquisa Sírio-Libanês.

Com todos esses anos de estudo, por muitas vezes estive ausente em casa, e por isso tenho toda gratidão aos meus filhos por entenderem e me darem carinho quando preciso. Mas também tenho certeza de que ensinei a eles o quanto importante e transformação a educação pode ser.

Ao meu marido Paulo Lisbão, meu grande companheiro, pela paciência, conselhos, ensinamentos e amor. Sem ele nada disso seria possível.

À minha orientadora, Graça Hoefel, que tanto me ensinou sobre sonhos, compaixão, empatia, e como exercer tais sentimentos em minha prática diária, assim como Denise Severo. De certo ganhei duas grandes amigas. E falando em amizade, impossível expressar minha gratidão em palavras à Ana Luiza Grisoto e Janaína Sallas. A primeira, companheira de trabalho, sempre me acalmando e me ajudando. A segunda com sua inteligência impressionante e domínio nas pesquisas.

Realmente a vida é muito generosa comigo.

## RESUMO

**Introdução:** Estima-se que existam 272 milhões de migrantes internacionais em todo o mundo. Sabe-se que o processo migratório é um grande potencializador das vulnerabilidades, principalmente quando migrantes e refugiados enfrentam situações de violência, fome e abusos, gerando adoecimentos e a necessidade de acesso garantido aos serviços de saúde. Nesse sentido, os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas são instrumentos fundamentais para a garantia do direito à saúde, pois orientam os serviços a fim de intervir efetivamente nas principais doenças e agravos que acometem este grupo social. Todavia, há lacunas no que se refere ao conhecimento acerca de protocolos, bem como às barreiras de acesso enfrentadas por migrantes e refugiados em nível global. **Objetivo:** mapear sistematicamente os principais protocolos clínicos, diretrizes terapêuticas e barreiras de acesso à saúde dos migrantes e refugiados existentes no âmbito global, além de identificar lacunas de conhecimentos para direcionamento de políticas de saúde. **Métodos:** Foi realizada uma revisão do tipo scoping review, de abordagem quali-quantitativa. Foram identificadas 6.546 publicações na primeira etapa de leitura. Depois de aplicados os critérios de inclusão, a amostra foi composta ao final por 44 artigos científicos, os quais foram analisados por meio de uma análise quali-quantitativa. **Resultados:** Os dados indicam que a maioria dos protocolos existentes se referem às doenças relacionadas à saúde mental, especialmente ao Transtorno do Estresse Pós-Traumático, bem como às doenças infecto-contagiosas, tais como HIV, tuberculose e Hepatite C. Quanto às barreiras de acesso, as mais presentes são relacionadas às dificuldades com a linguagem, as questões culturais, o medo atrelado ao status migratório e as condições financeiras. **Conclusão:** Percebe-se a expressividade do estudo de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas relacionadas às doenças do campo da saúde mental, assim como o maior número de estudos são relacionados a refugiados. O continente norte-americano foi o maior publicador nesta pesquisa, porém com expressividade em relação a protocolos de acesso. As principais barreiras encontradas foram as de linguagem e culturais. Contudo, percebe-se que apesar de acordos internacionais o acesso à saúde por parte desta população não é garantido na maioria dos países.

**Palavras-chave:** Migrante, Acesso aos Serviços de Saúde, Guia de Prática Clínica, Protocolos Clínicos, Barreiras ao Acesso aos Cuidados de Saúde

## ABSTRACT

**Introduction:** It's estimated 272 million international migrants worldwide. It is known that the migratory process is a great potentiator of vulnerabilities, especially when migrants and refugees face situations of violence, hunger and abuse, generating illnesses and the need for guaranteed access to health services. In this sense, clinical protocols and therapeutic guidelines are fundamental instruments for guaranteeing the right to health, as they guide services in order to effectively intervene in the main diseases and injuries that affect this social group. However, there are gaps in knowledge about protocols, as well as access barriers faced by migrants and refugees globally. **Objective:** to systematically map the main clinical protocols, therapeutic guidelines and barriers to access to health of migrants and refugees existing globally, in addition to identifying knowledge gaps for directing health policies. **Methods:** A review of the scoping review type of quali-quantitative approach was performed. A total of 6,546 publications were identified in the first reading stage. After applying the inclusion criteria, the sample was composed at the end of 44 scientific articles, which were analyzed through a quali-quantitative analysis. **Results:** The data indicate that most existing protocols refer to diseases related to mental health, especially post-traumatic stress disorder, as well as infectious diseases, such as HIV, tuberculosis and Hepatitis C. As for access barriers, the most present are related to language difficulties, cultural issues, fear linked to migratory status and financial conditions. **Conclusion:** *The expressiveness of the study of Clinical Protocols and Therapeutic Guidelines related to diseases in the field of mental health is perceived, as well as the largest number of studies are related to refugees. The North American continent was the largest publisher in this research, but with expressiveness in relation to access protocols. The main barriers encountered were language and cultural barriers. However, it is clear that despite international agreements access to health by this population is not guaranteed in most countries.*

**Keywords:** *Migrant, Practice Guideline, Clinical Protocols, Access, Barriers*

## **LISTA DE ABREVIACÕES**

**PCDT** - protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas

**OIM** – Organização Internacional para Migrações

**UNDESA** - Departamento das Nações Unidas para Assuntos Econômicos e Sociais

**ONU** - Organização das Nações Unidas

**TEPT** - transtorno do estresse pós-traumático

**HIV** - vírus da imunodeficiência humana

**TB** - tuberculose

**OMS** - Organização Mundial da Saúde

**SUS** - Sistema Único de Saúde

**CONASS** - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

**ACNUR** - Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados

**OPAS** - Organização Pan-Americana de Saúde

**UE** – União Européia

**OBMigra** - Observatório das Migrações Internacionais

**EUA** – Estados Unidos da América

**DC** - Doença de Chagas

**ODS** - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Agenda 2030

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Descrição do acrônimo da questão da pesquisa. ....	24
Tabela 2 - Fontes de dados e seus links consultados na pesquisa .....	25
Tabela 3 - Estratégias de pesquisas por bases científicas consultadas .....	26
Tabela 4 - Critérios de elegibilidade do estudo.....	28
Tabela 5 - Matriz de extração e sistematização dos artigos incluídos na fase final. ....	13
Tabela 6 - Tipos de migrantes especificados nos artigos incluídos no estudo .....	26
Tabela 7 - Caracterização dos participantes das publicações incluídas na pesquisa e sua quantidade. .....	26
Tabela 8 - Doenças citadas nos artigos incluídos da Revisão de Escopo.....	28
Tabela 9 - Níveis de atenção onde os PCDT estavam inseridos nas publicações incluídas no estudo. .....	30
Tabela 10 - Barreiras de acesso aos serviços de saúde citados nos artigos incluídos na pesquisa....	33

## **LISTA DE GRÁFICOS**

Gráfico 1 - Solicitações de vistos ao Brasil segundo a Polícia Federal brasileira, 2019..... 36

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Os principais corredores de migração internacional, 2019.....	18
Figura 2 - Fluxograma PRISMA do processo de seleção do estudo. ....	31
Figura 3 - Mapa de centróides com graduação dos países das publicações dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas incluídas na pesquisa. ....	27
Figura 4 - Número de PCDT específicos para doenças do campo da saúde mental para refugiados e migrantes em geral em âmbito global. ....	29
Figura 5 - Número de PCDT específicos para doenças infectocontagiosas para refugiados e migrantes em geral em âmbito global.....	30
Figura 6 - Mapa de centróides com graduação referente às publicações dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) quanto aos níveis de atenção (atenção primária, especializada, alta complexidade e protocolos de acesso). ....	32
Figura 7 - Os 20 países maiores destinos (direita) e origem (esquerda) de migrantes internacionais em 2019, por milhões de pessoas. ....	35

## SUMÁRIO

### Sumário

1.	INTRODUÇÃO.....	14
2.	OBJETIVOS .....	16
2.1.	Geral .....	16
2.2.	Específicos .....	17
3.	REVISÃO DA LITERATURA .....	17
4.	METODOLOGIA.....	24
4.1.	Desenho da pesquisa.....	24
4.2.	Pergunta de pesquisa.....	24
4.3.	Fontes de informação.....	25
4.4.	Estratégia de Pesquisa.....	26
4.5.	Seleção dos estudos .....	28
4.5.1.	Critérios de Elegibilidade .....	28
4.5.2.	Extração de dados .....	29
4.5.3.	Síntese dos Dados .....	30
4.5.4.	Financiamento.....	30
4.5.5.	Aspectos éticos .....	30
5.	RESULTADOS .....	30
6.	DISCUSSÃO .....	34
6.1.	Países de Publicação e Fluxo Migratório.....	34
6.2.	Barreiras de Acesso e o Direito à Saúde de Migrantes e Refugiados.....	36
6.3.	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT): Principais Doenças, Características e Relações Com a Migração.....	43
7.	CONCLUSÃO .....	45
8.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	48
	<u>Apêndice A .....</u>	<u>57</u>
	<u>Apêndice B .....</u>	<u>91</u>

## 1. INTRODUÇÃO

As migrações internacionais, atualmente, constituem um espelho das assimetrias das relações socioeconômicas vigentes em nível planetário. São termômetros que apontam as contradições das relações internacionais e da globalização neoliberal (Marinucci e Milesi, 2005).

A crescente importância das migrações internacionais no contexto da globalização tem sido, na verdade, objeto de um número expressivo de contribuições, de caráter teórico e empírico, que atestam sua diversidade, significados e implicações (Patarra, 2005).

As estimativas atuais são de que existem 272 milhões de migrantes internacionais em todo o mundo (ou 3,5% da população mundial). A Índia continuou sendo o maior país de origem de migrantes internacionais com o maior número de migrantes vivendo do exterior de 17,5 milhões, seguida pelo México e pela China (11,8 milhões e 10,7 milhões, respectivamente) (OIM, 2020).

Entre 2010 e 2020, 36 países ou áreas experimentaram uma entrada de mais de 200.000 migrantes; em 14 desses países essa entrada ultrapassou 1 milhão de pessoas na última década. Todos esses estavam entre os países de alta renda ou média-alta renda. Para vários dos principais receptores, incluindo Jordânia, Líbano e Turquia, as grandes entradas de migrantes internacionais foram dominadas por movimentos de refugiados, em particular da Síria (UNDESA, 2019).

A Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, é um documento que foi elaborado por representantes de diferentes países de todas as regiões do mundo e foi proclamada pela Assembleia Geral da ONU em Paris, em 10 de dezembro de 1948. Ela estabelece, pela primeira vez, a proteção universal dos direitos humanos, tendo em vista o contexto político e econômico da pós 2ª Guerra Mundial, com a realidade de campos de concentração, prisioneiros de guerra e um histórico de conflito extremamente desumano.

Em seu artigo 5º, ela cita:

*“Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe, e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle”*

Após 70 anos de criação da Declaração Universal dos Direitos Humanos, o Pacto Global para uma Migração Segura, Ordenada foi assinado em 2018 por mais de 160 países, proporcionando a integração das necessidades desta população em saúde nas políticas nacionais e locais de saúde, fortalecendo as capacidades de prestação de serviços, facilitando e não discriminando o acesso à saúde, reduzindo as barreiras à comunicação, promovendo a saúde dos migrantes e das comunidades em geral. Nele, é reconhecido a necessidade de uma abordagem cooperativa para otimizar os benefícios gerais da migração, além de mitigar seus riscos e desafios para indivíduos e comunidades nos países de origem, de trânsito e de destino. (Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1948; *Global Compact for Refugees*, 2018).

A migração, além de ser um grande desafio político-econômico, também é um grande desafio de saúde pública. No mundo globalizado, as idas e vindas de pessoas além-fronteiras traz o risco para disseminação, aparecimento ou ressurgimento de doenças. A conscientização sobre os tipos de serviços ou procedimentos disponíveis ou como se dá o acesso aos serviços de saúde dessas populações em seu local de destino é comumente desconhecido.

A maioria dos migrantes é saudável e jovem, no entanto, as condições em torno do processo de migração podem aumentar a vulnerabilidade aos problemas de saúde. Isto se agrava nas migrações forçadas e para aqueles que se encontram em situação irregular, como os que migram por meios clandestinos (Padilla, 2013). As experiências vividas aumentam o risco de transtorno do estresse pós-traumático (TEPT), ansiedade e depressão, abuso de substâncias e ideação suicida (Brymer et al., 2008).

Além da vulnerabilidade dos migrantes às doenças, os migrantes apresentam maior incidência de certas doenças infecciosas (Dias e Gonçalves, 2017), como a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e a tuberculose (TB) (Jayaweera, 2011). Outros problemas frequentemente relatados são transtornos mentais comuns, transtorno de estresse pós-traumático, depressão e ansiedade (Rechel, et al, 2013).

No entanto, a forma de acesso à saúde pode ser limitada pelo próprio sistema de saúde ou pela carta de serviços e produtos oferecidos nas unidades de saúde procuradas por essa população. A limitação do acesso à saúde pode ser percebida de diferentes formas e abordagens.

Existem inúmeras ferramentas para a organização de serviços e produtos em saúde e, a criação dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas são um deles. No entanto, esses não estão disponíveis especificamente para a população de migrantes em todos os países. Esses protocolos estabelecem critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde, tratamento preconizado com os medicamentos e demais produtos apropriados, os mecanismos de controle clínico, o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos. A existência de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) específicos levaria em consideração as doenças mais prevalentes que acometem os migrantes, podendo garantir o acesso aos serviços de saúde, por essa população, ao menos para o tratamento de doenças específicas.

No entanto, há uma lacuna de mapeamento sistemático de informações disponíveis na literatura sobre Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) de migrantes e refugiados em todo o mundo, bem como barreiras de acesso aos serviços de saúde existentes, incluindo obstáculos culturais, linguísticos e financeiros. Por estas razões, esta revisão de escopo tem como objetivo mapear e analisar sistematicamente os principais protocolos clínicos, diretrizes terapêuticas e barreiras de acesso aos serviços de saúde existentes para migrantes e refugiados em âmbito global, bem como identificar lacunas no conhecimento para apoiar o desenvolvimento de políticas de saúde.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Geral**

Mapear sistematicamente os principais protocolos clínicos, diretrizes terapêuticas e barreiras de acesso aos serviços de saúde existentes para migrantes e refugiados em âmbito global.

## 2.2. Específicos

- Identificar os principais tipos de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) à saúde dos migrantes e refugiados existentes no âmbito global;
- Descrever os principais Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) por agravo/doença e sua organização quanto ao nível de atenção;
- Identificar a situação dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) aos migrantes/refugiados nos países quanto experimental ou implementados e se estão relacionados às políticas de saúde existentes
- Identificar as principais barreiras de acesso aos serviços de saúde existentes no âmbito global
- Identificar lacunas de conhecimentos para direcionamento de políticas de saúde.

## 3. REVISÃO DA LITERATURA

Considera-se migração o movimento de pessoas, grupos ou povos de um lugar para outro. A migração é um fenômeno antigo e que se repete ao longo da história. Alguns motivos das migrações da atualidade são a globalização, questões demográficas de certos países ou regiões, a violação de direitos, o desemprego, a desorganização das economias tradicionais, as perseguições, a discriminação, a xenofobia e a desigualdade econômica entre os países (IMDH, 2014).

Apesar de não haver um consenso internacional sobre a definição de migrante, podemos considerá-lo como toda a pessoa que se transfere de seu lugar habitual, de sua residência comum para outro lugar, região ou país (ONU, 2015).

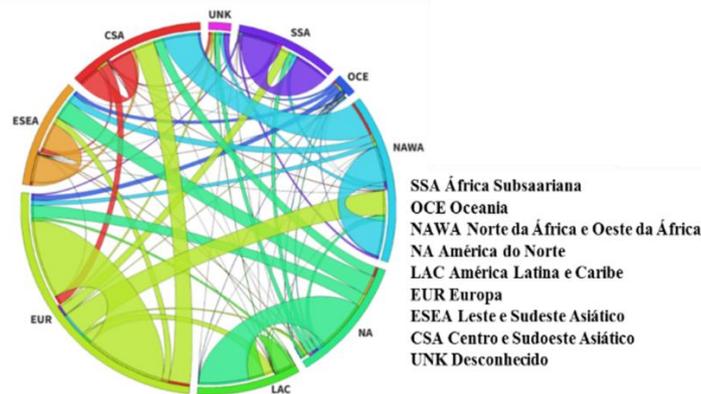
A migração forçada caracteriza-se pelo movimento migratório em que existe um elemento de coação, ameaças à vida ou à sobrevivência, quer tenham origem em causas naturais, causas provocadas pelo homem. Dentro deste conceito, existem os refugiados: as pessoas que receando com razão serem perseguidas em virtude da sua raça, religião, nacionalidade, filiação em certo grupo social ou das suas opiniões políticas, se encontre fora do país de que tem a nacionalidade e não possa ou, em virtude daquele receio, não queira pedir a proteção daquele país (*Convenção relativa ao Estatuto dos Refugiados, art.º 1.º - A, n.º 2, de 1951, com as alterações introduzidas pelo Protocolo de 1967*).

Refugiados são pessoas que estão fora de seus países de origem como consequência de temores de perseguição, conflito, violência ou outras circunstâncias que perturbam seriamente a ordem pública e que, como resultado, necessitam de “proteção internacional” (ONU, 2015). Segundo a legislação brasileira, é, também, considerada refugiada “a pessoa que, devido a grave e generalizada violação de direitos humanos, é obrigada a deixar seu país de nacionalidade para buscar refúgio em outro país” (Lei 9474/97, artigo 1º, inciso III).

Entende-se por fluxo migratório a contagem do número de migrantes que se deslocam ou têm autorização para se deslocar para (ou de) um país a fim de ter acesso a um emprego ou fixar-se durante um determinado período (OIM, 2009).

Com relação aos fluxos migratórios, o corredor migratório Europa - Europa constitui atualmente o maior corredor de migração no mundo, com registros de 41,9 milhões migrantes internacionais. O corredor da América Latina e Caribe – América do Norte foi o segundo maior corredor de migração em 2019, com um quantitativo de 26,6 milhões de migrantes. Além disso, devemos considerar os corredores Centro e Sudoeste Asiático-Europa e Norte, Oeste da África - Europa como outros dois principais corredores de migração com destino à Europa. Além disso, o corredor Centro e Sudoeste Asiático – América do Norte representa um grande fluxo migratório (**Figura 1**) (UNDESA, 2019).

**Figura 1** - Os principais corredores de migração internacional, 2019.



Fonte: UNDESA, 2019. Modificado por Martins, 2020.

No final de 2019, os sírios continuavam sendo a maior população deslocada internacionalmente à força em todo o mundo seguidos pelos venezuelanos. A Turquia recebeu o maior número de pessoas deslocados através das fronteiras, 3,9 milhões, sendo a maioria de refugiados sírios (92%). Em seguida, a Colômbia recebeu quase 1,8 milhões de deslocados Venezuelanos. A Alemanha recebeu o terceiro maior número, quase 1,5 milhão,

com refugiados sírios requerentes de asilo e constituindo o maior grupo (42%). Paquistão e Uganda receberam o 4º e quinto maior número, com cerca de 1,4 milhão cada.

Os fluxos migratórios se apresentam como um desafio para a saúde pública com impactos consequentes tanto nos sistemas de saúde locais quanto na própria vida dos migrantes. Os sistemas de saúde locais estão organizados para atender uma quantidade local de pessoas, e ao receberem um somatório de pessoas, trazendo vulnerabilidades adquiridas pelo seu percurso, não estão preparados para atender tais demandas. Ao mesmo tempo, os migrantes recém-chegados não sabem como, onde e quando acessarem esses sistemas de saúde.

A saúde é um conceito amplo, muito maior que apenas acesso a serviços de saúde. O direito universal à saúde compreende não só políticas de saúde, bem como políticas envolvendo outros setores, como educação e infraestrutura. O direito à saúde vem sendo discutido internacionalmente no século XX a partir da constituição da OMS, passando pela Convenção Internacional dos Direitos Humanos, bem como a Conferência de Alma-Ata e ultrapassando o século XXI pela Agenda 2030 do Desenvolvimento Sustentável. Em todas, o direito à saúde deveria ser garantido independentemente de cor, credo, ou situação de residência.

O acesso aos serviços de saúde é parte do direito fundamental à saúde. Sem o acesso igualitário, não discriminatório e com equidade, torna-se impossível o alcance da saúde, em seu amplo sentido (Badziak e Moura, 2010). O acesso depende da disponibilidade de recursos de saúde e sua capacidade para produzir serviços para a população. (Freno, 2016). Existem diferentes formas de barreiras de acesso aos serviços de saúde existentes, incluindo aspectos culturais, linguísticos e econômicos. (Lamb e Smith, 2002). Além disso, o medo de denúncias por parte de migrantes não documentados é uma barreira de acesso importante a esses serviços, tornando ainda maior a vulnerabilidade dessa população (Cholewinski, 2005; Comiti e Patureau, 2005; FRA, 2011).

Para um fornecimento adequado de saúde, faz-se necessário o conhecimento dos determinantes de saúde dos migrantes e o uso dos sistemas de saúde locais para melhor organização dos mesmos e oferecer um acesso sem obstáculos.

A Constituição da OMS (1946) prevê "... o mais alto padrão de saúde possível como um direito fundamental de todo ser humano". Foi reconhecido internacionalmente em 1948, na Declaração Universal dos Direitos Humanos pela Organização das Nações Unidas (ONU, 1948) que *“todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe, e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados*

*médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle.”*

A ONU, tanto na Convenção de 1951, quanto no Protocolo de 1967 afirma conceitos e direitos humanitários aos imigrantes e principalmente refugiados, sendo todos reafirmados na Declaração de Cartagena em 1984 (ONU, 1984).

O *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights* em sua resolução 2200A (XXI) de 1966, cita no seu artigo 12 (ONU, 1966) que estados partes reconhecem o direito de todos de usufruir do mais alto padrão possível de saúde física e mental e que medidas devem ser adotadas pelos Estados Partes no pacto para alcançar realização desse direito, incluindo as necessárias para a provisão da redução da taxa de natimortos, mortalidade infantil e o desenvolvimento saudável da criança; a melhoria de todos os aspectos da higiene ambiental e industrial; prevenção, tratamento e controle de doenças epidêmicas, endêmicas, ocupacionais e outras; a criação de condições que assegurem a todos os serviços médicos e atenção médica em caso de doença.

Alguns sistemas de saúde podem ser universais, mistos ou totalmente privados. A maioria dos países possui sistemas de saúde mistos ou privados, e estes não especificam o acesso a migrantes ou refugiados. Segundo Frenk (2016) o acesso a esses serviços é visto como a disponibilidade de recursos de saúde que seja alcançável a determinada população.

Em setembro de 2015, representantes dos Estados-membros da ONU se reuniram em Nova York e reconheceram que a erradicação da pobreza em todas as suas formas e dimensões, incluindo a pobreza extrema, é o maior desafio global e um requisito indispensável para o desenvolvimento sustentável. Foi pactuada a Agenda 2030, organizada em 17 objetivos. Em seu 3º objetivo, visa assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos (ONU, 2015).

A Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde, realizada em Alma-Ata, 1978, inicia seu documento enfatizando que a saúde é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer uma ação intersetorial, muito mais amplo que apenas o setor saúde.

Segundo a resolução 13 do 55º Conselho diretor da OPAS (OPAS, 2016), a proteção ao direito à saúde do migrante está estritamente relacionada com acesso universal à saúde, com cobertura plena da população aos serviços de saúde. Para tanto, os Estados-

membros deveriam avançar no sentido de proporcionar aos migrantes acesso aos mesmos serviços de saúde do que aqueles desfrutados por outras pessoas que vivem no mesmo território. Para tanto, os Estados deveriam fortalecer iniciativas para gerar políticas e programas de saúde voltados para diminuir as desigualdades na saúde que afetam migrantes.

Na Declaração de Nova York, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2018) continua a incentivar os Estados a abordarem as vulnerabilidades ao HIV e as necessidades de cuidados de saúde experimentadas por populações migrantes, bem como por refugiados e populações afetadas pela crise econômica mundial, e tomar medidas para reduzir o estigma, discriminação e violência.

O Documento *Orientación sobre Migración y Salud* (OPAS, 2019) foi desenvolvido para servir como um recurso para os Estados Membros enfrentarem os desafios de saúde pública relacionados à migração e os sistemas de saúde, incluindo a promoção e a proteção da saúde dos migrantes durante todo o processo de migração. Tem como objetivo apoiar a integração das necessidades de saúde dos migrantes nas políticas, estratégias e programas nacionais de saúde, não apenas para proteger a saúde de sua população, mas também a da população acolhida.

O plano de ação global “Promoção da saúde de refugiados e migrantes: projeto de plano de ação global, 2019-2023” (OMS, 2019), assinado pelos estados-membros da OMS teve como objetivo reafirmar a saúde como um componente essencial da assistência aos refugiados e da boa governança da migração. O plano aspira melhorar a saúde global por meio de cuidados inclusivos e abrangentes para a saúde e o bem-estar dos refugiados e migrantes, no âmbito dos esforços gerais para atender às necessidades de saúde dessa população específica como um todo em qualquer cenário. Também reconhece que o direito e acesso aos serviços de saúde por parte de refugiados e migrantes variam de país para país e são determinados pela legislação nacional.

O plano recomenda as seguintes prioridades: promover a saúde de refugiados e migrantes através de uma combinação de intervenções de saúde pública de curto e longo prazo; promover a continuidade e a qualidade dos cuidados de saúde essenciais, e desenvolver, fortalecer e aplicar medidas de saúde e segurança ocupacional; promover a incorporação da saúde de refugiados e migrantes em programas globais, regionais e nacionais e a promoção de: políticas de saúde sensíveis às necessidades de refugiados e migrantes e proteção legal e social, saúde e bem-estar de mulheres, crianças e adolescentes que vivem em ambientes de refugiados e migrantes, igualdade de gênero e empoderamento de mulheres e meninas refugiadas e migrantes; e alianças e mecanismos de coordenação e colaboração

intersetorial, internacional e interinstitucional; melhorar a capacidade de abordar os determinantes sociais da saúde e acelerar o progresso para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, em cobertura universal de saúde e fortalecer os sistemas de monitoramento de saúde.

Os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) são considerados diretrizes gerais para o diagnóstico, tratamento, acompanhamento clínico e acompanhamento laboratorial da doença (Ministério da Saúde, 2010). Eles sempre estão relacionados a uma doença ou agravo. Doença é uma enfermidade ou estado clínico, independentemente de origem ou fonte, que represente ou possa representar um dano significativo para os seres humanos. Já o agravo pode ser compreendido como qualquer dano à integridade física, mental e social dos indivíduos provocado por circunstâncias nocivas, como acidentes, intoxicações, abuso de drogas, e lesões auto ou heteroinfligidas (Brasil, 2011).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo e segue seus três princípios: a universalidade, a integralidade e a equidade. Conforme os princípios organizativos do SUS, os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, primária, secundária e terciária, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos e com definição e conhecimento da população a ser atendida. (Ministério da Saúde, 2020)

A Atenção Básica à Saúde é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades (Ministério da Saúde, 2020). Logo, a atenção básica é entendida como o primeiro nível da atenção à saúde no SUS, que se orienta por todos os princípios do sistema, inclusive a integralidade, mas emprega tecnologia de baixa densidade.

A média complexidade é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados. Envolve serviços como cirurgias ambulatoriais especializadas; procedimentos traumato-ortopédico; ações especializadas em odontologia; dentre outros (CONASS, 2007). Já a atenção especializada é o conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo,

objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados. As principais áreas que compõem a alta complexidade do SUS são: assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise); assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular; procedimentos de neurocirurgia; assistência aos pacientes portadores de queimaduras; cirurgia reprodutiva; genética clínica; dentre outras (Ministério da Saúde, 2020).

O direito à saúde advoga critérios socioculturais que contribuam para a saúde de todas as pessoas, incluindo a acessibilidade a serviços de saúde. Este acesso organizado conforme a equidade é parte fundamental para que seja garantido o direito universal à saúde. Assim sendo, a conquista do direito à saúde está intimamente ligada à de outros direitos humanos, incluindo a não discriminação, acesso à informação e participação nas decisões, entre outros (Cespe, 2017). O medo de denúncias por parte de migrantes não documentados é uma barreira de acesso importante a esses serviços, tornando ainda maior a vulnerabilidade dessa população (Cholewinski, 2005; Comiti e Patureau, 2005; FRA, 2011)

A Constituição Brasileira, em seu artigo 5º, estabelece a igualdade jurídica entre brasileiros e estrangeiros residentes no país, o que garante o acesso às políticas públicas de saúde também aos imigrantes; porém, muitos fatores interferem ao longo do percurso entre os sujeitos e os serviços de saúde. Apesar disso, algumas barreiras citadas na literatura são o status migratório, relatado no acesso à atenção primária à saúde, a dificuldade linguística e de comunicação, além de relatos de racismo pelos usuários indígenas (Guerra e Ventura, 2017; Santos, 2016).

Os conceitos trazidos nessa pesquisa fundamentam a necessidade de explorar novos horizontes no sentido de uma atenção integral e acessível a uma população vulnerável. A identificação de iniciativas propostas a essa população é fundamental para apoiar na revisão de políticas de saúde ainda em construção e que possamos entender os principais agravos/doenças associados ao processo de migração e como os países implementaram seja de forma temporária ou permanente os PDCT específicos de forma a contribuir com a melhora da atenção à saúde dessas populações. O entendimento das barreiras de acesso à saúde é primordial para que as novas orientações políticas possam caminhar no desenho de políticas de saúde e sociais, a depender dos países, mais equitativas, integrais e transversais.

## 4. METODOLOGIA

### 4.1. Desenho da pesquisa

Trata-se de uma revisão do tipo "scoping review" que adotou o método Arksey e O'Malley, 2005 e Levac; Colquhoun e O'Brien, 2010, e atualização por Peters Godfrey McInerney et al, 2017 e além das diretrizes da lista de verificação PRISMA-ScR (Tricco e Andrea et al, 2015). O estudo foi registrado no acesso aberto de protocolos de revisão sistemática sobre tópicos relacionados à saúde, PROSPERO, sob número "CRD42020151114".

### 4.2. Pergunta de pesquisa

Na Tabela 1 apresenta-se a estrutura adotada pelo o acrônimo "PCC" sendo o "P" corresponde a população envolvida no estudo, o primeiro "C" apresenta os conceitos adotados pelos autores e o segundo "C" define o contexto priorizado, que resultaram na estruturação da seguinte questão da pesquisa "Quais são os principais protocolos e diretrizes clínicas e terapêuticas para a saúde de migrantes e refugiados e suas principais barreiras ao acesso aos serviços de saúde no âmbito global?". Foram ainda estabelecidas perguntas secundárias de forma a garantir o alcance dos objetivos estabelecidos, os quais foram:

Quem são os migrantes e refugiados (documentados/não documentados)?

Quais são os principais agravos e doenças envolvidos?

Quais são níveis de atenção à saúde existentes?

**Tabela 1** - Descrição do acrônimo da questão da pesquisa.

Acrônimo	Descrição
População	Migrantes ou refugiados
Conceito	Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas (a) Barreiras de acesso aos serviços de saúde (b)
Contexto	Âmbito global

### 4.3. Fontes de informação

Adotou-se 10 bases científicas de referência na área da saúde e ciências sociais. As seguintes bases foram utilizadas no estudo: Pubmed (por Medline), JSTOR, Scopus, APA Psycnet, PMC, Scielo, Science Direct, Taylor & Francis on-line, SocINDEX, SAGE e "Nice Evidence" (**Tabela 2**). Além disso, foram consultados websites de órgãos internacionais como ACNUR, OIM, OPAS e OMS.

**Tabela 2** - Fontes de dados e seus links consultados na pesquisa

Bases	Link
PubMed	<a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed</a>
Jstor	<a href="https://www.jstor.org/">https://www.jstor.org/</a>
Scopus	<a href="https://www-scopus.ez1.periodicos.capes.gov.br/home.uri?zone=header&amp;origin=searchbasic">https://www-scopus.ez1.periodicos.capes.gov.br/home.uri?zone=header&amp;origin=searchbasic</a>
APA Psycnet	<a href="https://psycnet.apa.org/">https://psycnet.apa.org/</a>
PMC	<a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/</a>
SCIELO	<a href="http://scielo.org">scielo.org</a>
ScienceDirect	<a href="https://www-sciencedirect.ez1.periodicos.capes.gov.br/">https://www-sciencedirect.ez1.periodicos.capes.gov.br/</a>
Taylor & Francis Online	<a href="https://www.tandfonline.com/pb-assets/Global/tfo_logo-1444989687640.png">https://www.tandfonline.com/pb-assets/Global/tfo_logo-1444989687640.png</a>
SocINDEX	<a href="http://if.ebsco-content.com/interfacefiles/17.115.0.2405/ehost/logoEhost.gif">http://if.ebsco-content.com/interfacefiles/17.115.0.2405/ehost/logoEhost.gif</a>
SAGE	<a href="https://journals.sagepub.com">https://journals.sagepub.com</a>
Nice Evidence	<a href="https://www.nice.org.uk/">https://www.nice.org.uk/</a>
OMS	<a href="https://www.who.int/">https://www.who.int/</a>
OPAS	<a href="https://www.paho.org/">https://www.paho.org/</a>

IOM	<a href="https://www.iom.int/">https://www.iom.int/</a>
ACNUR	<a href="https://www.acnur.org/portugues/">https://www.acnur.org/portugues/</a>

#### 4.4. Estratégia de Pesquisa

Para a definição da estratégia da pesquisa foram utilizados os descritores de saúde do DeCS e MeSH. Os descritores utilizados foram: *migrant, refugee, guidelines as topic, clinical protocols, health, diagnostics, therapeutics, treatment, access e barriers*.

As estratégias de busca foram definidas através da combinação dos descritores de saúde na Pubmed (Medline) (ti ((migrante \* OU refugiados \*) e ("orientações" ou "protocolos clínicos" ou "saúde" ou "diagnósticos" OU "terapêutica" OU "tratamento")) E ((acesso ou barreiras))) e foi adaptada conforme as fontes científicas (Tabela 3).

**Tabela 3** - Estratégias de pesquisas por bases científicas consultadas

Base	Estratégia
PubMed	((migrant*[ti] OR refugee*[ti] AND ("guidelines as topic"[mesh] OR "clinical protocols"[mesh] OR "health"[mesh] OR "diagnostics"[mesh] OR "therapeutics"[mesh] OR "treatment") AND (access OR barriers))
jstor	(ti:((migrant* OR refugee*) AND ("guidelines" OR "clinical protocols" OR "health" OR "diagnostics" OR "therapeutics" OR "treatment"))) AND ((access OR barriers)))
Scopus	( TITLE ("migrant*" OR "refugee*" AND "guidelines" OR "clinical protocols" OR "health" OR "diagnostics" OR "therapeutics" OR "treatment" ) AND ALL ( access OR barriers ) )
APA Psycnet	Title: "migrant*" OR Title: "refugee*" AND Title: "guidelines" OR Title: "clinical protocols" OR Title: "health" OR Title: "diagnostics" OR Title: "therapeutics" OR Title: "treatment" AND Any Field: access OR Any Field: barriers

PMC	(migrant*[ti] OR refugee*[ti]) AND ("guidelines as topic"[mesh] OR "clinical protocols"[mesh] OR "health"[mesh] OR "diagnostics"[mesh] OR "therapeutics"[mesh] OR "treatment") AND (access OR barriers)
SCIELO	(ti:( "migrant*" OR "refugee*" AND "guidelines" OR "clinical protocols" OR "health" OR "diagnostics" OR "therapeutics" OR "treatment")) AND (access OR barriers)
ScienceDirect	ti(("migrant*" OR "refugee*" AND "guidelines" OR "clinical protocols" OR "health" OR "diagnostics" OR "therapeutics" OR "treatment") AND (access OR barriers)
Taylor & Francis Online	[[Publication Title: migrant] OR [Publication Title: refugee]] AND [[Publication Title: "guideline"] OR [Publication Title: "clinical protocols"] OR [Publication Title: "health"] OR [Publication Title: "diagnostics"] OR [Publication Title: "therapeutics"] OR [Publication Title: "treatment"]] AND [[All: access] OR [All: barriers]]
SocINDEX	TI ("migrant*" OR "refugee*" AND guidelines" OR "clinical protocols" OR "health" OR "diagnostics" OR "therapeutics" OR "treatment") AND TX (access OR barriers)
SAGE	[[Title "migrant*"] OR [Title "refugee*"]] AND [[Title "guidelines"] OR [Title "clinical protocols"] OR [Title "health"] OR [Title "diagnostics"] OR [Title "therapeutics"] OR [Title "treatment"]] AND [[All access] OR [All barriers]]
Nice evidence	(title:( "migrant*" OR "refugee*" AND "guidelines" OR "clinical protocols" OR "health" OR "diagnostics" OR "therapeutics" OR "treatment" )) AND (access OR barriers)

## 4.5. Seleção dos estudos

### 4.5.1. Critérios de Elegibilidade

Foram definidos critérios de inclusão identificar o maior número de estudos, sem restrição de tipos ou desenhos de pesquisas ou tipo de intervenção, entretanto a condição de interesse deve estar direcionado à protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas à saúde, que apresentem práticas de prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças/agravos (a) e as barreiras de acesso aos serviços de saúde existentes, incluindo aspectos culturais, linguagem e financeiras (b) para os migrantes ou refugiados documentados ou não e que estejam nos idiomas de publicação em português, espanhol, inglês e francês. Foram incluídas publicações com data data entre 1 de janeiro de 2008 a 31 de janeiro de 2019, pois as mesmas refletem a crise econômica financeira mundial, desencadeando o atual momento migratório. Os estudos que abordem de saúde bucal e/ou saúde nutricional dos migrantes e refugiados publicados ou publicações ou recomendações em versões em rascunho foram excluídos (Tabela 4)

**Tabela 4** - Critérios de elegibilidade do estudo

Tópico	Critérios	
	Inclusão	Exclusão
Tipos de estudos	Literatura publicada, estudos de pesquisa quantitativos ou qualitativos, desde de revisões sistemáticas a opinião de especialistas; guias; regulamentações e boletins que abordem, conceituem, discutam as principais protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas à saúde, que apresentem práticas de prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças/agravos (a) e as barreiras de acesso aos serviços de saúde existentes, incluindo aspectos culturais, linguagem e financeiras (b) para os migrantes ou refugiados documentados ou não.	Quaisquer publicações que contenham protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas ou práticas de saúde bucal e/ou saúde nutricional dos migrantes e refugiados publicados. As versões em rascunho.

Tipos de participantes	Migrantes internacionais ou refugiados documentados ou não, sem restrição de sexo, idade, origem ou etnia/raça.	Fuga de cérebro Migração interna
Idioma de publicação	Português, espanhol, inglês e francês.	Estudos que sejam de idiomas diferentes do português, espanhol, inglês e francês;
Data de publicação	1 de janeiro de 2008 - 31 de Janeiro de 2019	. Quaisquer publicações que tratem de fluxos migratórios anteriores a 2008

A recuperação das estratégias de pesquisa foi consolidada no Excel Microsoft 2013 para apoiar na análise de duplicidade, além de incluir o gerenciador bibliográfico Mendeley. Após a retirada de duplicidade foi realizada leitura dos títulos e resumos considerando os critérios de inclusão e exclusão, com dois revisores em pares. A concordância entre os revisores será medida usando a estatística Cohen Kappa e concordância de 0,85 ou superior. Se houver algum desacordo entre os revisores nesse processo, um terceiro revisor, sênior na temática foi consultado. A leitura completa dos artigos elegíveis foi realizada em pares de forma a minimizar possíveis vieses do estudo e os motivos de exclusão foram consolidados.

#### 4.5.2. Extração de dados

Os dados foram sistematizados em matriz de extração contendo a identificação por autor, ano, título, objetivo, tipo de estudos, países, descrição da população (idade, sexo, raça, migrantes ou refugiados), estágio (imigração, cobertura pública ou privada), tipo de estudo, característica da população estudada, Tipo de Agravo/ Doença, Nível de Atenção relacionado ao PCDT (Básica, Média Complexidade, Alta Complexidade ou Protocolo de Acesso), Tipo específico de população (migrantes documentados/não, refugiados), PCDT citado, barreiras de acesso aos serviços de saúde citadas, Se PCDT é implementado ou experimental, Se o PCDT tem relação com alguma política pública para esta população específica, indicador (acesso, viabilidade, adequação, barreiras, eficácia, custo), implementação estratégica, além de descrever as principais limitações dos estudos. Os dados foram consolidados em Excel Microsoft 2013 e o adotou-se o fluxograma de itens de relatório preferenciais para revisões sistemáticas e meta-análises (PRISMA) documentará todo o processo.

#### **4.5.3. Síntese dos Dados**

A análise foi conduzida pelo pesquisador e sintetizada em abordagens quantitativas e qualitativas.

Na análise quantitativa, foi realizada uma análise descritiva onde foram expressos números absolutos, frequência, proporção para a distribuição no tempo (ano), na pessoa (descrição da população (idade, sexo, raça, migrantes ou refugiados), estágio (imigração, cobertura pública ou privada) e local (países), tipos de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas disponíveis, tipos de doenças ou eventos de saúde (diagnóstico, tratamento, tipo de serviços), nível de atenção.

Na abordagem qualitativa foi adotado a análise de conteúdo buscando aprofundar a compreensão acerca dos protocolos, diretrizes e barreiras de acesso, a fim de verificar em que medida eles favorecem ou não a garantia do direito à saúde dos migrantes e refugiados.

Os estudos incluídos foram sintetizados, avaliados e discutidos entre as pesquisadoras. Para a análise quantitativa utilizou-se o Excel 2013 para tabulação dos dados.

#### **4.5.4. Financiamento**

Não houve.

#### **4.5.5. Aspectos éticos**

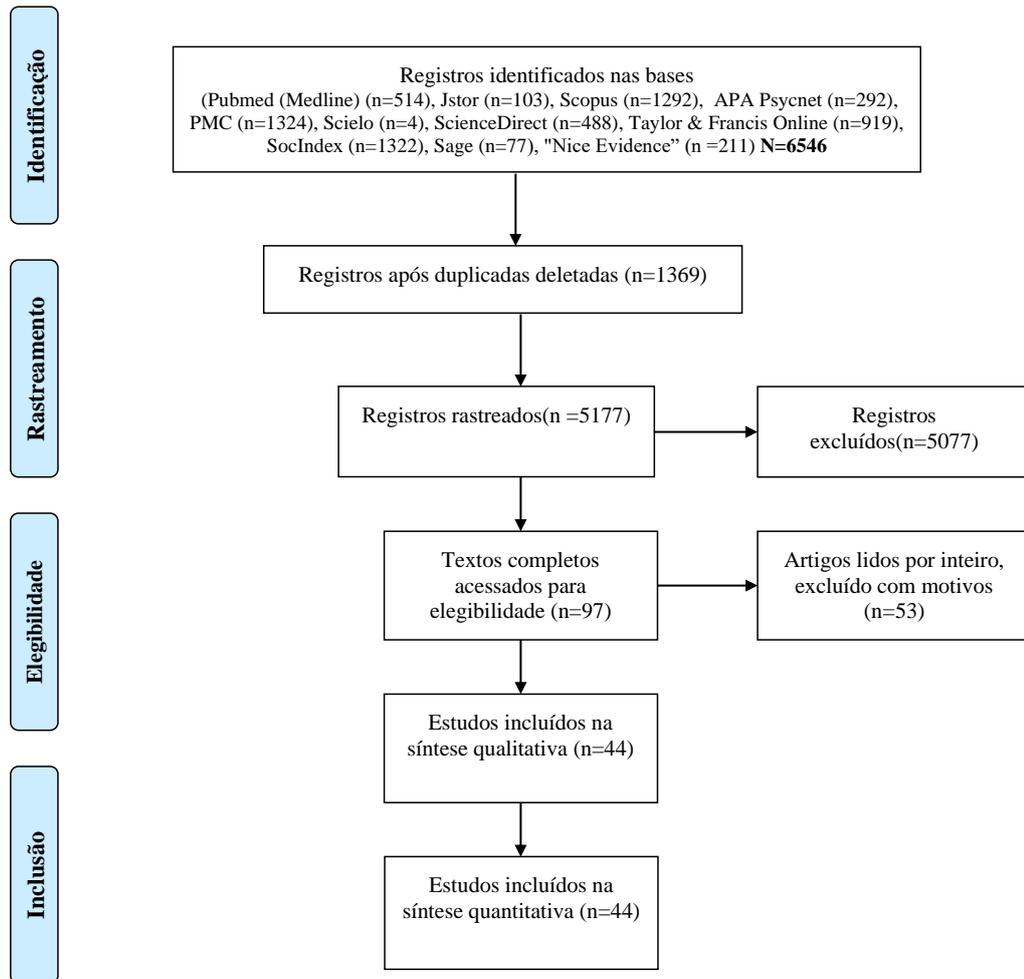
Por se tratar de um estudo com base em dados secundários, não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Brasília (UnB).

### **5. RESULTADOS**

Inicialmente, foram recuperadas 6.546 publicações, após a análise de duplicidade resultaram 5.177 publicações para a 1ª leitura de título e resumo, em pares, com o Cohen Kappa em concordância de 0,85 e superior. Após a etapa de rastreamento foram excluídas 5.077 publicações por não se enquadrarem nos critérios de elegibilidade e foram elegíveis 97

publicações para a fase de leitura completa. Após a leitura completa 44 publicações foram incluídas no estudo (**Figura 2**).

**Figura 2** - Fluxograma PRISMA do processo de seleção do estudo.



*From:* Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS With 6(6): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

Na segunda etapa de leitura completa dos estudos identificados, foram incluídos 44 artigos científicos. Esses artigos foram sistematizados através de uma matriz construída a partir dos objetivos da pesquisa, proporcionando a sistematização dos achados (**tabela 5; Apêndice A**).

**Tabela 5** - Matriz de extração e sistematização dos artigos incluídos na fase final.

<b>Pimeiro Autor</b>	<b>Ano</b>	<b>País de realização do estudo</b>	<b>Detalhes de Participantes</b>	<b>Agravos/Doenças relacionadas ao PCDT</b>	<b>Qual PCDT citado</b>	<b>PCDT implementado ou experimental</b>
Carannante, N	2018	Itália	Paciente adulto, sexo masculino	Celulite ulcerosa em perna esquerda	Ceftazidima / avibactam, meropenem e fosfomicina, intravenoso por 10 dias	Implementado
Rutta, E	2008	Tanzânia	Paciente gestante mulher adulta, recém nascidos filhos de paciente HIV positivo, n= 10666 gestantes, n= 301 gestantes hiV positivas, n= 184 recém nascidos	HIV	Toda paciente gestante é encaminhada ao aconselhamento pré-natal, onde se oferece o teste rápido de HIV. Se o teste rápido for positivo, as gestantes são orientadas a usarem Nevirapina 200mg a partir das 34 semanas de gravidez e no início do trabalho de parto. São estimuladas a realizarem os partos no hospital. Após o nascimento, os recém-nascidos devem ingerir xarope de Nevirapina (2 mg / kg dose única) dentro de 8 horas após o nascimento.	Implementado
Hein, K	2018	Myanmar	Pacientes adultos e crianças, ambos os sexos, n=964	Malária	Diagnóstico: teste rápido para malária (SD-Bioline malaria Ag P.f/P.v combo 25). Tratamento: Artemisinina	Implementado
Bolton, P	2014	Thailandia	Pacientes Adultos, n=347	Depressão moderada e severa, transtorno do estresse pós-traumático	Diagnóstico para depressão moderada ou severa e transtorno pós-traumático através do Hopkins Symptom Checklist -25 e o Harvard Trauma Questionnaire. Tratamento CETA (abordagem de tratamento transdiagnóstico). CETA + SBI (screening brief intervention) para abuso de álcool, ambos associados à modificações conforme necessidade cultural.	Experimental
Pease, M	2009	Estados Unidos da América		transtorno do estresse pós-traumático	Diagnóstico: DSM-IVTR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IVTR) Tratamento: Acupuntura personalizada conforme necessidade.	Implementado

Brymer, M	2008	Estados Unidos da América	Crianças	Transtorno do estresse pós-traumático	Diagnóstico: <i>Rapid Assessment of Mental Health Needs of Refugees, Displaced and Other Populations Affected by Conflict and Post-Conflict Situations</i> (Rápida Avaliação das necessidades de saúde mental de refugiados, deslocados e outras populações Afetados por situações de conflito e pós-conflito) Tratamento: PFA (Psychological First Aid) e SPR (Skills for Psychological Recovery)	Implementado
Ugurlu, N	2016	Turquia	Crianças sírias de 7 a 12 anos (29 F, 34 M), n= 63	Transtorno do estresse pós-traumático, depressão e ansiedade	Diagnóstico: The Stressful Life Events (SLE) Questionnaire para TEPT, Child Depression Inventory (CDI) para depressão, State-Trait Anxiety Scale para ansiedade e UCLA Post-Traumatic Stress Disorder (UCLA PTSD) INDEX for DSM-IV (versão para os pais). Tratamento: arteterapia incluindo terapia de arte visual, dançaterapia e musicoterapia, associada a SPR (Skills for Psychological Recovery)	Implementado
Claus, PE	2018	França	Paciente feminina, 65 anos, n=1	Ascaridíase	Diagnóstico: Colonoscopia Tratamento: Mebendazol 100mg 2x ao dia por 3 dias	Implementado
Mcgreedy, R	2014	Mianmar e Tailândia	Pacientes gestantes, idade entre 14 e 48 anos, n= 3592	HIV e Sífilis	Diagnóstico: HIV por teste rápido. Se positivo, teste sorológico como confirmatório. Sífilis por VDRL. Se positivo, TPHA como teste confirmatório. Tratamento: HIV com A terapia ARV foi GPO-vir® (uma combinação de Stavudine (D4T) 30 mg, Lamivudine (3TC) 150 mg e Nevirapina (NVP) 200 mg) um comprimido duas vezes ao dia, para pacientes com baixa contagem de CD4 (<350 / mm <sup>3</sup> ); e para apresentação tardia da gravidez (34 semanas ou mais) ou CD4 (≥350 / mm <sup>3</sup> ) e depois zidovudina (AZT) 300 mg e Lamivudina (3TC) 150 mg como uma combinação comprimido (ZilarVir) e Efavirenz (EFV) 600 mg, tomados em dose única uma vez ao dia. A terapia Sífilis foi penicilina benzatina G 2,4 milhões de unidades por injeção intramuscular.	Implementado

Akinsulur e-Smith, AM	2009	Estados Unidos da América	Pacientes adolescentes e adultos jovens, 14 a 23 anos, n=7, ambos os sexos	Transtorno do Estresse pós-traumático	Diagnóstico por entrevista semiestruturada realizada individualmente buscando sintomas relacionados ao TEPT. Tratamento Tratamento em grupo psicoeducativo proporcionar estabilização emocional e comportamental e alívio dos sintomas através da educação em trauma e gerenciamento do estresse com treinamento de habilidades, em grupos fechados, com sessões de 60 minutos semanais por 7 semanas.	Implementado
Monge-Maillo, B	2017	Europa	Sem definição	Doença de Chagas	Diagnostico: por dois testes sorológicos positivos que use antígenos de parasitas diferentes. Além disso, testes não parasitológicos complementares devem ser realizados em pacientes com doença de Chagas para determinar a presença de visceral envolvimento. Tratamento: benznidazol e nifurtimox	Implementado
Cuenca-Gómez, JA	2018	Espanha	Pacientes adultos, n=28, ambos os sexos	Hepatite B genótipo E	As amostras de soro foram avaliadas quanto à presença de HBsAg, anti-HBc e anti-HBs. Quando o HBsAg foi detectado, o HBeAg e o anti-HBe. Pacientes com transaminases hepáticas normais e carga viral abaixo de 200UI/mL são caracterizados como portadores crônicos inativos. Os demais pacientes com positividade para HBsAg foram classificados como hepatite crônica HBeAg positiva (HBeAg positiva, anti-HBe negativa) ou hepatite crônica HBeAg negativa (HBeAg negativa, anti-HBe positiva). Em pacientes HBsAg-positivos, a a quantificação do DNA-HBV foi realizada por PCR em tempo real, com um limite de detecção de 10 UI ml. O genótipo do HBV foi determinado por amplificação parcial e sequenciação do gene codificador do HBsAg. Tratamento: tenofovir ou entecavir a critério do médico responsável pela paciente, exceto na presença de insuficiência renal, onde foi utilizado entecavir. Pelo contrário, todas as mulheres em idade fértil foram tratadas com tenofovir.	Implementado

Morina, N	2012	Suiça	Pacientes adultos, n= 18, ambos os sexos	Transtorno do estresse pós-traumático e dor crônica	Diagnósticos do DSM-IV para dor crônica (excluindo dor neuropática) e TEPT. Tratamento: Foram combinadas duas técnicas (biofeedback-based cognitive behavioural intervention – BF e	Experimental
Heide, F	2016	Holanda	Pacientes sem distinção de idade, ambos os sexos	Transtorno do estresse pós-traumático e dor crônica	Diagnóstico: DSM-V Tratamento: Tratamento em fases (primeira fase que foca na segurança, redução de sintomas e treinamento de habilidades; uma segunda fase que se concentra no processamento de recordações traumáticas e uma terceira fase que se concentra na social e reintegração psicológica) e tratamento focado no trauma	Implementado
tHassan, A	2019	Estados Unidos da América	Pacientes crianças e adultos, ambos os sexos	Depressão, transtorno do pânico, transtorno do estresse pós-traumático, esquizofrenia e bulimia nervosa	Diagnóstico: DSM-IV Tratamento: Telepsiquiatria (tratamento através de vídeo conferência)	Experimental

Pottie, K	2011	Canada	Pacientes todas as idades, ambos os sexos	Hepatite B, Hepatite C, Anemia Ferropriva, Esquistossomose, Estrongiloidíase, Tuberculose, Depressão, Distúrbio Visual	Hepatite B – Diagnóstico: teste sorológico para Hepatite B. Tratamento: se positivo, encaminhar para hepatologista para tratamento com anti-virais. Hepatite C – Diagnóstico: teste sorológico para Hepatite C. Tratamento: se positivo, encaminhar para hepatologista (interferon e ribavirina). Tuberculose - Diagnóstico: teste tuberculínico. Tratamento: se latente, isoniazida. Estrongiloidíase - Diagnóstico: teste sorológico específico e microscopia das fezes. Tratamento: ivermectina. Esquistossomose - Diagnóstico: teste sorológico específico e microscopia das fezes. Tratamento: praziquantel. Depressão – Diagnóstico PHQ-9. Tratamento: Encaminhamento ao serviço de saúde mental. Anemia Ferropriva – Diagnóstico: dosagem de hemoglobina. Tratamento: suplementação de ferro. Distúrbio Visual – Diagnóstico: exame visual <6/12. Tratamento: encaminhar ao oftalmologista ou optometrista. HIV - Tratamento: Sorologia para HIV 1 e 2. Tratamento: terapia associada com 2 ou 3 antirretrovirais. T	Implementado
Grasser, L	2018	Estados Unidos da América	Pacientes acima de 7 anos, n= 12, ambos os sexos	Trauma e estresse	Diagnóstico: Níveis de cortisol e marcadores de inflamação Proteína C-Reativa, IL-1 e IL-6 e TNF alfa Tratamento: Sessões semanais (12) de 90 minutos em DMT (terapia de dança / movimento) ou arte (crianças 7-17), yoga consciente (mulheres acima de 18 anos) ou treinamento HIIT (homens 18+)	Experimental

Ünlü, B	2010	Holanda	Pacientes adultos, ambos os sexos, n=200	Depressão, Ansiedade, Somatização e dificuldade de Acluturação	Diagnóstico: Depressão – CES-D (Center for Epidemiologic Depression Scale) (CES-D). Ansiedade – HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale). Somatização – SOM (The Somatization subscale on the Symptom). Acluturação – LAS (The Lowlands Acculturation Scale) Checklist-90-Revised (SCL-90-R). Qualidade de vida – EQ5D (EuroQol Questionnaire) e Satisfação – Likert scale Tratamento: AOC-TR Alles Onder Controle (AOC). Tatamento web guiado em versão culturalmente adaptada, com base nas necessidades da População turca disponível em holandês e em Turco.	Experimental
Rossi, C	2013	Canadá	Pacientes todas as idades, ambos os sexos, n=250.000 (número hipotético)	Hepatite B	Diagnóstico: testes anti-HBs e HBsAg. Tratamento: para os que apresentarem HBsAg, será oferecido tratamento com um análogo de nucleosídeo de primeira linha.	Implementado
Mitchell, T	2018	Thailândia e Birmânia	Pacientes com idade maior ou igual a 15 anos, ambos os sexos, n=2004	Anemia, Parasitose e Hepatite B	Diagnóstico: Anemia - contagem de células sanguíneas. Parasitose - PCR (reação de cadeia polimerase) nas no exame de fezes com pesquisa para <i>Strongyloides</i> , <i>Ascaris</i> , <i>Giardia</i> , <i>Hookwormspp</i> , <i>Trichuris</i> e <i>Criptosporidiu</i> , <i>Strongyloides</i> , <i>Ascaris</i> , <i>Giardia</i> , <i>Hookwormspp</i> , <i>Trichuris</i> e <i>Crptosporidium</i> , Hepatite B - teste rápido para detecção de HBsAg. Tratamento: Anemia - tratamento com suplementação de ferro ou multivitamínicos associado ao ferro, Parasitose - Albendazol e Ivermectina, Hepatite B - encaminhamento para nível de atenção terciário.	Implementado

Schock, K	2016	Alemanha	Pacientes de ambos os sexos, sem especificação de idade, n=94	Eventos traumáticos, ansiedade, depressão e TEPT	Diagnóstico: posttraumatic stress symptoms (PTS), Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS), anxiety, and depression (Hopkins Symptom Checklist (HSCL-25). Tratamento: tratamento multimodal, incluindo psicoterapia (ou seja, intervenções psicoeducacionais, focadas em traumas ecléticos e intervenções orientadas a recursos), bem como intervenções médicas e apoio de assistentes sociais	Implementado
Walters, JK	2016	Estados Unidos da América	Pacientes entre 5 e 50 anos, ambos os sexos, n= 2244	Tuberculose	Diagnóstico: teste tuberculínico ou Ensaio de liberação de interferon-gama (IGRA). Tratamento: Rifampicina por 6 a 9 meses ou Isoniazida (INH) por 4 a 6 meses, dependendo da idade.	Experimental
Ince, BU	2013	Holanda	Pacientes maiores de 18 anos, ambos os sexos, n= 96	Depressão	Diagnóstico: Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), risco de suicídio pelo Beck Depression Inventory II (BDI-II) e Mini-international Neuropsychiatric Interview (MINI) Tratamento: intervenção de resolução de problemas auto-guiada, adaptada a uma abordagem culturalmente sensível (AOC-TR - Alles Onder Controle), realizadas em 5 sessões por 5 semanas.	Experimental
Mendelsohn, JB	2014	Malasia	Pacientes maiores de 18 anos, ambos os sexos, n= 153	HIV	Diagnóstico: Sorológico, e dosagem de carga viral para acompanhamento. Tratamento: Terapia antiretroviral de primeira linha (stavudina, lamivudina e nevirapina) ou segunda linha (efavirenz, lopinovir/ritonavir)	Implementado

Mendelsohn, JB	2017	Quênia	Pacientes adultos, ambos os sexos, n=154	HIV	Diagnóstico: As concentrações de RNA-1 do HIV foram medidas usando manchas de sangue seco coletadas em Papel de filtro Whatman 903. Se o paciente já estiver em tratamento e após 6 meses apresentar número de cópias virais $\geq 5000$ cópias/mL, eram realizados testes para avaliar resistência viral aos antirretrovirais (Analisador Genético ABI Prism 3130xl (Applied Biosystems, Foster City, CA, EUA), usando o HIV-1 HXB2 como a sequência de referência [13]. Protease (PR) e reverso fragmentos de transcriptase (RT) Tratamento: Os regimes de primeira linha consistiam dois inibidores de transcriptase reversa nucleosídeo (NRTIs), geralmente lamivudina com zidovudina, estavudina ou tenofovir, combinado com uma reversão não nucleosídica inibidor da transcriptase (NNRTI), como nevirapina ou efavirenz, administrado duas vezes ao dia.	Implementado
Small, E	2016	Estados Unidos da América	Pacientes adultos, ambos os sexos, n=132	TEPT, depressão e ansiedade	Diagnóstico: Post-Traumatic Stress Disorder Checklist-Civilian (PCL-C) para TEPT, Patient Health Questionnaire-Somatic, Anxiety and Depressive Symptoms Scale (PHQ-SADS) para ansiedade e depressão e Medical Outcomes Study Social Support Scale (MOSSSS) para suporte social. Tratamento: aconselhamento em consultório (treatment as usual - TAU), aconselhamento domiciliar (HBC) e um serviço psicopedagógico comunitário em grupo (CPG) por 8 semanas	Implementado
Beck, BD	2018	Dinamarca	Pacientes adultos, ambos os sexos, n=70	TEPT, Modificação duradoura da personalidade após uma experiência catastrófica e TEPT associado a Distúrbios de extrema angústia não	Diagnóstico: Harvard Trauma Questionnaire. Tratamento: Trauma- focused Music and Imagery (TMI) em 16 sessões	Experimental

				especificada de outra forma		
Loutet, MG	2018	Inglaterra	Pacientes com idade $\geq 16$ anos, ambos os sexos, n= 5591	Tuberculose	Diagnóstico: IGRA Tratamento: Rifampicina e Isoniazida por 3 meses.	Implementado
Saroufim, M	2014	Líbano	n= 1275	Leishmaniose	Diagnóstico: microscopia de fragmento das lesões. Tratamento: antimoniato de meglamina. Acompanhamento com dosagem de creatinina, função hepática e eletrocardiograma a cada 2 semanas.	Implementado
Stauffer, WM	2013	Estados Unidos da América	Pacientes ambos os sexos, todas as idades	Ascaridíase, Estrongiloidíase e Esquistossomose	Diagnóstico: teste sorológico específico e pesquisa de ovos nas fezes. Tratamento: Refugiados da Ásia, Centro-Leste e Norte da África, América Latina e Caribe: Albendazol 400mg dose única (helmintos transmitidos pelo solo), Ivermectina 200mcg/Kg/dia 1x dia por 2 dias (Estrongiloidíase). África Sub-saariana, área não Loa-loa endêmica: Albendazol 400mg dose única (helmintos transmitidos pelo solo), Ivermectina 200mcg/Kg/dia 1x dia por 2 dias (Estrongiloidíase), Praziquantel 40mg/Kg (pode ser dado em 2 doses para melhor tolerância) (Esquistossomose). África Sub-saariana, área Loa-loa endêmica: Albendazol 400mg dose única (helmintos transmitidos pelo solo), Ivermectina 200mcg/Kg/dia 1x dia por 2 dias (apenas se Loa-loa descartado) (Estrongiloidíase). Se Loa-loa não for descartado, usar Albendazol (400mg 2x dia por 7 dias), Praziquantel 40mg/Kg (pode ser dado em 2 doses para melhor tolerância) (Esquistossomose). Mulheres grávidas - Refugiados da Ásia, Centro-Leste e Norte da África, América Latina e Caribe: Albendazol 400mg dose única (se 2º ou 3º trimestre de gestação, no 1º não oferecer) (helmintos	Implementado

					<p>transmitidos pelo solo). África Sub-saariana: Albendazol 400mg dose única (se 2º ou 3º trimestre de gestação, no 1º não oferecer) (helmintos transmitidos pelo solo), e Praziquantel 40mg/Kg (pode ser dado em 2 doses para melhor tolerância) (Esquistossomose). Crianças -Refugiados da Ásia, Centro-Leste e Norte da África, América Latina e Caribe 12 a 23 meses: Albendazol 200mg dose única. Contra-indicado para menores de 12 meses (helmintos transmitidos pelo solo). Ivermectina 200 µg / kg / dia por via oral uma vez por dia durante 2 dias. Não deve ser usado se ≤15 kg ou área endêmica para Loa-loa (Estrongiloidíase). África Sub-saariana: 12 a 23 meses: Albendazol 200mg dose única. Contra-indicado para menores de 12 meses (helmintos transmitidos pelo solo). Ivermectina 200 µg / kg / dia por via oral uma vez por dia durante 2 dias. Não deve ser usado se ≤15 kg ou área endêmica para Loa-loa (Estrongiloidíase). Crianças com idade ≤4 anos não devem receber tratamento presuntivo com Praziquantel.</p>	
Phares, CR	2011	Estados Unidos da América	Pacientes ambos os sexos, idade 3 a 71 anos, n=39	Malária	<p>Diagnóstico: Confirmação por microscopia da presença do Plasmodium. Tratamento: 1 - sulfadoxine-pyrimethamine (SP) como dose única supervisionada três dias antes da partida; 2 - artemether-lumefantrine (AL) duas vezes ao dia por três dias, em que três das seis doses supervisionados; artemether-lumefantrine (AL) em que todas as seis doses foram supervisionadas e co-administradas com 250 mL de leite integral. Os pacientes que usaram AL deverão tomar a medicação 24h antes da partida. Foi também administrado um novo tratamento presuntivo com atovaquonaproguanil após a chegada, para todos os pacientes assintomáticos refugiados que receberam SP pré-partida, exceto mulheres grávidas ou lactantes, pessoas com contra-indicações, e crianças com peso &lt;5 kg<sup>2</sup>.</p>	Implementado

Pottie, K	2017	Europa	Pacientes ambos os sexos, todas as idades	Tuberculose, HIV, Hepatite B, Hepatite C	Tuberculose – diagnóstico: teste tuberculínico e IGRA. Tratamento: isoniazida + rifampicina.	Implementado
Eylem, O	2015	Holanda	Pacientes ambos os sexos, maiores de 18 anos	Ideação Suicida	Diagnóstico: Beck Scale for Suicidal Ideation (BSS) Tratamento: cognitive behavioural therapy-based (CBT-based) em 8 módulos em 6 semanas (pensando em suicídio, lidando com pensamentos e sentimentos, pensando no futuro: os participantes trabalharão em suas idéias para o futuro, pensando em si mesmo, pensar nos outros, repetição e recaída, reconhecendo a automutilação, estabelecimento de metas)	Implementado
Zehetmair, C	2018	Alemanha	Pacientes homens, maiores de 18 anos	TEPT	Diagnóstico: Primary Care PTSD Screen para DSM-5, o Patient Health Questionnaire a versão curta do General Anxiety Disorder questionnaire. Tratamento: técnica de estabilização emocional.	Experimental
Wadia, U	2018	Austrália	Pacientes ambos os sexos entre 5 meses e 16 anos, n= 157	Deficiência de vitamina D	Diagnóstico: dosagem de vitamina D no sangue < que 78nmol/L. Tratamento: diário- < 27.5 nmol/L - 5000 IU; 27.5–78 nmol/L - 2500 I. Semanal - < 27.5 nmol/ - 200,000 IU; 27.5–78 nmol/L - 100,000 IU.	Experimental
Murray, KE	2010	Austrália	Pacientes todos os sexos, todas as idades	TEPT	Diagnóstico: escalas para TEPT, the Beck Depression Inventory, índice de Hamilton. Tratamento: Cognitive Behavior Therapy (CBT); Eye-Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR); farmacoterapia; exposição expressiva e terapias testemuniais; e grupos de aprendizagem mútua multifamiliares e de empoderamento; e terapia individualizada com base em orientações psicanalíticas de apoio	Implementado
Nyamusore, J	2018	Ruanda	Pacientes entre 0 e maiores de 55 anos, ambos os sexos, n=1030	Febre Tifóide	Diagnóstico: clínico (febre, calafrios, dor de cabeça, dor abdominal, diarreia e vômito, com duração de um período desconhecido) + hemocultura. Tratamento: Anibioticoterapia	Implementado

Sarkadi, A	2018	Suécia	Pacientes ambos os sexos, idade entre 13 e 18 anos, n= 139	TEPT	Diagnóstico: Children's Revised Impact of Event Scale (CRIES-8). Tratamento: Teaching Recovery Techniques (TRT) que envolve psicoeducação, habilidades de relacionamento, habilidades de modulação afetiva, enfrentamento e processamento cognitivo, narrativa do trauma, domínio dos lembretes de trauma e melhoria da segurança futura e o desenvolvimento in vivo. São 5 sessões entre 90 e 120min. Inclui 2 sessões para os tutores dos pacientes.	Implementado
Greenaway, C	2008	Suécia	Pacientes todas as idades, ambos os sexos	Tuberculose (Latente)	Diagnóstico: Teste tuberculínico + IGRA. Tratamento: rifampicina, isoniazida.	Implementado
Schottelkorn, AA	2012	Estados Unidos da América	Pacientes com idade entre 6 e 13 anos, ambos os sexos, n= 31	Ansiedade, Depressão, TEPT	Diagnóstico: DSM-IV e Parent Report of Posttraumatic Symptoms. Tratamento: Terapia de brincadeira centrada na criança (CCPT) em sessões 2x por semana com duração de 30min por 12 semanas e terapia cognitivo-comportamental focada no trauma (TF-CBT) em 9 sessões semanais de 30 minutos.	
Jensen, BS	2013	Dinamarca	Paciente, sexo feminino, 60 anos	Depressão, TEPT	Diagnóstico: HTQ-R, PTSD Symptom Relatório de autoescala (PSS-SR), inventário de depressão maior (MDI) e inventário de ansiedade de Beck (BAI). Tratamento: Terapia de exposição narrativa de acordo com Schauer et al. Foram realizadas sessões de 60 minutos, semanalmente, por 10 meses.	Implementado
Sonne, C	2016	Dinamarca	Pacientes maiores de 18 anos, ambos os sexos, n=207	Depressão, TEPT	Diagnóstico: ICD-10 HTQ -IV. Tratamento: Sertralina ou Venfalexina por 6 a 7 meses, associadas a 10 sessões com psiquiatra e 16 sessões com psicanalista.	Experimental
Nordbrandt, MS	2015	Dinamarca	Pacientes maiores de 18 anos, ambos os sexos	TEPT	Diagnóstico: The Harvard Trauma Questionnaire (HTQ) Tratamento: Treatment as usual (TAU) por 6 a 7 meses associado a 10 consultas com psiquiatra e 16 sessões com psicoterapeuta ou abordagem body-oriented physiotherapeutic (BBAT) 1 vez por semana em 20 sessões.	Experimental

Greenaway, C	2011	Canadá	Pacientes todas as idades, ambos os sexos	Tuberculose latente	Diagnóstico: teste tuberculínico associado ao IGRA em pacientes com baixo risco de infecção por tuberculose. Se positivo, fazer Raio x de Tórax. Tratamento: Isoniazida 12 meses.
--------------	------	--------	---	---------------------	--

Os 53 artigos excluídos na fase final de leitura não se enquadraram nos critérios de elegibilidade e tiveram os motivos de exclusão explicitados (**Apêndice B**).

Dos 44 artigos finais, 27 (61,4%) trataram de protocolos para refugiados, 16 (36,4%) para migrantes sem especificação e apenas 1 (2,3%) de PCDT tanto para migrantes quanto refugiados (**tabela 6**).

**Tabela 6** - Tipos de migrantes especificados nos artigos incluídos no estudo

Tipo de população	Número (n)	%
Migrantes não especificados	16	36,4%
Migrantes e refugiados	1	2,3%
Refugiados	27	61,4%
Total	44	100,0%

Desses, os estudos envolveram um total de 15.496 participantes, sendo a maioria adultos, de ambos os sexos, com 9.870 (63,7%) participantes. Houve 8 estudos envolvendo apenas crianças, em um total de participantes de 1.730 (11,2%). Os estudos que não especificaram a idade específica foram classificados conforme a maior faixa etária (**tabela 7**).

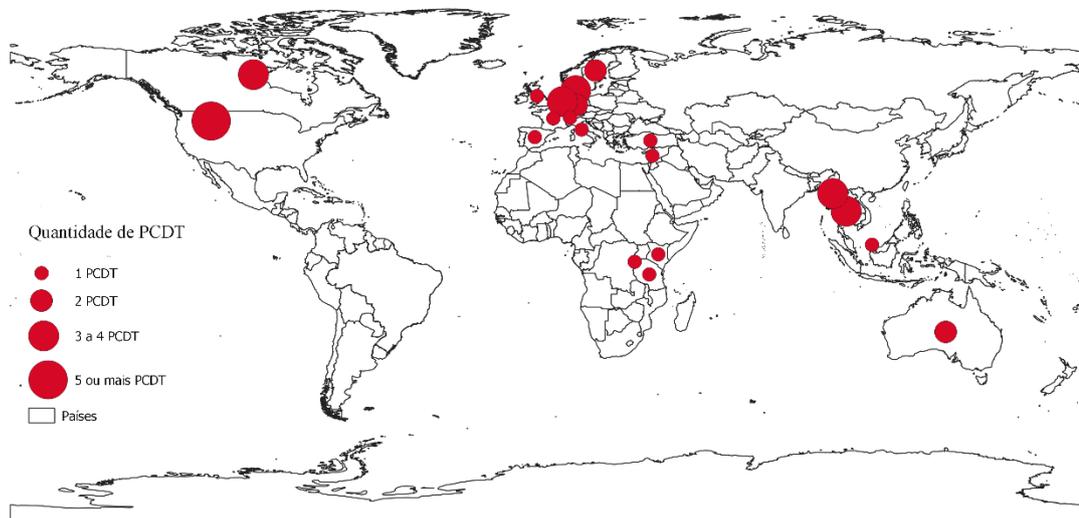
**Tabela 7** - Caracterização dos participantes das publicações incluídas na pesquisa e sua quantidade.

Tipo de População	Estudos	Amostra (n)	%
Gestante	2	3893	25,1%
Crianças	8	1730	11,2%
Adultos	31	9873	63,7%
Total	41	15.496	100,0%

Com relação ao continente de publicação, o continente Europeu obteve o maior registro, com 19 (43,2%) publicações. Dinamarca e Holanda tiveram registrados 4 (9,1%) artigos; Suécia e Alemanha 2 (4,5%); Espanha, França, Inglaterra; Itália e Suíça 1 (2,3%) publicação cada. Houve 2 (4,5%) publicações produzidas na Europa em conjunto com seus países, logo sem especificação de local de produção. O continente norte-americano foi

responsável por 13 publicações, sendo os Estados Unidos da América responsáveis pela maior parte, com 10 artigos e Canadá 3. A Ásia foi responsável por 7 publicações (Turquia 1; Tailândia 2; Mianmar 2; Malásia 1; Líbano 1) seguida pela África com 3 (Quênia 1; Ruanda 1; Tanzânia 1) (**figura 3**). Os estudos africanos foram relacionados à campo de refugiados.

**Figura 3** - Mapa de centróides com graduação dos países das publicações dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas incluídas na pesquisa.



No total, as publicações abordaram um total de 72 doenças. Quando analisados em relação ao tipo específico de população, notou-se que 30 (68,2%) das doenças da área saúde mental estava relacionadas aos refugiados, assim como 12 (57,1%) das doenças infectocontagiosas eram citadas em publicações de migrantes num geral (**tabela 8**). As doenças relacionadas à saúde mental foram mais relacionadas aos protocolos, com 44 (61,1%) do total, seguida pelas infectocontagiosas, com 12 relatos (29,2%).

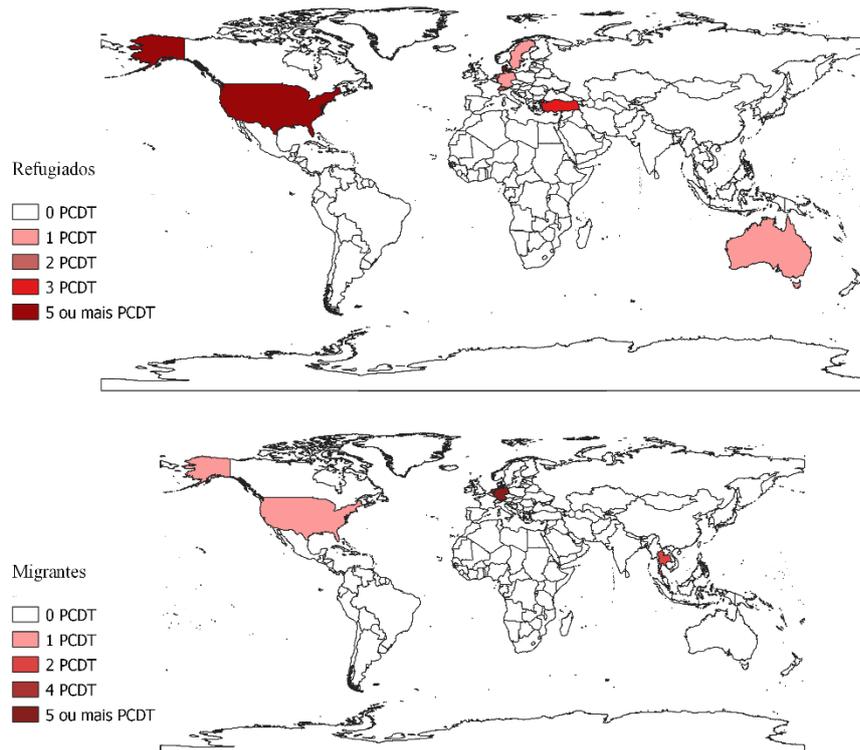
**Tabela 8 - Doenças citadas nos artigos incluídos da Revisão de Escopo.**

Doença/ Agravo	Refugiados		Migrantes		Total	
	Número (n)	%	Número (n)	%	Número (n)	%
Outros	2	4,4%	1	3,7%	3	4,2%
Anemia	1	2,2%	0	0,0%	1	1,4%
Deficiência de Vitamina D	1	2,2%	0	0,0%	1	1,4%
Distúrbios Visuais	0	0,0%	1	3,7%	1	1,4%
Verminoses	4	8,9%	0	0,0%	4	5,6%
Parasitoses não especificada	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Ascariíase	2	4,4%	0	0,0%	2	2,8%
Estrongiloidíase	1	2,2%	0	0,0%	1	1,4%
Esquistossomose	1	2,2%	0	0,0%	1	1,4%
<b>Saúde Mental</b>	<b>30</b>	<b>66,7%</b>	<b>14</b>	<b>51,9%</b>	<b>44</b>	<b>61,1%</b>
Depressão	5	11,1%	5	18,5%	10	13,9%
TEPT	15	33,3%	3	11,1%	18	25,0%
Ansiedade	3	6,7%	2	7,4%	5	6,9%
Transtorno do pânico	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Esquizofrenia	1	2,2%	0	0,0%	1	1,4%
Trauma	1	2,2%	1	3,7%	2	2,8%
Bulimia	1	2,2%	0	0,0%	1	1,4%
Ideação Suicida	0	0,0%	1	3,7%	1	1,4%
Dor Crônica	2	4,4%	0	0,0%	2	2,8%
Modificação duradoura da personalidade após uma experiência catastrófica	1	2,2%	0	0,0%	1	1,4%
Somatização	0	0,0%	1	3,7%	1	1,4%
Dificuldade de Acluturação	0	0,0%	1	3,7%	1	1,4%
Estresse	1	2,2%	0	0,0%	1	1,4%
<b>Doenças Infecto-contagiosas</b>	<b>9</b>	<b>20,0%</b>	<b>12</b>	<b>44,4%</b>	<b>21</b>	<b>29,2%</b>
Hepatite B	1	2,2%	3	11,1%	4	5,6%
Hepatite C	0	0,0%	1	3,7%	1	1,4%
HIV	3	6,7%	2	7,4%	5	6,9%
Sífilis	0	0,0%	1	3,7%	1	1,4%
Doença de Chagas	0	0,0%	1	3,7%	1	1,4%

Malária	1	2,2%	1	3,7%	2	2,8%
Tuberculose	2	4,4%	2	7,4%	4	5,6%
Leishmaniose	1	2,2%	0	0,0%	1	1,4%
Celulite Ulcerosa	0	0,0%	1	3,7%	1	1,4%
Febre Tifóide	1	2,2%	0	0,0%	1	1,4%
Total	45	100,0%	27	100,0%	72	100,0%

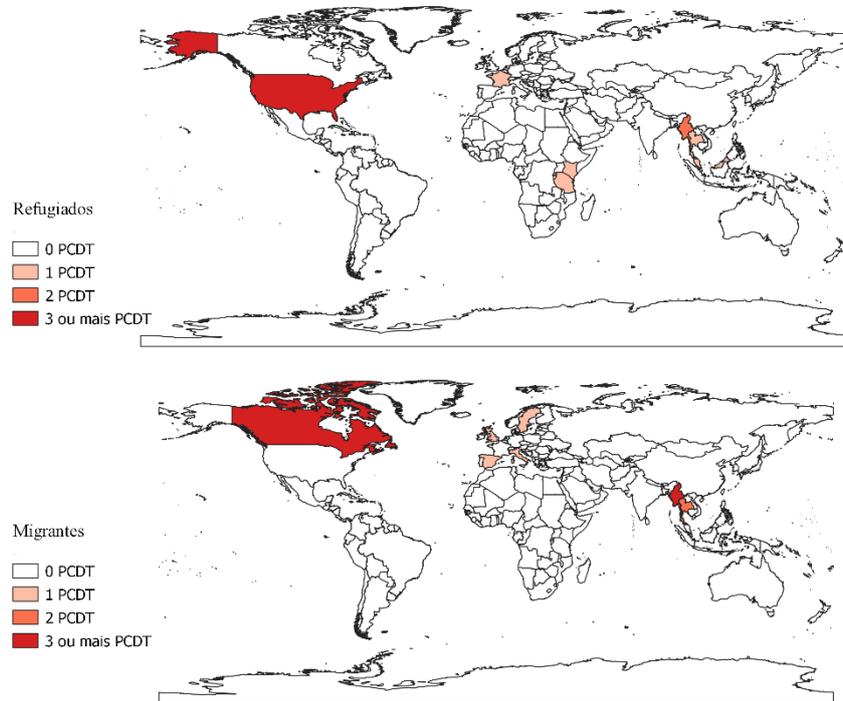
Nota-se uma maior concentração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas específicos para doenças do campo saúde mental entre os refugiados (**figura 4**).

**Figura 4** - Número de PCDT específicos para doenças do campo da saúde mental para refugiados e migrantes em geral em âmbito global.



Com relação às doenças infectocontagiosas, observa-se uma maior concentração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas específicos para essas doenças no grupo de migrantes em geral (figura 5).

**Figura 5** - Número de PCDT específicos para doenças infectocontagiosas para refugiados e migrantes em geral em âmbito global.



Com relação aos níveis de atenção à saúde dos serviços que ofereciam os PCDT, 21 (37,5%) estavam relacionados à Atenção Básica, 20 (35,7%) à atenção especializada, 8 (14,3%) à Alta Complexidade e 7 (12,5%) eram Protocolos de Acesso durante à entrada em um país (**tabela 09**).

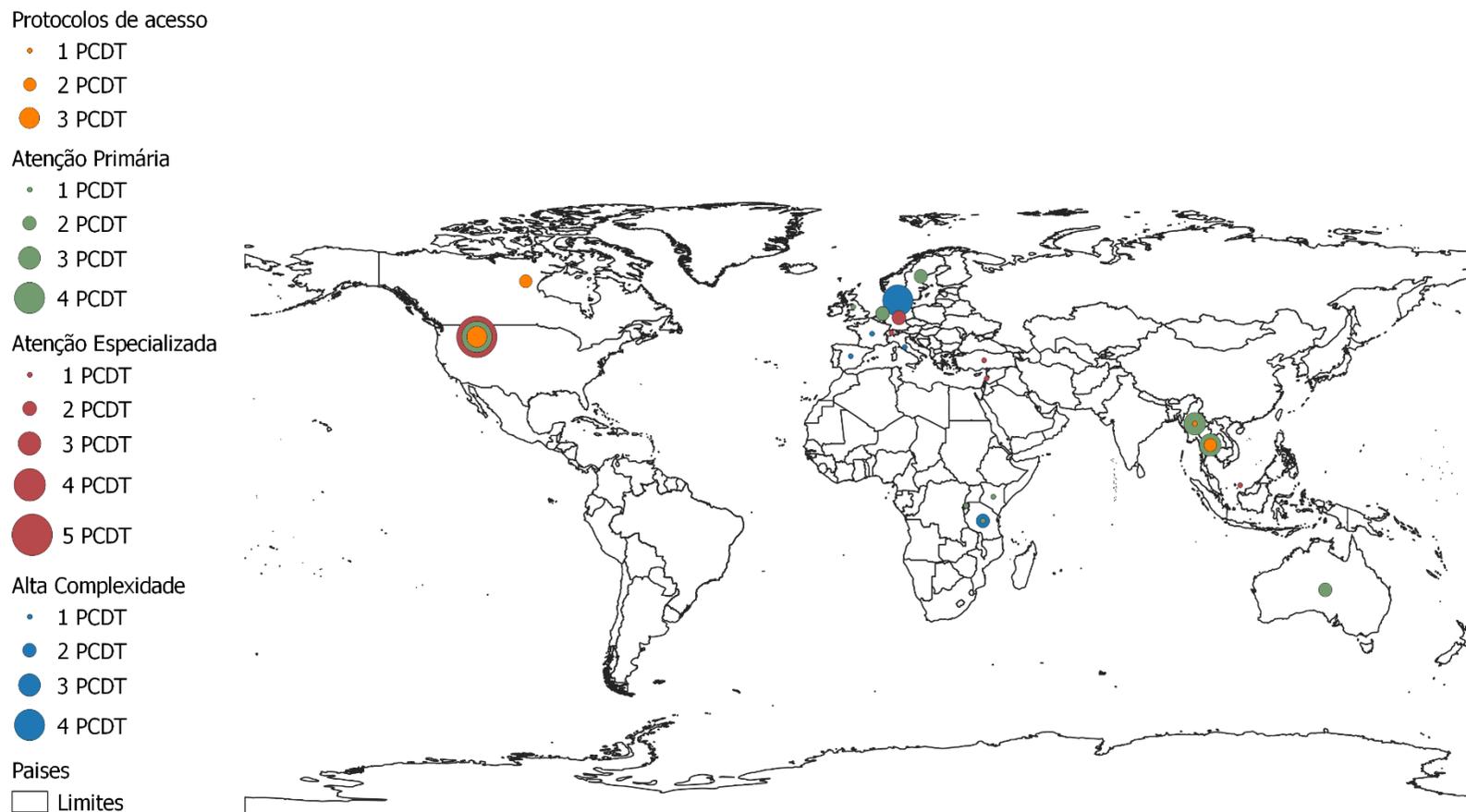
**Tabela 9** - Níveis de atenção onde os PCDT estavam inseridos nas publicações incluídas no estudo.

Níveis de Atenção à Saúde	Número (n)	%
Atenção Primária	21	37,5%
Atenção Especializada	20	35,7%
Alta Complexidade	8	14,3%
Protocolo de Acesso	7	12,5%
Total	56	100,0%

Porém, quando analisados sob a perspectiva de países, nota-se que os Estados Unidos da América foi o país com maior número de publicações relacionadas tanto à atenção primária com 4 (21,4%) publicações, quanto à especializada com 5 (33,3%) e protocolos de acesso com 3 (50%). O Canadá publicou apenas 1 (5,3%) artigo referente à atenção primária e 3 (33,3%) sobre protocolos de acesso. O continente Europeu foi responsável pela publicação de 7 (36,8%) artigos que se referiam à atenção primária, 6 (40%) à atenção especializada, 8 (57,1%) à alta complexidade e nenhuma relacionada aos protocolos de acesso. O continente Africano foi responsável por 3 (13,6%) publicações de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas inseridos na atenção primária e 4 (22,2%) na alta complexidade. Já a Ásia publicou 4 (18,2%) artigos referentes à atenção primária, 3 (20%) à atenção especializada, 2 (11,1%) à alta complexidade e 1 (16,7%) protocolo de acesso (**figura 6**).

Apenas 16 (36,4%) protocolos tinham relação com qualquer política pública relacionada aos migrantes. Do total de 44 publicações, 32 (72,7%) tinham seus PCDT já implementados.

**Figura 6** - Mapa de centróides com graduação referente às publicações dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) quanto aos níveis de atenção (atenção primária, especializada, alta complexidade e protocolos de acesso).



Foram citadas 47 barreiras de acesso nas publicações (**Tabela 10**). As dificuldades linguísticas foram as mais citadas (15 - 35,9%), seguidas pelas dificuldades culturais. O medo de denúncias ou deportações teve a mesma proporção que as dificuldades financeiras, citadas ambas em 6 (12,8%) artigos. O medo ou status migratório foi relatado como barreira na mesma proporção entre migrantes e refugiados, porém foram citadas mais barreiras em estudos específicos sobre refugiados, num total de 27 pesquisas.

**Tabela 10** - Barreiras de acesso aos serviços de saúde citados nos artigos incluídos na pesquisa

Descrição	Refugiados		Migrantes		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Dificuldade de linguagem/ comunicação	9	33,3%	6	30,0%	15	31,9%
Dificuldade financeira	3	11,1%	3	15,0%	6	12,8%
Dificuldade cultural	5	18,5%	3	15,0%	8	17,0%
Status migratório / medo	3	11,1%	3	15,0%	6	12,8%
Estigma da doença	1	3,7%	1	5,0%	2	4,3%
Falta de conhecimento e conscientização	1	3,7%	2	10,0%	3	6,4%
Ausência de programas específicos para essa população	0	0,0%	1	5,0%	1	2,1%
Tempo de espera para consulta ou início do tratamento	3	11,1%	0	0,0%	3	6,4%
Barreiras não especificadas	0	0,0%	1	5,0%	1	2,1%
Inúmeros deslocamentos	2	7,4%	0	0,0%	2	4,3%
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100,0%</b>	<b>20</b>	<b>100,0%</b>	<b>47</b>	<b>100,0%</b>

## 6. DISCUSSÃO

### 6.1. Países de Publicação e Fluxo Migratório

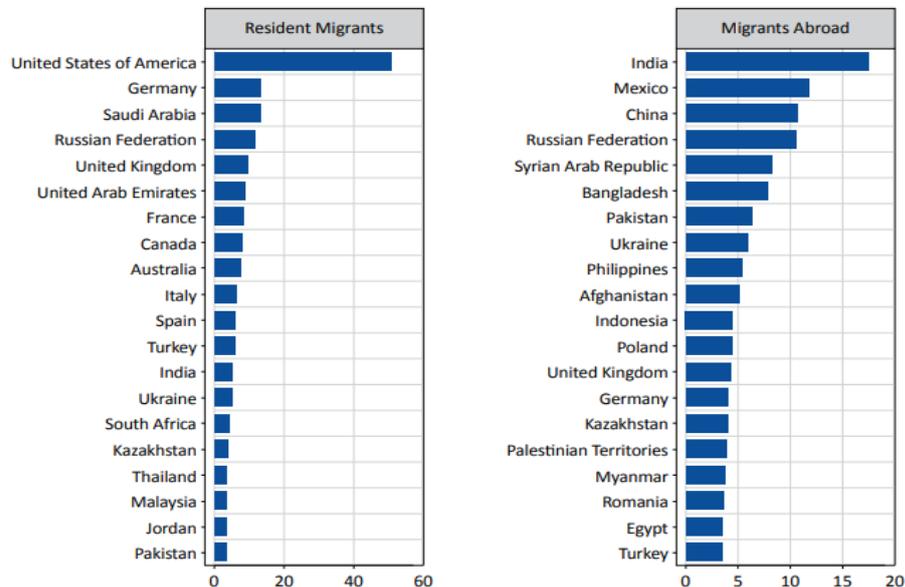
Os países Europeus, com o maior número de publicações, nos últimos anos, receberam um enorme quantitativo de imigrantes pela crise da Síria. No ano de 2014, a União Europeia registrou a entrada de 441.780 imigrantes não documentados, sendo que destes, 74.723 eram sírios (Frontex, 2015). Nesta pesquisa, a maioria dos estudos identificados eram de origem Europeia, o que condiz com o crescente número de migrantes recebidos pelos países que constituem este continente.

Os Estados Unidos da América foi o país com a maior representatividade de publicações nesta pesquisa. Tal quantidade de publicação pode ter relação com este país ser o principal destino dos migrantes internacionais desde 1970, seguido pela Alemanha.

Cabe ressaltar que esses países, caracterizados como desenvolvidos, possuem maior investimento em pesquisa que os países em desenvolvimento. O Estados Unidos, seguido por China e Japão são os países com maior investimento em pesquisa. Alguns países europeus como França, Itália, Reino Unido encontram-se entre os 15 países com maiores investimentos, o que também explica o grande volume de publicações.

Porém, alguns países asiáticos como China e Japão, não possuíram nenhuma publicação incluída nesta pesquisa, sendo que mais de 40% dos migrantes internacionais em todo o mundo em 2019 (112 milhões) nasceram na Ásia, 16 principalmente originários da Índia (o maior país de origem), China e países do sul da Ásia, como Bangladesh, Paquistão e Afeganistão (**figura 7**).

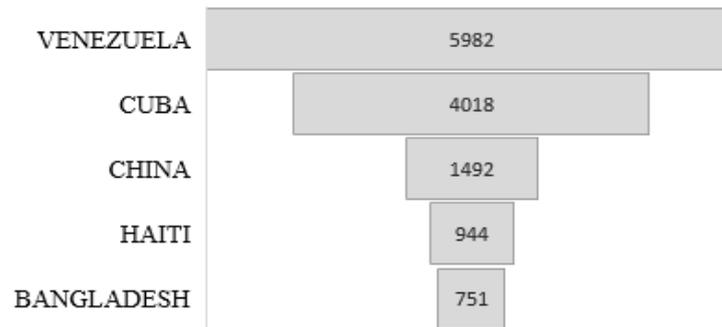
**Figura 7** - Os 20 países maiores destinos (direita) e origem (esquerda) de migrantes internacionais em 2019, por milhões de pessoas.



Fonte: UN DESA, 2019a

Ressalta-se a ausência de publicações da América Latina incluídas na pesquisa. Até o final de 2019, cerca de 4,5 milhões de venezuelanos haviam deixado seu país. Considera-se tal fato como o maior êxodo na história recente da região e uma das maiores crises de deslocamento do mundo. Mais de 900.000 venezuelanos pediram asilo nos últimos três anos a diversos países, incluindo 430.000 somente em 2019. Alguns países como o Brasil, tomaram medidas para aplicar a definição alargada de refugiado ao abrigo da Declaração de Cartagena de 1984 sobre Refugiados e nacional legislação, enquanto outros países gradualmente aumentaram a capacidade de processar pedidos de asilo. Além disso, países da América Latina concederam mais de 2,4 milhões de autorizações de residência e outras formas de estadia legal de Venezuelanos até o final de 2019. No ano de 2019, o Brasil recebeu 83.167 solicitações de visto, sendo que 5.982 (7,2%) foram vindas de venezuelanos, seguidos de 4018 (4,8%) cidadãos cubanos. Este alto número de solicitações de vistos demonstra que o Brasil é um grande receptor de migrantes na América Latina. Logo, esperava-se que tanto o Brasil quanto os países latino-americanos possuíssem uma maior representatividade no quantitativo de publicações (**Gráfico 1**).

**Gráfico 1** - Solicitações de refúgios ao Brasil segundo a Polícia Federal brasileira, 2019.



Fonte: OBMigra. Disponível em < <https://portaldeimigracao.mj.gov.br/pt/observatorio>>. Acesso em 20 jun. 2020. Modificado por, Martins, 2020.

## 6.2. Barreiras de Acesso e o Direito à Saúde de Migrantes e Refugiados

As principais barreiras encontradas na pesquisa, tanto por migrantes como por refugiados são as de linguagem e culturais. As barreiras de linguagem, além de dificultar informações passadas pelas equipes de saúde, bem como termos de consentimento, orientações sobre uso de medicações, possibilidades de tratamentos, orientações em geral, traz para o migrante um sentimento de discriminação e de isolamento social (Hunter-Adams e Rother, 2017) Além disso, a ausência de tradutores reflete a falta de preparo dos serviços de saúde no acolhimento ao usuário estrangeiro. Barreiras culturais, desde ao pudor do exame físico ao sentimento de depreciação por possuir uma cultura diferente da local, são importantes barreiras culturais que trazem esse mesmo sentimento.

Das 47 barreiras citadas, é de se reconhecer a importância de que 6 (12,8%) dessas relatem o medo de denúncias como uma barreira de acesso, ocupando a terceira posição em ordem decrescente de barreiras achadas. Isso reflete o componente persecutório desses sistemas de saúde, com uma discriminação muitas vezes institucional. Essa barreira traduz uma quebra do direito universal à saúde, onde os países de tais sistemas com essas características não exercem, na prática, os acordos internacionais estabelecidos por organizações como OMS e ONU e assinados por tais estados-membros. Tal fato traz prejuízo não somente ao acesso dos migrantes e refugiados aos serviços de saúde, como também pode causar enormes danos a sociedade, posto que inviabiliza a análise da situação de saúde dos territórios e o próprio conhecimento acerca da situação epidemiológica das regiões.

O direito à saúde vem sendo discutido internacionalmente ao longo do século XX. A discussão sobre equidade, igualdade e não discriminação vem se fortalecendo, refletindo na assinatura de todos pactos pelos países participantes das Organização das Nações Unidas e Organização Mundial da Saúde. Segundo a OMS (OMS, 2017), o direito à saúde deve ser desfrutado sem discriminação de raça, idade, etnia ou qualquer outro status.

A equidade e a não discriminação estão entre os elementos mais fundamentais dos direitos humanos internacionais, incluindo o direito ao mais alto padrão possível da saúde. Um Estado que participa da assinatura de tais pactos, possui uma obrigação legal de garantir que um sistema de saúde seja acessível a todos sem discriminação.

O continente Europeu foi responsável pela publicação de 7 (36,8%) artigos que se referiam à atenção primária, 6 (40%) à atenção especializada, 8 (57,1%) à alta complexidade e nenhuma relacionada aos protocolos de acesso. O continente Africano foi responsável por 3 (13,6%) publicações Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas inseridos na atenção primária e 4 (22,2%) na alta complexidade. Já a Ásia publicou 4 (18,2%) artigos referentes à atenção primária, 3 (20%) à atenção especializada, 2 (11,1%) à alta complexidade e 1 (16,7%) protocolo de acesso (**figura 5**).

Em 11 dos 19 Estados-Membros da UE (Áustria, Bulgária, República Tcheca, Dinamarca, Finlândia, Grécia, Hungria, Irlanda, Letônia, Polônia e Suécia) os migrantes em uma situação irregular não tem a garantia do direito à saúde, visto que para poderem acessar os serviços necessitam efetuar o pagamento, o que configura precisamente ausência de direito. Além disso, nos países mencionados a porta de entrada do sistema para os referidos migrantes é por meio das emergências, o que significa que não há possibilidade de acesso à atenção primária em saúde. Este reitera o prejuízo anteriormente citado, acerca da garantia do direito e do prejuízo à capacidade de análise da situação de saúde, podendo inclusive desfavorecer o controle de epidemias e demais situações decorrentes do desconhecimento das condições de saúde da população.

Apesar da República Tcheca e Suíça possuírem um sistema de saúde público para sua população, os migrantes são obrigados a fazerem seguros de saúde, mas esses países não vinculam esse seguro ao status de residente legal ou obtenção de uma autorização de trabalho. Migrantes não-documentados podem se beneficiar do acesso aos cuidados de saúde após o pagamento, mas na prática, poucos procuram fazê-lo por medo de revelar sua identidade ou porque não têm recursos suficientes para pagar esse seguro (Cholewinski, 2005).

Por outro lado, em seis países europeus (Bélgica, França, Itália, Holanda, Portugal e Espanha) migrantes sem documentos tem direito a cuidados de saúde abrangendo os cuidados secundários, especialistas e tratamento hospitalares (FRA, 2011).

Na França, os cuidados de saúde são acessíveis a todas as pessoas, independentemente da nacionalidade ou status legal. Porém, desde 1999, o acesso universal à saúde está sujeito a residência estável e regular no país, o que significa que os migrantes não-documentados são excluídos. O livre acesso de migrantes não-documentados a cuidados de saúde foi mantido graças ao auxílio médico estatal, permitindo o acesso a tratamento gratuito em um hospital por um período de um ano. Após três anos de residência, migrantes não-documentados podem também se beneficiar de outros cuidados e, em particular, consulta com um clínico. As principais barreiras citadas são: falta de recursos financeiros, complexidade de procedimentos, problemas administrativos, problemas de linguagem e falta de informação aos migrantes sobre o acesso aos cuidados de saúde (Cholewinski, 2005). Além disso, também fica claro o medo de denúncia ao se procurar um serviço de saúde (Comiti e Patureau, 2005).

Na Espanha, com acesso restrito à atenção primária, e irrestrito apenas às emergências, as principais barreiras de acesso são dificuldades de comunicação relacionadas à linguagem e o medo de denúncias ao se registrar em instituições oficiais, mesmo em contextos em que o acesso é universal (Ramos et al, 2001; Llop-Gironés et al, 2014).

Na Alemanha, os requerentes de asilo e os migrantes em situação irregular possuem por lei o mesmo acesso aos cuidados de saúde. Em princípio, essa cobertura se estende além dos serviços de emergência, mas na prática a cobertura é limitada a este serviço. Os dados dos imigrantes irregulares são sigilosos nas emergências, porém nos demais níveis de atenção inexistente a exigência do sigilo e inclusive os próprios funcionários do serviço social tem o dever de denunciar esses imigrantes à polícia, em caso de constatação de sua irregularidade (FRA, 2011).

Isto sinaliza precisamente a adoção de medidas persecutórias por parte do sistema de saúde, tal como ponderado anteriormente, o que representa uma dupla violação de direitos humanos, visto que impede o migrante do acesso à saúde e viola o direito de segurança e proteção inscrito na Declaração Universal dos Direitos Humanos.

Além disso, esse mecanismo também atua como elemento de repulsão do sistema de saúde, o que prejudica a capacidade de acompanhamento das condições de vida da população e o planejamento apropriado de ações em convergência com a situação de saúde. A obrigatoriedade da denuncia por parte dos profissionais também gera outro prejuízo sério aos

serviços, pois em verdade culpabiliza o trabalhador por uma situação complexa e conduz ao risco de distanciar as ações do próprio serviço social de seus beneficiários.

Ainda em relação à Alemanha, Spallek, Zeeb e Razum (2010) ressaltam que as principais barreiras de acesso neste país são àquelas vinculadas à comunicação, em função das dificuldades com a língua germânica, bem como barreiras culturais e financeiras. Imigrantes tendem a ter um menor gasto em saúde exatamente pela dificuldade de pagamento pelos serviços.

Na Grécia, embora os migrantes em situação irregular sejam legalmente autorizados a receber tratamento de emergência até sua saúde se estabilizar, ao mesmo tempo é necessário pagamento dos custos totais do tratamento (FRA, 2011).

Na Inglaterra, o acesso à Atenção Primária à Saúde (APS) é gratuito. O migrante não-documentado é direcionado, como qualquer cidadão a um generalista. Porém, esse generalista não é obrigado a realizar este atendimento. Os migrantes em situação irregular devem pagar a totalidade dos custos para tratamento hospitalar em hospitais ou assistência fornecidos por especialistas, exceto para tratamento de acidentes e emergências, tratamento para certas doenças transmissíveis, serviços de tratamento psiquiátrico e planejamento familiar (FRA, 2011).

Na Itália, migrantes em situação irregular podem acessar cuidados secundários, mas não se vincular a um médico de família, o que dificulta o acesso ao tratamento especializado (FRA, 2011).

Em Portugal, migrantes em situação irregular têm acesso à saúde pública desde que estejam residindo por um período maior de 90 dias, que possuam uma confirmação de residência da administração distrital e registrem-se como um paciente temporário em um centro de saúde local. Os que residem neste país há menos de três meses podem acessar apenas cuidados de saúde de emergência. Migrantes em situação irregular precisam cobrir os custos totais do tratamento, mas eles podem solicitar uma isenção de pagamento se puderem provar que não têm os meios financeiros necessários para pagar pelos cuidados (FRA, 2011). A reduzida utilização dos serviços por imigrantes que se encontram em situação irregular está muitas vezes associada ao receio de denúncia às autoridades. São comuns barreiras de comunicação pela diferença linguística. Dificuldades financeiras em arcar com os tratamentos também são relatadas.

Apesar do continente norte-americano ser o responsável pelo maior número de publicações, também é o continente com maior número de publicações de protocolos de acesso, com 5 (83,3%) dos artigos incluídos na pesquisa. Mesmo com esse grande número

de publicações, apenas 5 (22,7%) são sobre atenção primária e 3 (33,3%) sobre atenção especializada. Tal fato pode ser uma consequência das políticas migratórias, implantando barreiras de acesso aos serviços de saúde e a extrema preocupação desses países (Estados Unidos da América e Canadá) em receber apenas migrantes e refugiados saudáveis, deixando de lado o componente humanitário envolvido em todo trajeto dessas pessoas, tendo como consequências doenças que são reflexo de uma extrema vulnerabilidade.

No Canadá, os serviços básicos devem ser universais e acessíveis em todo país, porém cada província tem autonomia para definir o que considera essencial. Cidadãos canadenses, residentes permanentes, refugiados assistidos pelo governo, estudantes internacionais com permissão de estudos válida por seis meses ou mais, trabalhadores temporários com autorização de trabalho válida por seis meses ou mais tem acesso irrestrito aos serviços de saúde. Já imigrantes irregulares têm acesso precário aos cuidados de saúde, educação, serviços sociais e direitos legais que são básicos para promover e proteger sua saúde. Tal fato é de extrema relevância para o Canadá, considerando um país com cuidados de saúde universais e como uma nação de alta renda que tem mantido segmentos vitais de sua economia através de mão de obra sem documentos. (Magalhães, Carrasco e Gastaldo, 2010).

Algumas barreiras de acesso encontradas no Canadá são o alto custo do tratamento médico e medo de perder a elegibilidade para o seguro público ao ser reconhecido como imigrante não documentado. Tais situações levam a sentimentos generalizados de medo e isolamento. Crianças ou jovens nascidas no Canadá às vezes não têm cobertura por causa de pais não segurados (Bernhard JK, et al. 2007). Algumas outras barreiras de acesso são o idioma, a localização destes serviços de saúde, alto custo e filas de espera (Mckeary e Newbold, 2010).

Nos Estados Unidos, considerando o sistema de saúde privado, as despesas de saúde per capita de imigrantes são muito mais baixas do que as despesas dos nascidos americanos. Além disso, entre adultos e crianças matriculadas em programas de seguros públicos, imigrantes tiveram um financiamento público per capita mais baixo com saúde do que os nascidos americanos. Além disso, os gastos com assistência médica para crianças imigrantes seguradas foram 60% mais baixos do que os de crianças seguradas nascidas nos EUA. Os gastos com assistência médica para crianças imigrantes sem seguro foram 86% menores do que aquelas para crianças nascidas nos EUA sem seguro (Mohanty, 2005). Porém, mesmo na situação de migrantes que possuem seguros de saúde existem barreiras que

impedem o acesso de imigrantes aos serviços principalmente as culturais e de comunicação (Flores e Vega, 1998) (Derose, Escarce e Lurie, 2007).

Ao longo dos anos, percebe-se que políticas migratórias Europeias e norte-americanas se tornam cada vez mais restritivas, o que evidentemente se reflete nas barreiras de acesso aos serviços de saúde, bem como nos protocolos clínicos e diretrizes existentes. Desde 2008, a UE vem criando resoluções para instituir uma política de migração regular, perpassando pelo Tratado de Lisboa em 2009, Programa de Estocolmo em 2014 e culminando na Agenda Europeia para Imigração em 2015.

Em tese, esta agenda se propôs a criar políticas que reduzissem incentivos à migração não documentada, gerissem fronteiras, salvando vidas e garantindo a segurança, desenvolvessem uma política comum em matéria de asilo mais forte e criassem uma política de migração regular. Na Agenda também foi lançada a ideia de criar sistemas de recolocação e reinstalação à escala da UE.

Segundo essa política, compete à UE definir as condições de admissão e de residência legal num Estado-Membro para os nacionais de países terceiros. Os Estados-Membros conservam o direito de determinar o volume de admissão de pessoas provenientes de países terceiros à procura de emprego. Cabe ainda à UE prevenir e reduzir a imigração irregular, em especial através de uma política de regresso eficaz, respeitando os direitos fundamentais (Parlamento Europeu, 2019).

No Canadá, a política migratória sempre foi ampla, sem muitas restrições. Porém, em 1976, a nova lei migratória apresentou o primeiro passo para uma política mais restritiva à migração quando estabeleceu o termo "classes proibidas", que se refere principalmente a indivíduos que representam um ônus para a seguridade social. Nesse momento, os imigrantes seriam permitidos apenas se atendessem às escolhas daquele momento do país, no que se tratasse principalmente às necessidades de mão-de-obra. Quanto aos refugiados e asilados, a lei se mostrava alinhada às convenções internacionais. A partir do ano 2000, o governo canadense reconheceu abertamente que a imigração era o principal fator de crescimento populacional no Canadá, criando oportunidades para atraí-la, desde que dentro nas necessidades do país. Tal política se mantém até os dias atuais e se reflete no acesso restritivo aos migrantes não documentados, ao contrário dos que adentram o país e se enquadram nas exigências governamentais (Verea, 2010).

Nos Estados Unidos da América, até o ano de 1965, não existia uma forte política migratória. Porém, com o aumento das migrações principalmente de ocidentais no pós-

guerra, as restrições se iniciaram, a fim de controlar a entrada de migrantes não documentados no país. Após tal fato, houve um declínio importante de entrada de ocidentais, porém com concomitante aumento importante da entrada de latino-americanos, especialmente mexicanos, principalmente pela proximidade. Depois do final da década de 1970, em outras palavras, o sentimento anti-imigrante se alimentava cada vez mais de impulsionar o maquinário burocrático de fiscalização a novas alturas. Foi na década de 1990 quando as políticas anti-migratórias atingiram seu auge devido a ataques terroristas ocorridos em 1993 (bombardeio do World Trade Center), bombardeio de 1995 do Edifício Federal Murrah em Oklahoma City, o Congresso Americano aprovou em 1996 a Lei Antiterrorismo e Pena de Morte Efetiva, bem como a Lei de Reforma da Imigração e Responsabilidade do Imigrante. Em 1998, após o bombardeio do USS Cole no Iêmen, os atentados de 2000 das embaixadas dos EUA no Quênia e Tanzânia e os ataques catastróficos ao World Trade Center e ao Pentágono em 2001, o Congresso promulgou a Lei EUA PATRIOT, acirrando ainda mais as políticas migratórias, juntamente com uma opinião pública favorável. Compreende-se o acesso restrito às políticas públicas de saúde dos EUA, andando lado a lado com o pensamento americano atual sobre o assunto (Massey e Pren, 2012).

É inevitável a comparação entre o aumento da restrição da política migratória tanto europeia quanto norte-americana e a política restritiva de acesso aos serviços de saúde, onde mais da metade dos países analisados apresentam restrição de acesso em todos os níveis de atenção à saúde.

Além disso, é compreensível o medo enfrentado por essa população ao procurar um serviço de saúde e ter sua situação de residência em algum país europeu denunciado. Isto se reflete substancialmente nas barreiras de acesso aos serviços de saúde, principalmente nas encontradas nesta pesquisa.

Nota-se que em países com importantes fluxos migratórios - cuja maioria representa o bloco de nações desenvolvidas - mesmo tendo sistemas de saúde estruturados, em sua maioria apresentam muitas restrições e barreiras de acesso à saúde dos migrantes e refugiados, as quais se expressam especialmente em relação às dificuldades na comunicação entre pacientes e usuários, a falta de informação sobre os serviços disponibilizados, além da discriminação institucional que se reflete no medo desses usuários ao buscar um serviço de saúde. De fato, este medo parece encontrar fundamento nas realidades distintas e sinaliza a necessidade de construir estratégias capazes de garantir o direito à saúde.

### **6.3. Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT): Principais Doenças, Características e Relações Com a Migração**

Como pode ser observado nos resultados, as doenças relacionadas à saúde mental representam 44 (61,1%) dos objetos dos protocolos encontrados e, dentre elas, o Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT) foi o mais estudado, especialmente entre refugiados. A expressividade desta doença, assim como protocolos e diretrizes relacionados a ela, refletem a história de violência e perseguição vividas por essa população, causando sequelas por toda uma vida, com necessidade contínua de acompanhamento interdisciplinar. Dentre o grupo dos refugiados, foi objeto de estudo de 30 (66,7%) artigos e dentre os migrantes, 14 (51,9%).

No período migratório, muitas vezes, os refugiados enfrentam situações de extrema vulnerabilidade social e violência endêmica, longa permanência em campos de refugiados, separação de familiares, incertezas quanto ao futuro. Essas são importantes causas para o surgimento ou agravamento de doenças do campo da saúde mental, como o TEPT. No período pós-migratório, as dificuldades culturais e de linguagem, a perda do status social, o desemprego ou subemprego, a adaptação familiar, a discriminação e exclusão social são as principais causas (Kirmayer et al, 2011; Galina et al., 2017).

A importante vulnerabilidade psicológica gerada no processo migratório tem como consequência o surgimento não só do estresse pós-traumático, mas igualmente a presença significativa de quadros clínicos de ansiedade, de manifestações depressivas, de sintomas hipocondríacos e um aumento do consumo e abuso de álcool e drogas, acompanhadas ou não de passagens a atos agressivos. Tal fato evidenciou-se tanto nas doenças citadas quanto nos protocolos relacionados a elas (Antunes, 2017).

Nota-se também uma grande preocupação com protocolos relacionados às doenças infectocontagiosas na população de migrantes, uma vez que representaram 21 (29,2%) dos objetos de estudo dos artigos analisados. Além disso, vários estudos voltaram-se especialmente para migrantes originários do continente africano.

Dentre os 12 artigos que abordaram esta categoria de doenças dentre os migrantes, 2 (7,4%) trataram de TB, 1 (3,7%) de Malária, 1 (3,7%) de Doença de Chagas, 2 (7,4%) de HIV e 1(3,7%) de sífilis. De fato, sabe-se que o migrante pode portar doenças infecciosas ou

parasitárias típicas de sua região de origem para o país, assim como o inverso também é verdadeiro (Botello, Barrera e Del Río Valdéz, 2010).

Por um lado, os achados revelam coerência com o nível de incidência destas doenças em países originários de parcelas importantes de migrantes e refugiados, o que significa que os serviços de saúde estão atentos para a construção de protocolos que possam evitar a propagação de possíveis doenças que podem acometer os migrantes. Entretanto, há que se ter cuidado para não gerar um processo de estigmatização e culpabilização deste grupo social, atribuindo-lhe a responsabilidade pelos níveis de prevalência e incidência alcançados nos respectivos países de destino, ainda que efetivamente existam diferenças se comparados países do Norte e Sul.

De fato, nos Estados Unidos, a TB acomete muito mais a população nascida no exterior. Em 2013, quase 65% casos de TB ativos nos EUA ocorreram em migrantes (Walters e Sullivan, 2009). Entre os 36.860 casos de tuberculose relatados na Inglaterra, 22.151 (60%) eram em pacientes nascidos no exterior. Entre os nascidos no exterior com TB, 18.540 (83,7%) foram atribuídos à reativação da tuberculose (Ricks et al., 2011). Isto revela o grau de vulnerabilidade a que migrantes e refugiados estão expostos e reforça a importância da construção destes protocolos.

Atualmente, devido à migração em larga escala da América Latina, a DC (doença de Chagas) atravessou fronteiras e entre 68.000 a 120.000 pessoas com DC estejam atualmente vivendo na Europa (Monge-Maillo e López-Vélez, 2017), entendendo que a DC é uma doença endêmica de países da América Latina e África, e é reflexo de importantes vulnerabilidades sociais. No entanto, até 90% dos casos de DC na Europa permanecem sem diagnóstico, talvez pela dificuldade de acesso especialmente à atenção primária nesses países, mas também a dificuldade diagnóstica pelo desconhecimento da doença.

Em 26 de setembro de 2018, as Nações Unidas (ONU) realizaram sua primeira reunião de alto comissariado sobre tuberculose, tendo como resultado uma declaração política acordada por todos os Estados-Membros, nos quais os compromissos existentes com Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e no programa *End TB* da OMS. A Estratégia de TB foi reafirmada e novos objetivos foram adicionadas (ONU, 2018)

Um dos objetivos da Agenda 2030 inclui o fim da epidemia de TB. A Estratégia *End TB* define marcos (para 2020 e 2025) e metas (para 2030 e 2035) para reduções do número

de casos de TB e mortes. As metas para 2030 são uma redução de 90% no número de mortes por TB e uma redução de 80% no número de mortes. Os marcos para 2020 são a redução de 35% no número de mortes por TB e uma redução de 20% na sua taxa de incidência. A estratégia também inclui um marco em 2020 que nenhum paciente com TB e suas famílias enfrentem custos como consequência da doença (ONU, 2018).

Tais estratégias de órgãos internacionais como ONU e OMS tem como consequência uma maior vigilância dessas doenças principalmente quanto ao ressurgimento ou aumento expressivo de número de casos em países europeus. Essa vigilância ocorre muitas vezes no momento da entrada desse migrante no país com protocolos de acesso, principalmente no caso da TB, sífilis e HIV. Porém, para garantia do tratamento completo não apenas basta apenas o protocolo de entrada nos países, mas sim protocolos que garantam a esse migrante portador dessas doenças o acesso especialmente gratuito para acompanhamento de saúde, reduzindo as dificuldades financeiras e garantindo acesso permanente ao sistema de saúde local.

Nota-se que nenhuma publicação da pesquisa tratava de qualquer doença crônica não transmissível relacionada a essa população, apesar da maior participação de adultos nas publicações analisadas. Talvez não só a dificuldade de acesso como também as barreiras na continuidade de tratamento pela constante mudança de local de moradia camuflem a real prevalência dessas doenças.

## **7. CONCLUSÃO**

Algumas limitações foram encontradas no estudo, como por exemplo a necessidade de um grande período para análise das publicações recuperadas, pela grande quantidade na primeira fase. Algumas bases de dados não possuem acesso gratuito às publicações, necessitando de recursos adicionais para que a pesquisa acessasse tais publicações.

Apesar do grande número de publicações relacionadas à saúde e migração, poucas delas tratavam diretamente de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas. Dos que tratam, a grande maioria é provinda da Europa, seguida pela América do Norte (Canadá e Estados Unidos da América). Identifica-se, portanto, uma lacuna de conhecimento relacionado ao

tema na América Latina e especialmente o Brasil. Cabe ressaltar que a América-Latina possui grande fluxo migratório, sendo de extrema importância a discussão do tema para que o acesso aos serviços de saúde seja garantido a essa população, assim como linhas de cuidados específicas, abordando as principais doenças.

Percebe-se a expressividade do estudo de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas relacionadas às doenças do campo da saúde mental em migrantes, principalmente refugiados, em especial o transtorno do estresse pós traumático. A expressividade dessas doenças pode ter estreita relação com a história de vida dessas pessoas, que para encontrar um local seguro para residência, podem se expor à violência, estresse e perdas, sinalizando possíveis causas do aparecimento dessas doenças.

Esse processo migratório que expõem as pessoas a inúmeras vulnerabilidades, causando adoecimento tanto no campo da saúde mental quanto em relação a doenças infecto-contagiosas não deveria ter como consequência o estigma e aumento discriminatório pelas doenças adquiridas no caminho e sim um caráter humanitário, entendendo que o migrante, em seu início de processo migratório foi jovem e saudável.

Nota-se que nenhuma publicação da pesquisa tratava de qualquer doença crônica não transmissível relacionada a essa população. Talvez as barreiras de acesso, principalmente nos países mais ricos, impeçam o início e continuidade do tratamento de doenças como hipertensão arterial e diabetes. Estudos adicionais se fazem necessários para o conhecimento da prevalência dessas doenças entre os migrantes, assim como o seu impacto nos sistemas locais de saúde. Porém, essa ausência reflete o pleno desconhecimento situacional dos sistemas locais de saúde, tendo como consequência o despreparo das unidades de saúde em seu acolhimento.

Nota-se que, apesar do continente norte-americano ter o maior número de publicações, porém, a maioria das publicações estão voltadas para protocolos de acesso, protocolos esses que não garantem qualquer acesso equânime aos serviços de saúde. Tal fato é consequência de sistemas de saúde discriminatórios e sem qualquer garantia do direito universal à saúde. A única garantia desses protocolos é a da entrada de migrantes hígidos nesses países. Esses protocolos são especialmente voltados para doenças infecto-contagiosas como tuberculose, sífilis e HIV, sem qualquer investigação de doenças do campo da saúde mental. Isso reflete uma despreocupação com o passado de perseguições e violências, potencializando doenças como TEPT, depressão e ansiedade.

Os refugiados foram o tipo específico de população mais estudado. O *status* migratório legal pode ter contribuído para tal fato, uma vez que esse grupo possui em muitos países direitos semelhantes aos nascidos nos países escolhidos para residência, diferentemente dos migrantes, principalmente aqueles não documentados. Esta discussão pode ser ampliada no questionamento da diferença de direitos entre essas populações e também no entendimento das percepções sobre o acesso por parte dos migrantes.

Dentre as barreiras de acesso identificadas, apesar da linguagem e cultura serem as mais citadas, o medo de ser denunciado ao se procurar um serviço de saúde viola o direito à saúde assinado por Estados-Membros de órgãos internacionais como a OMS. Como ressaltado anteriormente, a equidade, universalidade e não discriminação estão entre os elementos mais fundamentais dos direitos humanos internacionais, devendo ser respeitado por todos os países. É extremamente grave que esse medo seja um impeditivo de acesso a tratamento à saúde, desde o mais básico ao mais complexo. Isso vem na contramão de todos os documentos internacionais assinados por Estados-membros de organizações internacionais.

Apesar de toda a legislação internacional pactuada por órgãos internacionais como OMS e ONU, percebe-se que em muitas localidades, o acesso aos serviços de saúde não é respeitado, tendo como consequência uma desassistência endêmica dessa população específica, que poderão causar impactos incalculáveis futuros a esses mesmos sistemas de saúde. Sem o conhecimento dos determinantes de saúde de uma população, é impossível organizar um sistema de saúde garantindo tratamentos contínuos, prevenção de doenças e ainda mais importante, a promoção à saúde.

Deve-se ter extrema cautela para que protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas específicas para essa população não tragam mais estigmas e discriminação. Tais protocolos devem ser entendidos como mudanças de fluxos e processos de trabalhos dentro das unidades acolhedoras de toda população, conhecedora de sua situação epidemiológica e com maior preparo para o recebimento dessa população, minimizando ao máximo qualquer tipo de barreira de acesso.

Espera-se que este estudo amplie a discussão sobre a garantia de acesso aos serviços de saúde por esta população, subsidiando políticas públicas de saúde, especialmente no Brasil, com a criação de protocolos específicos e linhas de cuidado para a população de

migrantes como um todo, viabilizando o acesso pleno aos serviços e a garantia do direito à saúde.

## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ACNUR **Protocolo Relativo ao Estatuto dos Refugiados**. Disponível em: <[http://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/portugues/BD\\_Legal/Instrumentos Internacionais/Protocolo de 1967. pdf](http://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/portugues/BD_Legal/Instrumentos_Internacionais/Protocolo_de_1967.pdf)>. Acesso em 31 mai. 2020.
2. ACNUR, ONU. **Convenção Relativa ao Estatuto dos Refugiados**. 1951. 2016. ANUR. **Declaração, De Cartagena**. Disponível em: <[http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/portugues/BD\\_Legal/Instrumentos Internacionais/Declaracao de Cartagena. pdf](http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/portugues/BD_Legal/Instrumentos_Internacionais/Declaracao_de_Cartagena.pdf)>. Acesso 15 jun. 2020.
3. AKINSULURE-SMITH, Adeyinka M. Brief psychoeducational group treatment with re-traumatized refugees and asylum seekers. **The Journal for Specialists in Group Work**, v. 34, n. 2, p. 137-150, 2009.
4. ANTUNES, José António Pereira de Jesus. Refugiados e saúde mental: acolher, compreender e tratar. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 18, n. 1, p. 115-130, 2017.
5. Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International journal of social research methodology*, 8(1), 19-32.
6. BADZIAK, Rafael P. F.; MOURA, Victor E. V. Determinantes sociais da saúde: um conceito para efetivação do direito à saúde. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, v. 3, n. 1, p. 69-79, 2010.
7. BECK, Bolette Daniels et al. Music therapy versus treatment as usual for refugees diagnosed with posttraumatic stress disorder (PTSD): study protocol for a randomized controlled trial. **Trials**, v. 19, n. 1, p. 301, 2018.
8. BERNHARD, Judith K. et al. Living with precarious legal status in Canada: Implications for the well-being of children and families. **Refuge: Canada's Journal on Refugees**, p. 101-114, 2007.
9. BOLTON, Paul et al. A transdiagnostic community-based mental health treatment for comorbid disorders: development and outcomes of a randomized controlled trial among Burmese refugees in Thailand. **PLoS medicine**, v. 11, n. 11, 2014.

10. BOTELLO, Luis Clemente Jiménez; BARRERA, Didre Armonía Romero; DEL RÍO VALDÉS, Diana Cecilia. el migrante como portador de enfermedades infecto-contagiosas. **La migración en México y su impacto en la vida social de las personas**. 2010.
11. BRASIL. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas na legislação nacional, conforme estabelecido no Regulamento Sanitário Internacional de 2005 (RSI 2005), na lista de doenças, lesões e eventos de saúde pública sujeitos a " notificação obrigatória em todo o território nacional. e estabelecer fluxos, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Diário Oficial da União, 2011.
12. BRUGNOLI, Alberto; MATTEINI, Matteo. Italy as a gateway to Europe for African migration: How to deal with the Doll's House effect?. **Regional Science Policy & Practice**, v. 10, n. 4, p. 253-268, 2018.
13. BRYMER, Melissa J. et al. Acute interventions for refugee children and families. **Child and adolescent psychiatric clinics of North America**, v. 17, n. 3, p. 625-640, 2008.
14. CARANNANTE, Novella et al. Treatment of a Klebsiella pneumoniae KPC cellulitis and gut decolonization with ceftazidime/avibactam in a migrant from Libya. **Journal of Chemotherapy**, v. 30, n. 3, p. 183-184, 2018.
15. CESPE. Direitos Humanos e Saúde: construindo caminhos, viabilizando rumos. *In: Direitos Humanos e Saúde: construindo caminhos, viabilizando rumos*. [S. l.], 2017. Disponível em: <http://cebes.org.br/2017/05/direitos-humanos-e-saude-construindo-caminhos-viabilizando-rumos/>. Acesso em: 30 jul. 2020.
16. CHOLEWINSKI, Ryszard. Migrants irréguliers: l'accès aux droits sociaux minimaux. **Council of Europe**, 2005.
17. CLAUS, Paul-Emile et al. Ascaris lumbricoides: challenges in diagnosis, treatment and prevention strategies in a European refugee camp. **Acta Clinica Belgica**, v. 73, n. 6, p. 431-434, 2018.
18. COMITI, Vincent-Pierre; PATUREAU, Jacqueline. La santé des migrants en France: spécificités, dispositifs et politiques sanitaires. **Santé, Société et Solidarité**, v. 4, n. 1, p. 129-137, 2005.
19. CONASS. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. Brasília, 2007. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/collec\\_progestores\\_livro9.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/collec_progestores_livro9.pdf). Acesso em 20, jun. 2020.

20. CUENCA-GÓMEZ, José Ángel et al. Chronic hepatitis B genotype E in African migrants: response to nucleos (t) ide treatment in real clinical practice. **BMC infectious diseases**, v. 18, n. 1, p. 568, 2018.
21. DAY, Humanitarian. Refugee and migrant crisis: the deficient global response. **The Lancet**, 2016.
22. DEROSE, Kathryn Pitkin; ESCARCE, José J.; LURIE, Nicole. Immigrants and health care: sources of vulnerability. **Health affairs**, v. 26, n. 5, p. 1258-1268, 2007.
23. Dias, S., & Gonçalves, A. (2007). Migração e saúde. *Revista Migrações*, 1(6).
24. DIAS, Sónia et al. Procura de cuidados e acesso aos serviços de saúde em comunidades imigrantes: um estudo com imigrantes e profissionais de saúde. **Arquivos de Medicina**, v. 24, n. 6, p. 253-259, 2010.
25. EUROPEAN UNION AGENCY FOR FUNDAMENTAL RIGHTS, **Fundamental Rights of Migrants in an Irregular Situation in the European Union**. Vienna: European Union Agency for Fundamental Rights, 2011. ISBN 978-92-9192-706-7. doi:10.2811/31559
26. EYLEM, Ozlem et al. Protocol: Reducing suicidal ideation among Turkish migrants in the Netherlands and in the UK: Effectiveness of an online intervention. **International review of psychiatry**, v. 27, n. 1, p. 72-81, 2015.
27. VISUAL CAPITALIST. **Innovators wanted: these countries spend the most on R&D**. [S. l.], 2018. Disponível em: <https://www.visualcapitalist.com/money-country-puts-r-d/>. Acesso em: 1 ago. 2020.
28. FLORES, Glenn; VEGA, Luis R. Barriers to health care access for Latino children: a review. **Family Medicine-Kansas City**, v. 30, p. 196-205, 1998.
29. FRENK, J. (2016). *La salud de la población.: Hacia una nueva salud pública*. Fondo de Cultura Económica.
30. FRENK, Julio. El concepto y la medición de accesibilidad. **Salud pública de México**, v. 27, n. 5, p. 438-453, 2014.
31. FRONTEx. **Annual Risk Analysis**. Varsóvia, Polônia. 2015. Disponível em <[https://frontex.europa.eu/assets/Publications/Risk\\_Analysis/Annual\\_Risk\\_Analysis\\_2015.pdf#page=59](https://frontex.europa.eu/assets/Publications/Risk_Analysis/Annual_Risk_Analysis_2015.pdf#page=59)>. Acesso em 09 jul. 2020.
32. GALINA, Vivian Fadlo et al. A saúde mental dos refugiados: um olhar sobre estudos qualitativos. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, p. 297-308, 2017.

33. GRASSER, Lana et al. F35. From Trauma to Intervention to Validation: Mindfulness, Movement, and Arts Based Interventions for Refugees Having Experienced High Stress and Trauma. **Biological Psychiatry**, v. 83, n. 9, p. S251, 2018.
34. GREENAWAY, Christina et al. The effectiveness and cost-effectiveness of screening for latent tuberculosis among migrants in the EU/EEA: a systematic review. **Eurosurveillance**, v. 23, n. 14, p. 17-00543, 2018.
35. GREENAWAY, Christina et al. Tuberculosis: evidence review for newly arriving immigrants and refugees. **Cmaj**, v. 183, n. 12, p. E939-E951, 2011.
36. GUERRA, Katia; VENTURA, Miriam. Bioética, imigração e assistência à saúde: tensões e convergências sobre o direito humano à saúde no Brasil na integração regional dos países. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 25, n. 1, p. 123-129, 2017.
37. HASSAN, Ahmad; SHARIF, Kareem. Efficacy of Telepsychiatry in Refugee Populations: A Systematic Review of the Evidence. **Cureus**, v. 11, n. 1, 2019.
38. HEIDE, F. Jackie June ter; MOOREN, Trudy M.; KLEBER, Rolf J. Complex PTSD and phased treatment in refugees: A debate piece. **European journal of psychotraumatology**, v. 7, n. 1, p. 28687, 2016.
39. HEIN, Kyaw Thu et al. Low uptake of malaria testing within 24 h of fever despite appropriate health-seeking among migrants in Myanmar: a mixed-methods study. **Malaria journal**, v. 17, n. 1, p. 396, 2018.
40. HUNTER-ADAMS, Jo; ROTHER, Hanna-Andrea. Um estudo qualitativo das barreiras linguísticas entre os prestadores de cuidados de saúde sul-africanos e os migrantes transfronteiriços. **Pesquisa de serviços de saúde BMC**, v. 17, n. 1, pág. 97, 2017.
41. IMDH. Glossário. In: IMDH. **Glossário**. [S. l.], 2014. Disponível em: <https://www.migrante.org.br/imdh/glossario/>. Acesso em: 1 ago. 2020.
42. INCE, Burçin Ünlü et al. Internet-based, culturally sensitive, problem-solving therapy for Turkish migrants with depression: randomized controlled trial. **Journal of medical Internet research**, v. 15, n. 10, p. e227, 2013.
43. JAYAWEERA, Hiranthi. Health of migrants in the UK: what do we know. **The migration observatory**, University of Oxford, 2011.
44. JENSEN, Bo Søndergaard. Treatment of a multitraumatized tortured refugee needing an interpreter with exposure therapy. **Case reports in psychiatry**, v. 2013, 2013.
45. KIRMAYER, Laurence J. et al. Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. **Cmaj**, v. 183, n. 12, p. E959-E967, 2011.

46. Lamb, C. F., & Smith, M. (2002). Problems refugees face when accessing health services. **New South Wales Public Health Bulletin**, 13(7), 161-163.
47. Levac, D., Colquhoun, H., & O'Brien, K. K. (2010). Scoping studies: advancing the methodology. **Implementation science**, 5(1), 69.
48. LLOP-GIRONÉS, Alba et al. Acceso a los servicios de salud de la población inmigrante en España. **Revista Española de Salud Pública**, v. 88, n. 6, p. 715-734, 2014.
49. LOUTET, Miranda G. et al. National roll-out of latent tuberculosis testing and treatment for new migrants in England: a retrospective evaluation in a high-incidence area. **European Respiratory Journal**, v. 51, n. 1, 2018.
50. MAGALHAES, L; CARRASCO, C; GASTALDO, D; Undocumented migrants in Canada: a scope literature review on health, access to services, and working conditions. **Journal of immigrant and minority health**, v. 12, n. 1, p. 132, 2010.
51. MARINUCCI, Roberto; MILESI, Rosita. Migrações Internacionais Contemporâneas. **Migrações Internacionais Contemporâneas**. [S. l.], 21 jun. 2005. Disponível em: <https://www.migrante.org.br/refugiados-e-refugiadas/migracoes-internacionais-contemporaneas/>. Acesso em: 29 abr. 2020.
52. MASSEY, Douglas S.; PREN, Karen A. Unintended consequences of US immigration policy: Explaining the post-1965 surge from Latin America. **Population and development review**, v. 38, n. 1, p. 1-29, 2012.
53. MCGREADY, Rose et al. Audit of antenatal screening for syphilis and HIV in migrant and refugee women on the Thai-Myanmar border: a descriptive study. **Research**, v. 3, 2014.
54. MCKEARY, Marie; NEWBOLD, Bruce. Barriers to care: The challenges for Canadian refugees and their health care providers. **Journal of Refugee Studies**, v. 23, n. 4, p. 523-545, 2010.
55. MENDELSON, Joshua B. et al. Is forced migration a barrier to treatment success? Similar HIV treatment outcomes among refugees and a surrounding host community in Kuala Lumpur, Malaysia. **AIDS and Behavior**, v. 18, n. 2, p. 323-334, 2014.
56. MENDELSON, Joshua B. et al. Low levels of viral suppression among refugees and host nationals accessing antiretroviral therapy in a Kenyan refugee camp. **Conflict and health**, v. 11, n. 1, p. 11, 2017.
57. MITCHELL, Tarissa et al. Impact of enhanced health interventions for United States-Bound refugees: evaluating best practices in migration health. **The American journal of tropical medicine and hygiene**, v. 98, n. 3, p. 920-928, 2018.

58. MOHANTY, Sarita A. et al. Health care expenditures of immigrants in the United States: a nationally representative analysis. **American Journal of Public Health**, v. 95, n. 8, p. 1431-1438, 2005.
59. MONGE-MAILLO, B.; LÓPEZ-VÉLEZ, R. Challenges in the management of Chagas disease in Latin-American migrants in Europe. **Clinical Microbiology and infection**, v. 23, n. 5, p. 290-295, 2017.
60. MORINA, Naser et al. Combining biofeedback and Narrative Exposure Therapy for persistent pain and PTSD in refugees: a pilot study. **European journal of psychotraumatology**, v. 3, n. 1, p. 17660, 2012.
61. MURRAY, Kate E.; DAVIDSON, Graham R.; SCHWEITZER, Robert D. Review of refugee mental health interventions following resettlement: Best practices and recommendations. **American Journal of Orthopsychiatry**, v. 80, n. 4, p. 576, 2010.
62. NORDBRANDT, Maja Sticker et al. Treatment of traumatised refugees with basic body awareness therapy versus mixed physical activity as add-on treatment: Study protocol of a randomised controlled trial. **Trials**, v. 16, n. 1, p. 1-12, 2015.
63. NYAMUSORE, Jose et al. Risk factors for transmission of Salmonella Typhi in Mahama refugee camp, Rwanda: a matched case-control study. **Pan African Medical Journal**, v. 29, n. 1, p. 1-13, 2018.
64. OIM. Glossário sobre migração. **Direito internacional da migração**, n. 22, 2009.
65. OIM. **World Migration Report 2019**. Disponível em: <<https://www.iom.int/wmr/>>. Acesso em: 04 mar.2020.
66. OMS. **Asamblea Mundial. Promoción de la salud de refugiados y migrantes: proyecto de plan de acción mundial, 2019-2023: informe del Director General. Organización Mundial de la Salud**, 2019.
67. OMS. **Declaração de Alma-Ata**. Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde. Alma-ata, URSS, v. 6, p. a12, 1978.
68. OMS. **Global tuberculosis report 2018**. 2018. Geneva, 2019.
69. OMS. **Human Rights and Health**. 2017. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>. Acesso em 31 mar. 2020.
70. ONU. **Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável**. 2015. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>. Acesso em: 16 mar.2020.
71. ONU. **Declaração universal dos direitos humanos**, Genebra, 1948.

72. ONU, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019). **World Population Prospects 2019: Highlights** (ST/ESA/SER.A/423).
73. ONU. **Global Compact on Refugees**, 2018.
74. ONU. **International covenant on economic, social and cultural rights**. United Nations, Treaty Series, v. 993, n. 3, p. 2009-57, 1966.
75. PARLAMENTO EUROPEU. Política de Imigração. **Fichas Temáticas sobre a União Européia**. 2015. Disponível em:  
<<https://www.europarl.europa.eu/factsheets/pt/sheet/152/politica-de-imigracao>>. Acesso em: 19 mai. 2020.
76. PATARRA, Neide Lopes. Migrações Internacionais de e para o Brasil Contemporâneo volumes, fluxos, significados e políticas. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 23-33, julho 2005.
77. PEASE, Marisa; SOLLUM, Richard; WAYNE, Peter. Acupuncture for refugees with posttraumatic stress disorder: initial experiences establishing a community clinic. **Explore**, v. 5, n. 1, p. 51-54, 2009.
78. Peters, M., Godfrey, C., McInerney, P., Baldini Soares, C., Khalil, H., & Parker, D. (2017). Chapter 11: Scoping Reviews. **Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual**.
79. PHARES, Christina R. et al. Presumptive treatment to reduce imported malaria among refugees from east Africa resettling in the United States. **The American journal of tropical medicine and hygiene**, v. 85, n. 4, p. 612-615, 2011.
80. PICON, Paulo Dornelles et al. **Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas**. 2013.
81. POTTIE, Kevin et al. Evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees. **Cmaj**, v. 183, n. 12, p. E824-E925, 2011.
82. POTTIE, Kevin et al. Prevention and assessment of infectious diseases among children and adult migrants arriving to the European Union/European Economic Association: A protocol for a suite of systematic reviews for public health and health systems. **BMJ open**, v. 7, n. 9, p. e014608, 2017.
83. RAMOS, María et al. Problemas y propuestas de mejora en la atención sanitaria a los inmigrantes económicos. **Gaceta Sanitaria**, v. 15, n. 4, p. 320-326, 2001.
84. Rechel, B., Mladovsky, P., Ingleby, D., Mackenbach, J. P., & McKee, M. (2013). Migration and health in an increasingly diverse Europe. **The Lancet**, 381(9873), 1235-1245.
85. RICKS, Philip M. et al. Estimating the burden of tuberculosis among foreign-born persons acquired prior to entering the US, 2005–2009. **PLoS One**, v. 6, n. 11, p. e27405, 2011.

86. ROSSI, Carmine et al. Hepatitis B screening and vaccination strategies for newly arrived adult Canadian immigrants and refugees: a cost-effectiveness analysis. **PloS One**, v. 8, n. 10, 2013.
87. RUTTA, E. et al. Prevention of mother-to-child transmission of HIV in a refugee camp setting in Tanzania. **Global public health**, v. 3, n. 1, p. 62-76, 2008.
88. 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**, v. 23, n. 2, p. 477-494, 2016.
89. SARKADI, Anna et al. Teaching Recovery Techniques: evaluation of a group intervention for unaccompanied refugee minors with symptoms of PTSD in Sweden. *European child & adolescent psychiatry*, v. 27, n. 4, p. 467-479, 2018.
90. SAROUFIM, Maya et al. Ongoing epidemic of cutaneous leishmaniasis among Syrian refugees, Lebanon. **Emerging infectious diseases**, v. 20, n. 10, p. 1712, 2014.
91. SCHOCK, Katrin et al. Impact of new traumatic or stressful life events on pre-existing PTSD in traumatized refugees: Results of a longitudinal study. *European Journal of Psychotraumatology*, v. 7, n. 1, p. 32106, 2016.
92. SCHOTTELKORB, April A.; DOUMAS, Diana M.; GARCIA, Rhyan. Treatment for childhood refugee trauma: A randomized, controlled trial. **International Journal of Play Therapy**, v. 21, n. 2, p. 57, 2012.
93. SMALL, Eusebius et al. Mental health treatment for resettled refugees: A comparison of three approaches. **Social Work in Mental Health**, v. 14, n. 4, p. 342-359, 2016.
94. SONNE, Charlotte et al. Treatment of trauma-affected refugees with venlafaxine versus sertraline combined with psychotherapy-a randomised study. **Bmc Psychiatry**, v. 16, n. 1, p. 383, 2016.
95. SPALLEK, Jacob; ZEEB, Hajo; RAZUM, Oliver. Prevention among immigrants: the example of Germany. **BMC public health**, v. 10, n. 1, p. 92, 2010.
96. STAUFFER, William M. et al. Presumptive treatment and medical screening for parasites in refugees resettling to the United States. **Current infectious disease reports**, v. 15, n. 3, p. 222-231, 2013.
97. TRICCO, Andrea C. et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. **Annals of internal medicine**, v. 169, n. 7, p. 467-473, 2018.

98. UGURLU, Nilay; AKCA, Leyla; ACARTURK, Ceren. An art therapy intervention for symptoms of post-traumatic stress, depression and anxiety among Syrian refugee children. **Vulnerable children and youth studies**, v. 11, n. 2, p. 89-102, 2016.
99. ÜNLÜ, Burçin et al. Guided self-help on the internet for turkish migrants with depression: the design of a randomized controlled trial. **Trials**, v. 11, n. 1, p. 101, 2010.
100. VEREA, Mónica. Los mexicanos en la política migratoria canadiense. **Norteamérica**, v. 5, n. 1, p. 93-127, 2010.
101. WADIA, Ushma et al. Randomised controlled trial comparing daily versus depot vitamin d3 therapy in 0–16-year-old newly settled refugees in Western Australia over a period of 40 weeks. **Nutrients**, v. 10, n. 3, p. 348, 2018.
102. WALTERS, Jaime K.; SULLIVAN, Amy D. Impact of routine quantiferon testing on latent tuberculosis diagnosis and treatment in refugees in Multnomah County, Oregon, November 2009–October 2012. **Journal of immigrant and minority health**, v. 18, n. 2, p. 292-300, 2016.
103. OPAS. **Cooperation Agenda in. 55th Directing Council**. 2016. Disponível em: <<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/CD55-R13-e.pdf>>. Acesso em 05 jun. 2020.
104. WHO. Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO). 1946. 2011.
105. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World malaria report 2019**. World Health Organization, 2016.
106. ZEHETMAIR, Catharina et al. Psychotherapeutic Group Intervention for Traumatized Male Refugees Using Imaginative Stabilization Techniques—A Pilot Study in a German Reception Center. **Frontiers in psychiatry**, v. 9, p. 533, 2018.

## Apêndice A

Matriz de extração de síntese dos dados das publicações incluídas na pesquisa.

Publicações	País de realização do estudo	Context	Participante	Agravos/Doenças relacionadas ao PCDT	Nível de Atenção relacionado ao PCDT (Primária, Especializada, Alta Complexidade ou de acesso)	Tipo específico de população	PCDT	Quais barreiras acesso citadas	PCDT implementado ou experimental	O PCDT tem relação com alguma política pública para esta população específica
<b>Treatment of a Klebsiella pneumoniae KPC cellulitis and gut decolonization with ceftazidime/avibactam in a migrant from Libya</b>	Itália	Descrição de caso de uma Celulite por Klebsiella pneumoniae produtor de Betalactâmico. Proveniente da Líbia, nascido em Bangladesh, chegou na Europa provindo do mar mediterrâneo	Paciente adulto, sexo masculino	Celulite ulcerosa em perna esquerda	Alta Complexidade	Migrante	ceftazidima / avibactam , meropenem e fosfomicina, intravenoso por 10 dias	nenhuma	Implementado	Não
<b>Prevention of mother-to-child transmission of HIV in a refugee camp setting in Tanzania</b>	Tanzânia	Descrição de resultados de um programa piloto de 2 anos implementação da prevenção da transmissão do HIV de mãe para filho (PTV) no maior acampamento para refugiados de Lukole, localizado no distrito de Ngara, na região de Kagera, no oeste da Tanzânia. Atualmente, é de organização da ACNUR e possui refugiados provindos de diversas regiões da África.	Paciente gestante mulher adulta, recém nascidos filhos de paciente HIV positivo, n= 10666 gestantes, n= 301 gestantes hiV	HIV	Atenção primária/Alta Complexidade	Refugiados	Toda paciente gestante é encaminhada ao aconselhamento pré natal, onde se oferece o teste rápido de HIV. Se o teste rápido for positivo, as gestantes são orientadas a usarem Nevirapina 200mg a partir das 34 semanas de	nenhuma	Implementado	Sim, a diminuição de transmissão vertical de HIV.

			positivas, n=184 recém nascidos				gravidez e no início do trabalho de parto. São estimuladas a realizarem os partos no hospital. Após o nascimento, os recém nascidos devem ingerir xarope de Nevirapina (2 mg / kg dose única) dentro de 8 horas após o nascimento.			
<b>Low uptake of malaria testing within 24 h of fever despite appropriate health-seeking among migrants in Myanmar: a mixed-methods study</b>	Myanmar	Estudo explicativo de métodos mistos. O componente quantitativo (análise analítica transversal) de uma pesquisa sobre malária de migrantes que avaliou o conhecimento; busca de saúde; e testes dentro 24 h de febre e seus fatores associados. O componente qualitativo (desenho descritivo) explorou as perspectivas de migrantes e prestadores de cuidados de saúde nas barreiras e soluções sugeridas para aumentar a realização do teste rápido dentro de 24 horas após o início dos sintomas.	Pacientes adultos e crianças, ambos os sexos, n=964	Malária	Atenção Primária/ Alta Complexidade	Migrante não especificado	Diagnóstico: teste rápido para malária (SD-Bioline malaria Ag P.f/P.v combo 25). Tratamento: Artemisinina	Falta de insumos, automedicação, desconhecimento da doença e locais de diagnóstico e tratamento	Implementado	Sim
<b>A transdiagnostic community-based mental health treatment for comorbid disorders: development and outcomes of a randomized controlled trial among Burmese</b>	Thailandia	Estudo experimental conduzidos em adultos birmaneses na Tailândia, para identificação da necessidade desses Migrantes em relação à saúde mental e promover apropriado tratamento, utilizando um método de pesquisa DIME (design, implementation, monitoring and evaluation).	Pacientes Adultos, n=347	Depressão moderada e severa, transtorno do estresse pós-traumático	Atenção primária	Migrante	Diagnóstico para depressão moderada ou severa e transtorno pós-traumático através do Hopkins Symptom Checklist -25 e o Harvard Trauma Questionnaire.	Medo de deportação	Experimental	Não

refugees in Thailand							Tratamento CETA (abordagem de tratamento transdiagnóstico). CETA + SBI (screening brief intervention) para abuso de álcool, ambos associados à modificações conforme necessidade cultural.			
<b>Acupuncture for refugees with posttraumatic stress disorder: initial experiences establishing a community clinic</b>	Estados Unidos da América	Descreve o oferecimento de acupuntura como tratamento do TEPT em uma clínica já estabelecida em uma comunidade de refugiados em Boston, oferecendo tratamentos gratuitos, além de resumir as literaturas avaliando o uso de acupuntura para TEPT		transtorno do estresse pós-traumático	Atenção Especializada	Refugiados	Diagnóstico: DSM-IVTR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IVTR) Tratamento: Acupuntura personalizada conforme necessidade.	Nenhuma citada	Implementado	Não
<b>Acute interventions for refugee children and families</b>	Estados Unidos da América	Classifica 3 estágios do processo migratório de crianças refugiadas (preflight, flight e resettlement) com suas características, para explicar possíveis causas para o TEPT. Após, discute sobre diagnóstico	Crianças	transtorno do estresse pós-traumático	Atenção Primária/Atenção Especializada	Refugiados	Diagnóstico: <i>Rapid Assessment of Mental Health Needs of Refugees, Displaced and Other Populations Affected by Conflict and Post-Conflict Situations</i> (Rápida Avaliação das necessidades de saúde mental de refugiados, deslocados e outras populações Afetados por situações de conflito e pós-conflito) Tratamento: PFA	Dificuldade linguística	Implementado	Sim

							(Psychological First Aid) e SPR (Skills for Psychological Recovery)			
<b>An art therapy intervention for symptoms of post-traumatic stress, depression and anxiety among Syrian refugee children</b>	Turquia	Examina a prevalência de sintomas psicológicos entre crianças refugiadas e avalia o efeito de uma intervenção de arteterapia no estresse pós-traumático, sintomas de depressão e ansiedade, em 63 crianças sírias refugiadas na Turquia.	Crianças sírias de 7 a 12 anos (29 F, 34 M), n= 63	estresse pós-traumático, depressão e ansiedade	Atenção Especializada	Refugiados	Diagnóstico: The Stressful Life Events (SLE) Questionnaire para TEPT, Child Depression Inventory (CDI) para depressão, State-Trait Anxiety Scale para ansiedade e UCLA Post-Traumatic Stress Disorder (UCLA PTSD) INDEX for DSM-IV (versão para os pais). Tratamento: arteterapia incluindo terapia de arte visual, dançaterapia e musicoterapia, associada a SPR (Skills for Psychological Recovery)	Dificuldade em falar sobre seus sentimentos (comunicação)	Implementado	Não

<b>Ascaris lumbricoides: challenges in diagnosis, treatment and prevention strategies in a European refugee camp</b>	França	Relato de caso de paciente refugiada, paquistanesa, com diagnóstico e tratamento para <i>Ascaris Lumbricoides</i> , em campo de reugiados no Norte da França.	Paciente feminina, 65 anos, n=1	Ascariíase	Alta Complexidade	Refugiados	Diagnóstico: Colonoscopia Tratamento: Mebendazol 100mg 2x ao dia por 3 dias		Implementado	Não
<b>Audit of antenatal screening for syphilis and HIV in migrant and refugee women on the Thai-Myanmar border: a descriptive study</b>	Mianmar e Tailândia	Analisa a prevalência em pré-natal de sífilis e HIV / AIDS e associação dessas duas doenças em migrantes e refugiados durante o primeiro ano de triagem rotineira da sífilis na mesma população e reavaliar as tendências em taxas de HIV em uma unidade The Shoklo Malaria Research Unit, situada na fronteira entre Mianmar e Tailândia, que atende migrantes e refugiados.	Pacientes gestantes, idade entre 14 e 48 anos, n= 3592	HIV e Sífilis	Atenção Primária	Migrante e refugiados	Diagnóstico: HIV por teste rápido. Se positivo, teste sorológico como confirmatório. Sífilis por VDRL. Se positivo, TPHA como teste confirmatório. Tratamento: HIV com A terapia ARV foi GPO-vir® (uma combinação de Stavudine (D4T) 30 mg, Lamivudine (3TC) 150 mg e Nevirapina (NVP) 200 mg) um comprimido duas vezes ao dia, para pacientes com baixa contagem de CD4 (<350 / mm <sup>3</sup> ); e para apresentação tardia da gravidez (34 semanas ou mais) ou CD4 (≥350 / mm <sup>3</sup> ) e depois zidovudina (AZT) 300 mg e Lamivudina (3TC)		Implementado	Não

							150 mg como uma combinação comprimido (ZilarVir) e Efavirenz (EFV) 600 mg, tomados em dose única uma vez ao dia. A terapia Sífilis foi penicilina benzatina G 2,4 milhões de unidades por injeção intramuscular.		
<b>Brief psychoeducational group treatment with re-traumatized refugees and asylum seekers.</b>	Estados Unidos da América	Descreve a implementação de um tratamento em grupo psicoeducacional com alunos com histórico de trauma de refúgios, guerra e violações de direitos humanos com agravamento dos sintomas de transtorno do estresse pós-traumático após os ataques terroristas de 11/09/2001 na cidade de Nova York.	Pacientes adolescentes e adultos jovens, 14 a 23 anos, n=7, ambos os sexos	Transtorno do Estresse pós-traumático	Atenção Primária	Migrante	Diagnóstico por entrevista semi estruturada realizada individualmente buscando sintomas relacionados ao TEPT. Tratamento Tratamento em grupo psicoeducativo proporcionar estabilização emocional e comportamental e alívio dos sintomas através da educação em trauma e gerenciamento do estresse com treinamento de habilidades, em grupos fechados, com sessões de 60 minutos semanais por 7 semanas.	Implementado	Sim

<b>Challenges in the management of Chagas disease in Latin-American migrants in Europe</b>	Europa	Analisa a gestão de saúde dos migrantes latino-americanos com doença de Chagas na Europa podem ser melhorados, discutindo aspectos de rastreio, diagnóstico e tratamento de países europeus. Além disso, aborda barreiras de acesso aos serviços de saúde e discute o atual diagnóstico e tratamento da doença.	Sem definição	Doença de Chagas	Atenção Primária	Migrante	Diagnóstico: por dois testes sorológicos positivos que use antígenos de parasitas diferentes. Além disso, testes não parasitológicos complementares devem ser realizada em pacientes com doença de Chagas para determinar a presença de visceral envolvimento. Tratamento: benznidazol e nifurtimox	Dificuldade linguística, financeira, culturais e o próprio status legal da imigração	Implementado	Sim
<b>Chronic hepatitis B genotype E in African migrants: response to nucleos (t) ide treatment in real clinical practice</b>	Espanha	Analisar a resposta ao tratamento com NA (entecavir ou tenofovir) em pacientes subsaarianos com CHB infecção pelo genótipo E na prática.	Pacientes adultos, n=28, ambos os sexos	Hepatite B genótipo E	Alta Complexidade	Migrante	As amostras de soro foram avaliadas quanto à presença de HBsAg, anti-HBc e anti-HBs. Quando o HBsAg foi detectado, o HBeAg e o anti-HBe. Pacientes com transaminases hepáticas normais e carga viral abaixo de 200UI/mL são caracterizados como portadores crônicos inativos. Os demais pacientes com positividade para HBsAg foram classificados como	Barreiras de acesso não especificada	Implementado	Não



<b>Combining biofeedback and Narrative Exposure Therapy for persistent pain and PTSD in refugees: a pilot study.</b>	Suiça	Avalia os efeitos preliminares de tratamento combinado de 10 sessões de biofeedback-based cognitive behavioural intervention e 10 sessões de protocolo Narrative Exposure Therapy. Este foi um piloto não controlado estudo para examinar a viabilidade, aceitação e segurança da intervenção combinada.	Pacientes adultos, n= 18, ambos os sexos	Transtorno do estresse pós-traumático e dor crônica	Atenção Especializada	Refugiados	Diagnósticos do DSM-IV para dor crônica (excluindo dor neuropática) e TEPT. Tratamento: Foram combinadas duas técnicas (biofeedback-based cognitive behavioural intervention – BF e		Experimental	Não
<b>Complex PTSD and phased treatment in refugees: A debate piece</b>	Holanda	O artigo defende duas teses: a que o trauma-complex leva a TEPT apenas em uma minoria de refugiados e a que o tratamento focado no trauma deve ser oferecido a todos os refugiados que procuram tratamento para TEPT defendidos pela comparação de dados sobre a prevalência de TEPT complexo em refugiados com aqueles em outras populações expostas a trauma, usando estudos derivados de uma revisão sistemática, além de conclusões de revisões sistemáticas e uma meta-análise da eficácia dos tratamentos psicoterapêuticos tratamento em refugiados.	Pacientes sem distinção de idade, ambos os sexos	Transtorno do estresse pós-traumático e dor crônica	Atenção Especializada	Refugiados e requerentes de asilo	Diagnóstico: DSM-V Tratamento: Tratamento em fases (primeira fase que foca na segurança, redução de sintomas e treinamento de habilidades; uma segunda fase que se concentra no processamento de traumático recordações e uma terceira fase que se concentra na social e reintegração psicológica) e tratamento focado no trauma		Implementado	Não
<b>Efficacy of Telepsychiatry in Refugee Populations: A Systematic Review of the Evidence</b>	Estados Unidos da América	Avalia a literatura existente em relação à telepsiquiatria, determinando a eficácia clínica e custo-efetividade em ambientes com restrições de recursos.	Pacientes crianças e adultos, ambos os sexos	Depressão, transtorno do pânico, transtorno do estresse pós-traumático, esquizofrenia e bulimia nervosa	Atenção Especializada	Refugiados	Diagnóstico: DSM-IV Tratamento: Telepsiquiatria (tratamento através de vídeo conferência)	Dificuldade linguística, status legal da imigração (falta de documentação como impedimento)	Experimental	Não

**Evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees**

Canada	Overview sobre os principais guidelines para algumas doenças e agravos, específicos para migrantes, no Canadá.	Pacientes todas as idades, ambos os sexos	Hepatite B, Hepatite C, Anemia Ferropriva, Esquistossomose, Estrongiloidíase, Tuberculose, Depressão, Distúrbio Visual	Atenção Primária	Migrante	Hepatite B – Diagnóstico: teste sorológico para Hepatite B. Tratamento: se positivo, encaminhar para hepatologista para tratamento com anti-virais. Hepatite C – Diagnóstico: teste sorológico para Hepatite C. Tratamento: se positivo, encaminhar para hepatologista (interferon e ribavirina). Tuberculose - Diagnóstico: teste tuberculínico. Tratamento: se latente, isoniazida. Estrongiloidíase - Diagnóstico: teste sorológico específico e microscopia das fezes. Tratamento: ivermectina. Esquistossomose - Diagnóstico: teste sorológico específico e microscopia das fezes. Tratamento: praziquantel. Depressão – Diagnóstico PHQ-9. Tratamento: Encaminhamento	Menor imunização entre Migrantes, dificuldades linguísticas e culturais, dificuldade financeira	Implementado	Sim
--------	--	---	--	------------------	----------	--	---	--------------	-----

							ao serviço de saúde mental. Anemia Ferropriva – Diagnóstico: dosagem de hemoglobina. Tratamento: suplementação de ferro. Distúrbio Visual – Diagnóstico: exame visual <6/12. Tratamento: encaminhar ao oftalmologista ou optometrista. HIV - Tratamento: Sorologia para HIV 1 e 2. Tratamento: terapia associada com 2 ou 3 antirretrovirais. T			
<b>F35. From Trauma to Intervention to Validation: Mindfulness, Movement, and Arts Based Interventions for Refugees Having Experienced High Stress and Trauma</b>	Estados Unidos da América	Há evidências de que terapia de dança / movimento (DMT), arte, ioga e alta intensidade o treinamento intervalado (HIIT) pode reduzir o estresse e a carga somática. No entanto, faltam dados quantitativos e entendimento neurofisiológico do impacto. Refugiados com alto estresse e trauma participam em 12 semanas de sessões semanais de 90 minutos em DMT ou arte (crianças 7-17), yoga consciente (mulheres acima de 18 anos) ou treinamento HIIT (homens 18+). Níveis de cortisol (amostras de cabelo; associados ao estresse) e marcadores de inflamação Proteína C-Reativa, IL-1 e IL-6	Pacientes acima de 7 anos, n= 12, ambos os sexos	Trauma e estresse	Atenção Primária	Refugiados	Diagnóstico: Níveis de cortisol e marcadores de inflamação Proteína C-Reativa, IL-1 e IL-6 e TNF alfa Tratamento: Sessões semanais (12) de 90 minutos em DMT (terapia de dança / movimento) ou arte (crianças 7-17), yoga consciente (mulheres acima de 18 anos) ou treinamento HIIT (homens 18+)	Dificuldade linguística, barreira cultural	Experimental	Não

		e TNF alfa (amostras de sangue para adultos; amostras de saliva para crianças; todas associados ao TEPT, ansiedade e depressão) são medidos antes, durante e imediatamente após o tratamento, bem como 3 e 6 meses de acompanhamento. Avaliamos o estado psicológico nos mesmos pontos no tempo. Dados piloto de 5 mulheres (yoga) mostraram 29% diminuição da carga somática após a intervenção completa. Observou-se uma diminuição de 34% nos transtornos de ansiedade em crianças.								
<b>Guided self-help on the internet for turkish migrants with depression: the design of a randomized controlled trial</b>	Holanda	Estudo randomizado controlado usando padrão de intervenção psicológica, que pode ser trabalhada de forma independente pelos próprios usuários em suas próprias casas, pela web. O os clientes recebem feedback semanal de um treinador por e-mail. Possui uma estrutura de autoexame e baseia-se na terapia de solução de problemas (PST), levando 6 semanas para ser concluída. Realizada em adultos turcos com sintomas depressivos leves a moderados. Relata tratamento de sintomas somáticos, ansiedade, aculturação, qualidade de vida e satisfação.	Pacientes adultos, ambos os sexos, n=200	Depressão, Ansiedade, Somatização e dificuldade de Aculturação	Atenção Primária	Migrante	Diagnóstico: Depressão – CES-D (Center for Epidemiologic Depression Scale) (CES-D). Ansiedade – HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale). Somatização – SOM (The Somatization subscale on the Symptom). Aculturação – LAS (The Lowlands Acculturation Scale) Checklist-90-Revised (SCL-90-R). Qualidade de vida – EQ5D (EuroQol Questionnaire) e Satisfação – Likert scale	Dificuldade linguística	Experimental	Não

							Tratamento: AOC-TR Alles Onder Controle (AOC). Tratamento web guiado em versão culturalmente adaptada, com base nas necessidades da População turca disponível em holandês e em Turco.			
<b>Hepatitis B screening and vaccination strategies for newly arrived adult Canadian immigrants and refugees: a cost-effectiveness analysis</b>	Canadá	Uma análise custo-efetiva foi realizada para comparar quatro triagem e vacinação contra o HBV estratégias sem intervenção em uma coorte hipotética de Migrantes canadenses adultos recém-chegados. Foram consideradas como estratégias: vacinação universal, triagem sorológica para Hepatite B e vacinação prévia, triagem para Hepatite B crônica e tratamento e triagem combinada para Hepatite B crônica e imunidade, tratamento e vacinação prévios, tendo em vista a aumentada mortalidade de Migrantes no Canadá por Carcinoma Hepatoceular.	Pacientes todas as idades, ambos os sexos, n=250.000 (número hipotético)	Hepatite B	Protocolo de Acesso	Migrantes	Diagnóstico: testes anti-HBs e HBsAg. Tratamento: para os que apresentarem HBsAg, será oferecido tratamento com um análogo de nucleosídeo de primeira linha.	Falta de conhecimento e conscientização sobre infecção por HBV e triagem	Implementado	Sim

**Impact of enhanced health interventions for United States–Bound refugees: evaluating best practices in migration health**

Thailândia e Birmânia	Foram oferecidos testes para parasitoses, anemia e infecção pelo vírus da hepatite B, para refugiados norte-americanos provindos três campos de fronteira Tailândia-Birmânia. O tratamento e as medidas preventivas foram iniciados antes do reassentamento. Foram analisadas as prevalências de cada agravo e relacionadas ao seu tratamento proposto.	Pacientes com idade maior ou igual a 15 anos, ambos os sexos, n= 2004	Anemia, Parasitose e Hepatite B	Protocolo de Acesso e Atenção Primária	Refugiados	Diagnóstico: Anemia - contagem de células sanguíneas. Parasitose - PCR (reação de cadeia polimerase) nas no exame de fezes com pesquisa para <i>Strongyloides</i> , <i>Ascaris</i> , <i>Giardia</i> , <i>Hookwormspp.</i> , <i>Trichuris</i> e <i>Criptosporidiu</i> , <i>Strongyloides</i> , <i>Ascaris</i> , <i>Giardia</i> , <i>Hookwormspp.</i> , <i>Trichuris</i> e <i>Crptosporidium</i> , Hepatite B - teste rápido para detecção de HBsAg. Tratamento: Anemia - tratamento com suplementação de ferro ou multivitamínicos associado ao ferro, Parasitose - Albendazol e Ivermectina., Hepatite B - encaminhamento para nível de atenção terciário.	Implementado	Não
-----------------------	---	---	---------------------------------	--	------------	---	--------------	-----

<b>Impact of new traumatic or stressful life events on pre-existing PTSD in traumatized refugees: Results of a longitudinal study</b>	Alemanha	Investiga o curso de sintomas de TEPT em pacientes após experimentarem um evento crítico subsequente da vida (traumático ou estressante). O estudo tem dois objetivos: comparar o sintoma de TEPT, depressão e ansiedade em um grupo de pacientes com TEPT que experimentou um evento crítico da vida com outro grupo sem essa experimentação e avaliar o impacto de uma lesão traumática ou evento de vida estressante o curso dos sintomas. Além disso, cria-se a hipótese que indivíduos com doenças pré-existentes ao TEPT que experimentam um novo trauma mostram um TEPT maior rico em sintomas do que aqueles que experimentam um estresse evento de vida.	Pacientes de ambos os sexos, sem especificação de idade, n=94	Eventos traumáticos, ansiedade, depressão e TEPT	Atenção Especializada	Migrante	Diagnóstico: posttraumatic stress symptoms (PTS), Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS), anxiety, and depression (Hopkins Symptom Checklist (HSCL-25). Tratamento: tratamento multimodal, incluindo psicoterapia (ou seja, intervenções psicoeducacionais, focadas em traumas ecléticos e intervenções orientadas a recursos), bem como intervenções médicas e apoio de assistentes sociais	Implementado	Não	
<b>Impact of routine quantiferon testing on latent tuberculosis diagnosis and treatment in refugees in Multnomah County, Oregon, November 2009–October 2012</b>	Estados Unidos da América	Foi realizada uma coorte retroativa de refugiados rastreados para tuberculose entre 1º de novembro de 2009 a 30 de abril de 2011 e 1º de maio de 2011 - 31 de outubro de 2012 . Os períodos foram selecionados na primeira fase com diagnóstico de infecção latente por tuberculose com teste tuberculínico e no segundo período com diagnóstico por ensaio de liberação de interferon- $\gamma$ (IGRA). Foram selecionados 2444 refugiados, entre 5 e 50 anos.	Pacientes entre 5 e 50 anos, ambos os sexos, n= 2244	Tuberculose	Protocolo de Acesso	Refugiados	Diagnóstico: teste tuberculínico ou Ensaio de liberação de interferon-gama (IGRA). Tratamento: Rifampicina por 6 a 9 meses ou Isoniazida (INH) por 4 a 6 meses, dependendo da idade.	Pouca educação em saúde, dificuldade linguística e barreiras culturais, alta taxa de mobilidade entre os Migrantes	Experimental	Sim

<b>Internet-based, culturally sensitive, problem-solving therapy for Turkish migrants with depression: randomized controlled trial</b>	Holanda	Avaliou a eficácia de uma abordagem culturalmente sensível, orientada, de autoajuda e de resolução de problemas. A intervenção através da Internet para reduzir sintomas depressivos em migrantes turcos. Portanto, foi realizado um estudo controlado randomizado, com dois braços. O desfecho primário foi a gravidade da depressão e seus sintomas.	Pacientes maiores de 18 anos, ambos os sexos, n= 96	Depressão	Atenção Primária	Migrante	Diagnóstico: Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), risco de suicídio pelo Beck Depression Inventory II (BDI-II) e Mini-international Neuropsychiatric Interview (MINI) Tratamento: intervenção de resolução de problemas auto-guiada, adaptada a uma abordagem culturalmente sensível (AOC-TR - Alles Onder Controle), realizadas em 5 sessões por 5 semanas.	Dificuldade no acesso à internet, dificuldade linguística	Experimental	Não
<b>Is forced migration a barrier to treatment success? Similar HIV treatment outcomes among refugees and a surrounding host community in Kuala Lumpur, Malaysia</b>	Malasia	Comparou a aderência ao tratamento com antirretrovirais e resultados virológicos entre clientes atendidos em uma clínica pública em Kuala Lumpur, Malásia. Foi realizada uma pesquisa transversal entre clientes adultos. As fontes de dados incluíram um questionário estruturado que mediu a adesão ao tratamento, uma medida farmacêutica da prescrição HAART e prescrições garantias nos últimos 24 meses, além de dosagem de carga viral.	Pacientes maiores de 18 anos, ambos os sexos, n= 153	HIV	Atenção Especializada	Refugiados	Diagnóstico: Sorológico, e dosagem de carga viral para acompanhamento. Tratamento: Terapia antiretroviral de primeira linha (stavudina, lamivudina e nevirapina) ou segunda linha (efavirenz, lopinovir/ritonavir)	barreiras linguísticas, falta de emprego e risco de mais deslocamento para outros países	Implementado	Sim

<b>Low levels of viral suppression among refugees and host nationals accessing antiretroviral therapy in a Kenyan refugee camp</b>	Quênia	Estudo transversal repetido (Rodada Um e Rodada Dois). Todos os adultos ( $\geq 18$ anos) que receberam os cuidados da clínica do campo de refugiados e a terapia anti-retroviral (TARV) por $\geq 30$ dias foram convidados a participar. Foi avaliada a adesão ao tratamento e taxa de resistência aos antirretrovirais, comparadas a pacientes quenianos.	Pacientes adultos, ambos os sexos, n=154	HIV	Atenção Primária	Refugiados	Diagnóstico: As concentrações de RNA-1 do HIV foram medidas usando manchas de sangue seco coletadas em Papel de filtro Whatman 903. Se o paciente já estiver em tratamento e após 6 meses apresentar número de cópias virais $\geq 5000$ cópias/mL, eram realizados testes para avaliar resistência viral aos antirretrovirais (Analisador Genético ABI Prism 3130xl (Applied Biosystems, Foster City, CA, EUA), usando o HIV-1 HXB2 como a sequência de referência [13]. Protease (PR) e reverso transcriptase (RT) Tratamento: Os regimes de primeira linha consistiam dois inibidores de transcriptase reversa nucleosídeo (NRTIs), geralmente	Demora entre o diagnóstico e início do tratamento (falta de engajamento dos serviços de saúde)	Implementado	Sim
--	--------	--	--	-----	------------------	------------	--	--	--------------	-----

							lamivudina com zidovudina, estavudina ou tenofovir, combinado com uma reversão não nucleosídica inibidor da transcriptase (NNRTI), como nevirapina ou efavirenz, administrado duas vezes ao dia.			
<b>Mental health treatment for resettled refugees: A comparison of three approaches</b>	Estados Unidos da América	Estudo quase-experimental que avaliou o impacto de três diferentes intervenções de saúde mental entre refugiados de Burundi, Birmânia, República Democrática do Congo, Ruanda, e Butão. Os efeitos de oito semanas de distribuição aleatória aconselhamento em consultório (TAU), atendimento domiciliar (HBC) e um aconselhamento psicológico educacional (CPG) sobre sintomas de estresse pós-traumático, depressão, ansiedade, somatização e apoio social Os resultados indicaram mérito em cada um dos tratamentos modalidades, com eficácia variável na intervenção, de acordo com sintomas de saúde mental. Em geral, no entanto, os participantes no HBC e CPG demonstraram maior melhora geral nos transtornos mentais resultados de saúde que os participantes que recebem TAU. A amostra do grupo	Pacientes adultos, ambos os sexos, n= 132	TEPT, depressão e ansiedade	Atenção primária, Atenção Especializada	Refugiados	Diagnóstico: Post-Traumatic Stress Disorder Checklist-Civilian (PCL-C) para TEPT, Patient Health Questionnaire-Somatic, Anxiety and Depressive Symptoms Scale (PHQ-SADS) para ansiedade e depressão e Medical Outcomes Study Social Support Scale (MOSSSS) para suporte social. Tratamento: aconselhamento em consultório (treatment as usual - TAU), aconselhamento domiciliar (HBC) e um serviço psicopedagógico comunitário em	Dificuldade linguística, dificuldade cultural, dificuldade financeira	Implementado	Não

		TAU foi muito reduzida e os participantes recebiam um vale de 10\$.					grupo (CPG) por 8 semanas			
<b>Music therapy versus treatment as usual for refugees diagnosed with posttraumatic stress disorder (PTSD): study protocol for a randomized controlled trial</b>	Dinamarca	O estudo testou a eficácia do Musicoterapia comparado à psicoterapia verbal. Para tanto, foi realizado um estudo controlado randomizado, em três locais de uma região ambulatorio de psiquiatria para refugiados. As medidas de resultados são realizadas na linha de base, pós-terapia e após 6 meses de acompanhamento. Um cego avaliador mede os resultados após o tratamento e no acompanhamento. O efeito da musicoterapia pode ser explicado por teorias sobre a regulação dos afetos e engajamento social, e impacto da música nas regiões do cérebro afetadas pelo TEPT.	Pacientes adultos, ambos os sexos, n=70	TEPT, Modificação duradoura da personalidade após uma experiência catastrófica e TEPT associado a Distúrbios de extrema angústia não especificada de outra forma	Atenção Especializada	Refugiados	Diagnóstico: Harvard Trauma Questionnaire. Tratamento: Trauma- focused Music and Imagery (TMI) em 16 sessões	Dificuldade linguística, falta de confiança nos profissionais de saúde	Experimental	Não
<b>National roll-out of latent tuberculosis testing and treatment for new migrants in England: a retrospective evaluation in a high-incidence area</b>	Inglaterra	A triagem para infecção latente por tuberculose (ILTb) é uma importante intervenção para a tuberculose (TB) em países de baixa incidência e é, portanto, um componente-chave do controle da TB na Inglaterra estratégia. Este estudo descreve os resultados de um programa de triagem LTbI em uma área de alta incidência para informar a triagem nacional de LTbI na	Pacientes com idade >=16 anos, ambos os sexos, n= 5591	Tuberculose	Atenção Primária	Migrante	Diagnóstico: IGRA Tratamento: Rifampicina e Isoniazida por 3 meses.		Implementado	Sim

		Inglaterra e em outros países de baixa incidência. Estudo de coorte retrospectivo sobre a triagem de infecção latente por tuberculose entre migrantes elegíveis (de países de alta incidência e ingressados no Reino Unido nos últimos 5 anos), que foram identificados na atenção primária em Newham, Londres, entre agosto de 2014 e agosto de 2015. A regressão logística multivariável foi usada para identificar fatores associados à realização e positividade do teste IGRA e tratamento após.							
<b>Ongoing epidemic of cutaneous leishmaniasis among Syrian refugees, Lebanon</b>	Líbano	Em setembro de 2012, um surto de leishmaniose cutânea começou entre os refugiados sírios no Líbano. Para 948 pacientes nos quais a leishmaniose não foi confirmada, obtivemos amostras para confirmação microscópica e especiação molecular. Identificamos <i>Leishmania tropica</i> em 85% e <i>L. major</i> em 15% dos pacientes. Após 3 meses de terapia antimonita com meglumina, a taxa de cura inicial dos pacientes foi de 82%.	n= 1275	Leishmaniose	Atenção Especializada	Refugiados	Diagnóstico: microscopia de fragmento das lesões. Tratamento: antimoniato de meglumina. Acompanhamento com dosagem de creatinina, função hepática e eletrocardiograma a cada 2 semanas.	Implementado	Não

**Presumptive treatment and medical screening for parasites in refugees resettling to the United States**

Estados Unidos da América	<p>O Center for Disease Control and Prevention emitiu diretrizes de tratamento presuntivo pré-parto e pós-chegada para o manejo de parasitas. Embora essas diretrizes sejam com base em evidências, permanecem desafios significativos para programas de tratamento presuntivo em refugiados. Este artigo revisará a evolução e status das diretrizes atuais, bem como identificar lacunas e desafios para a plena implementação. É imperativo para médicos que atendem a essa população a se familiarizar com as intervenções recebidas pelos refugiados, desde que terá impacto na triagem, na avaliação diagnóstica e nas decisões de tratamento.</p>	Pacientes ambos os sexos, todas as idades	Ascaridíase, Estrongiloidíase e Esquistossomose	Protocolos de acesso	Refugiados	<p>Diagnóstico: teste sorológico específico e pesquisa de ovos nas fezes.  Tratamento:  Refugiados da Ásia, Centro-Leste e Norte da África, América Latina e Caribe: Albendazol 400mg dose única (helmintos transmitidos pelo solo), Ivermectina 200mcg/Kg/dia 1x dia por 2 dias (Estrongiloidíase).  África Sub-saariana, área não Loa-loa endêmica: Albendazol 400mg dose única (helmintos transmitidos pelo solo), Ivermectina 200mcg/Kg/dia 1x dia por 2 dias (Estrongiloidíase), Praziquantel 40mg/Kg (pode ser dado em 2 doses para melhor tolerância) (Esquistossomose).  África Sub-saariana, área Loa-loa endêmica: Albendazol 400mg dose única (helmintos transmitidos pelo solo), Ivermectina</p>	Falta de documentação e local de destino final dos refugiados para acesso ao tratamento	Implementado	Sim
---------------------------	--	---	---	----------------------	------------	--	---	--------------	-----





							tratamento presuntivo com Praziquantel.		
<b>Presumptive treatment to reduce imported malaria among refugees from east Africa resettling in the United States</b>	Estados Unidos da América	O estudo avalia a incidência de malária em recém refugiados que usaram. Durante 4 de maio de 2007 a 29 de fevereiro de 2008, os Estados Unidos reinstalaram 6.159 refugiados da Tanzânia. Eles receberam tratamento antimalárico antes da partida com sulfadoxina-pirimetamina (SP), parcialmente supervisionado (três / seis doses) artemeter-lumefantrina (AL) ou AL totalmente supervisionado. Trinta e nove casos de malária foram detectados. A incidência da doença foi 15,5 / 1.000 no grupo SP e 3,2 / 1.000 no grupo AL parcialmente supervisionado (variação relativa = -79%, 95% de confiança intervalo = -56% a -90%). A incidência foi de 1,3 / 1.000 refugiados no grupo de AL totalmente supervisionado (mudança relativa = -92% comparado com o grupo SP; Intervalo de confiança de 95% = -66% a -98%).	Pacientes ambos os sexos, idade 3 a 71 anos, n=39	Malária	Protocolo de acesso	Refugiados	Diagnóstico: Confirmação por microscopia da presença do Plasmodium. Tratamento: 1 - sulfadoxine-pyrimethamine (SP) como dose única supervisionada três dias antes da partida; 2 - artemether-lumefantrine (AL) duas vezes ao dia por três dias, em que três das seis doses supervisionados; artemether-lumefantrine (AL) em que todas as seis doses foram supervisionadas e co-administradas com 250 mL de leite integral. Os pacientes que usaram AL deverão tomar a medicação 24h antes da partida.Foi	Implementado	Sim

							também administrado um novo tratamento presuntivo com atovaquonaprogua nil após a chegada, para todos os pacientes assintomáticos refugiados que receberam SP pré-partida, exceto mulheres grávidas ou lactantes, pessoas com contra-indicações, e crianças com peso <5 kg <sup>2</sup> .		
<b>Prevention and assessment of infectious diseases among children and adult migrants arriving to the European Union/European Economic Association: A protocol for a suite of systematic reviews for public health and health systems</b>	Europa	A estratégia de busca identificará evidências de revisões sistemáticas existentes e atualizar a evidência de efetividade e custo-efetividade usando ensaios prospectivos, avaliações econômicas e / ou revisões sistemáticas recentemente publicadas. Equipes interdisciplinares projetaram modelos lógicos para ajudar a definir estudos critérios de inclusão e exclusão, orientando a busca estratégia e identificação de resultados relevantes. A pesquisa avaliará a certeza da evidência usando GRADE.	Pacientes ambos os sexos, todas as idades	Tuberculose, HIV, Hepatite B, Hepatite C	Atenção Primária, Atenção Especializada e Alta Complexidade, Protocolo de acessp	Migrante	Tuberculose – diagnóstico: teste tuberculínico e IGRA. Tratamento: isoniazida + rifampicina.	Implementado	Sim

<b>Protocol: Reducing suicidal ideation among Turkish migrants in the Netherlands and in the UK: Effectiveness of an online intervention</b>	Holanda	A comunidade turca que vive na Europa tem um risco aumentado de ideação suicida e tentativa de suicídio. A auto-ajuda on-line pode ser uma maneira eficaz de se envolver com essa comunidade. Este protocolo de pesquisa propõe a avaliação da eficácia de uma intervenção de auto-ajuda on-line baseada em terapia comportamental cognitiva, culturalmente adaptada, orientada para ideação suicida para adultos turcos que vivem na Holanda e no Reino Unido.	Pacientes ambos os sexos, maiores de 18 anos	Ideação Suicida	Atenção Especializada	Migrante	Diagnóstico: Beck Scale for Suicidal Ideation (BSS) Tratamento: cognitive behavioural therapy-based (CBT-based) em 8 módulos em 6 semanas (pensando em suicídio, lidando com pensamentos e sentimentos, pensando no futuro: os participantes trabalharão em suas idéias para o futuro, pensando em si mesmo, pensar nos outros, repetição e recaída, reconhecendo a automutilação, estabelecimento de metas)	Dificuldades culturais e linguísticas	Implementado	Não
<b>Psychotherapeutic Group Intervention for Traumatized Male Refugees Using Imaginative Stabilization Techniques—A Pilot Study in a German Reception Center</b>	Alemanha	Estudo piloto que examinou o efeito de técnicas de estabilização imaginativas derivadas da terapia psicotraumatológica psicodinâmica na estabilização precoce de refugiados traumatizados em um centro de acolhimento. Foram realizadas 86 sessões imaginativas de terapia em grupo de estabilização. A comparação pré-pós-intervenção dos escores indicou uma redução significativa do sofrimento. Houve uma redução	Pacientes homens, maiores de 18 anos	TEPT	Atenção Especializada	Refugiados	Diagnóstico: Primary Care PTSD Screen para DSM-5, o Patient Health Questionnaire a versão curta do General Anxiety Disorder questionnaire. Tratamento: técnica de estabilização emocional.	Dificuldades linguísticas	Experimental	Não

		significativa dos sintomas de ansiedade, enquanto os escores de TEPT e depressão permaneceram inalterados.							
<b>Randomised controlled trial comparing daily versus depot vitamin d3 therapy in 0–16-year-old newly settled refugees in Western Australia over a period of 40 weeks</b>	Austrália	A deficiência de vitamina D é altamente prevalente em refugiados recém-assentados na Austrália Ocidental (WA). Se a adesão à terapia diária com vitamina D for problemática, a terapia de depósito é uma alternativa terapêutica. O objetivo deste estudo foi comparar o tratamento diário versus o depósito e os fatores que influenciam o resultado terapêutico. Refugiados recém-estabelecidos (n = 151) com níveis de 25 (OH) D menores que 78 nmol / L foram randomizados para receber terapia diária ou de depósito com vitamina D, com oito intervalos semanais de acompanhamento até 40 semanas. Ambos os grupos de tratamento alcançaram a suficiência de vitamina D. O grupo de tratamento diário tivera níveis significativamente mais altos de 25 (OH) D em cada visita após a linha de base e uma proporção maior de participantes com níveis acima de 50 nmol / L em todos os momentos.	Pacientes ambos os sexos entre 5 meses e 16 anos, n= 157	Deficiência de vitamina D	Atenção Primária	Refugiados	Diagnóstico: dosagem de vitamina D no sangue < que 78nmol/L. Tratamento: diário- < 27.5 nmol/L - 5000 IU; 27.5–78 nmol/L - 2500 I. Semanal - < 27.5 nmol/ - 200,000 IU; 27.5–78 nmol/L - 100,000 IU.	Experimental	Sim

<b>Review of refugee mental health interventions following resettlement: Best practices and recommendations</b>	Austrália	O estudo analisa brevemente pesquisas de refugiados, examina avaliações empíricas de intervenções em contextos de reassentamento e fornece recomendações para melhores práticas e futuras instruções nos países de reassentamento. As intervenções de reassentamento consideradas mais eficazes normalmente visam amostras de clientes culturalmente homogêneas e demonstram moderada a grandes efeitos sobre os aspectos do estresse traumático e redução da ansiedade. Avaliações adicionais do conjunto de abordagens psicoterapêuticas, psicossociais, farmacológicas e outras abordagens terapêuticas, incluindo intervenções psicopedagógicas e de base comunitária que facilitem o acesso pessoal e crescimento e mudança da comunidade, são incentivados.	Pacientes todos os sexos, todas as idades	TEPT	Atenção Primária, Atenção Especializada	Refugiados	Diagnóstico: escalas para TEPT, the Beck Depression Inventory, índice de Hamilton. Tratamento: Cognitive Behavior Therapy (CBT); Eye-Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR); farmacoterapia; exposição expressiva e terapias testemuniais; e grupos de aprendizagem mútua multifamiliares e de empoderamento; e terapia individualizada com base em orientações psicanalíticas de apoio	Diferenças culturais, stigma	Implementado	Não
<b>Risk factors for transmission of Salmonella Typhi in Mahama refugee camp, Rwanda: a matched case-control study</b>	Ruanda	Foi realizado um estudo caso-controle para identificar fatores de risco para a doença durante um surto de febre tifóide no campo de refugiados Mahama, em Ruanda. Os dados foram obtidos através de uma pesquisa de casos e controles correspondentes, com base em uma definição epidemiológica de casos e avaliação ambiental. Razões ímpares foram calculadas para determinar os	Pacientes entre 0 e maiores de 55 anos, ambos os sexos, n=1030	Febre Tifóide	Atenção Primária, Alta Complexidade	Refugiados	Diagnóstico: clínico (febre, calafrios, dor de cabeça, dor abdominal, diarreia e vômito, com duração de um período desconhecido) + hemocultura. Tratamento: Antibioticoterapia	Tempo de espera para o atendimento	Implementado	Não

		fatores de risco associados à febre tifóide. Resultados: No total, 260 casos e 770 controles foram incluídos no estudo.								
<b>Teaching Recovery Techniques: evaluation of a group intervention for unaccompanied refugee minors with symptoms of PTSD in Sweden</b>	Suécia	Este estudo teve como objetivo avaliar o programa de prevenção indicado e ensinar técnicas de recuperação (TRT) em um ambiente comunitário e descrever os efeitos do programa nos sintomas de TEPT e depressão em menores refugiados não acompanhados (MRNA); e examinar as experiências dos participantes no programa. Foram realizadas entrevistas qualitativas com 22 MRNA participantes para obter suas experiências. Pré e pós-medidas estavam disponíveis para 46 participantes. No início, 83% dos os participantes relataram depressão moderada ou grave e 48% de ideação ou planos suicidas. Embora mais da metade (62%) dos participantes relataram eventos negativos da vida durante o período do estudo, PTSD (CRIES-8) e depressão (MADRS-S). A análise qualitativa do conteúdo resultou em seis categorias gerais: suporte social, normalização, ferramentas valiosas, compreensibilidade, capacidade de gerenciamento e	Pacientes ambos os sexos, idade entre 13 e 18 anos, n= 139	TEPT	Atenção Primária	Refugiados	Diagnóstico: Children's Revised Impact of Event Scale (CRIES-8). Tratamento: Teaching Recovery Techniques (TRT) que envolve psicoeducação, habilidades de relacionamento, habilidades de modulação afetiva, enfrentamento e processamento cognitivo, narrativa do trauma, domínio dos lembretes de trauma e melhoria da segurança futura e o desenvolvimento in vivo. São 5 sessões entre 90 e 120min. Inclui 2 sessões para os tutores dos pacientes.	Longo tempo de espera para atendimento por psicólogo ou psiquiatra	Implementado	Não

		significado quando os jovens descreveram suas experiências no programa, bem, refletindo a teoria do programa da TRT.								
<b>The effectiveness and cost-effectiveness of screening for latent tuberculosis among migrants in the EU/EEA: a systematic review</b>	Suécia	Os migrantes representam uma proporção crescente e crescente de casos de tuberculose (TB) em países de baixa incidência na União Européia / Espaço Econômico Europeu (UE / EEE), devido principalmente à reativação de infecção latente por TB (LTBI). A abordagem do LTBI entre os migrantes será fundamental para alcançar a eliminação da TB. Foi realizada uma revisão sistemática para determinar a eficácia (realização de testes de diagnóstico, eficácia do tratamento, captação e conclusão da triagem e tratamento) e uma segunda revisão sistemática sobre relação custo-benefício dos programas de triagem LTBI para migrantes que vivem na UE / EEE. A eficácia dos programas de LTBI é limitada pelo grande número de migrantes com LTBI, testes pouco preditivos, tratamentos longos e uma cascata de cuidados fracos. Programas LTBI direcionados que garantem alta captação de triagem e conclusão do	Pacientes todas as idades, ambos sexos	Tuberculose (Latente)	Atenção Primária, Atenção Especializada e Alta Complexidade	Migrantes	Diagnóstico: Teste tuberculínico + IGRA. Tratamento: rifampicina, isoniazida.	Dificuldade financeira, ausência de programa de tuberculose específicos para migrantes.	Implementado	Não

		tratamento trarão maiores benefícios à saúde pública e individual.							
<b>Treatment for childhood refugee trauma: A randomized, controlled trial</b>	Estados Unidos da América	Os autores investigaram a efetividade da terapia de brincadeira centrada na criança em comparação com uma intervenção baseada em evidências, terapia cognitivo-comportamental focada no trauma (TF-CBT) com crianças refugiadas traumatizadas com idades entre 6 e 13 anos. Trinta e uma crianças refugiadas traumatizadas foram designadas aleatoriamente para participar do CCPT ou TF-CBT na escola primária no noroeste dos Estados Unidos. Tanto o CCPT quanto o TF-CBT foram eficazes na redução dos sintomas de trauma de acordo com o relatório da criança e dos pais. Os resultados confirmam o uso do CCPT no tratamento crianças refugiadas traumatizadas.	Pacientes com idade entre 6 e 13 anos, ambos os sexos, n= 31	Ansiedade, Depressão, TEPT	Atenção Especializada	Refugiados	Diagnóstico: DSM-IV e Parent Report of Posttraumatic Symptoms. Tratamento: Terapia de brincadeira centrada na criança (CCPT) em sessões 2x por semana com duração de 30min por 12 semanas e terapia cognitivo-comportamental focada no trauma (TF-CBT) em 9 sessões semanais de 30 minutos.	Diferenças culturais, dificuldade linguística	

<b>Treatment of a multitraumatized tortured refugee needing an interpreter with exposure therapy</b>	Dinamarca	Este artigo descreveu a aplicação e viabilidade do tratamento com terapia de exposição (TE) para transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) em um refugiado torturado multitraumatizado com TEPT crônico e depressão, precisando de um intérprete. O paciente recebeu 26 horas sessões de TE envolvendo exposição às suas memórias relacionadas ao trauma. Os sintomas de TEPT, depressão e ansiedade foram avaliadas em pré e pós-tratamento e acompanhamento de 3, 6 e 12 meses com o Harvard Trauma Questionnaire (HTQ-R), PTSD Symptom Relatório de autoescala (PSS-SR), inventário de depressão maior (MDI) e inventário de ansiedade de Beck (BAI). O tratamento levou a um significativo melhoria em todas as medidas de transtorno de estresse pós-traumático, ansiedade e depressão, e a melhoria foi mantida em o acompanhamento de 12 meses.	Paciente, sexo feminino, 60 anos	Depressão, TEPT	Atenção Especializada	Refugiados	Diagnóstico: HTQ-R, PTSD Symptom Relatório de autoescala (PSS-SR), inventário de depressão maior (MDI) e inventário de ansiedade de Beck (BAI). Tratamento: Terapia de exposição narrativa de acordo com Schauer et al. Foram realizadas sessões de 60 minutos, semanalmente, por 10 meses.	Implementado	Não
<b>Treatment of trauma-affected refugees with venlafaxine versus sertraline combined with psychotherapy-a randomised study</b>	Dinamarca	O objetivo do presente estudo foi examinar as diferenças nos efeitos da venlafaxina e sertralina no Transtorno de Estresse Pós-Traumático (PTSD), depressão e comprometimento funcional em refugiados afetados por trauma. O estudo foi um estudo pragmático randomizado comparando venlafaxina e sertralina em	Pacientes maiores 18 anos, ambos os sexos, n=207	Depressão, TEPT	Atenção Especializada	Refugiados	Diagnóstico: ICD-10 HTQ -IV. Tratamento: Sertralina ou Venfalexina por 6 a 7 meses, associadas a 10 sessões com psiquiatra e 16 sessões com psicanalista.	Experimental	Não

		<p>combinação com psicoterapia e aconselhamento social. Os sintomas de TEPT foram medidos no Harvard Trauma Questionnaire – IV. Duzentos e sete pacientes adultos refugiados foram incluídos no estudo (98 no grupo venlafaxina e 109 no grupo sertralina). Destes, 195 pacientes foram elegíveis para análises de intenção de tratar. No desfecho primário, nenhuma diferença foi encontrada no efeito do tratamento entre a sertralina e a grupo venlafaxina. Uma diferença significativa de grupo foi encontrada a favor da sertralina na Sheehan Disability Scale.</p>							
<p><b>Treatment of traumatised refugees with basic body awareness therapy versus mixed physical activity as add-on treatment: Study protocol of a randomised controlled trial</b></p>	Dinamarca	<p>A dor crônica é muito comum entre refugiados traumatizados e acredita-se que mantenha os sintomas mentais de trauma. Portanto, acredita-se que o tratamento da dor crônica seja de alto valor clínico para esse grupo de pacientes. Este estudo incluirá aproximadamente 310 pacientes, randomizados em três grupos. Todos três grupos recebem tratamento psiquiátrico, como de costume, pela duração de 6 a 7 meses, consistindo em consultas com um médico, incluindo tratamento farmacológico e terapia cognitivo-comportamental baseada em manual. O primeiro o grupo recebe tratamento apenas como de costume, enquanto o</p>	<p>Pacientes maiores de 18 anos, ambos os sexos</p>	TEPT	Atenção Especializada	Refugiados	<p>Diagnóstico: The Harvard Trauma Questionnaire (HTQ)          Tratamento: Treatment as usual (TAU) por 6 a 7 meses associado a 10 consultas com psiquiatra e 16 sessões com psicoterapeuta ou abordagem body-oriented physiotherapeutic (BBAT) 1 vez por semana em 20 sessões.</p>	Experimental	Não

		segundo e o terceiro grupos recebem consciência corporal básica, terapia ou atividade física mista como tratamentos complementares. Cada atividade física é fornecida por uma hora individual consulta por semana, durante 20 semanas. Este estudo examinará o efeito da atividade física para refugiados traumatizados.							
<b>Tuberculosis: evidence review for newly arriving immigrants and refugees</b>	Canadá	O artigo revisou evidências para determinar o ônus da tuberculose em Migrantes populações, para avaliar a eficácia da triagem e programas de tratamento para infecção latente por tuberculose e identificar possíveis intervenções para melhorar a eficácia. Realizou-se uma busca sistemática por evidências do fardo da tuberculose nas populações Migrantes e as benefícios e malefícios, aplicabilidade, considerações clínicas e questões de implementação de programas de triagem e tratamento para infecção tuberculosa latente nas populações em geral e Migrantes. A qualidade dessas evidências foi avaliada e classificado usando a abordagem GRADE (Classificação da Avaliação, Desenvolvimento e Avaliação de Recomendações).	Pacientes todas as idades, ambos os sexos	Tuberculose latente	Protocolo de acesso	Migrante	Diagnóstico: teste tuberculínico associado ao IGRA em pacientes com baixo risco de infecção por tuberculose. Se positivo, fazer Raio x de Tórax. Tratamento: Isoniazida 12 meses.	estigma da tuberculose e sua associação ao HIV, à dificuldade linguística dificuldade linguística barreiras e dificuldades em chegar às consultas devido a barreiras e dificuldades em chegar às consultas devido a localização clínica inconveniente ou horário clínico limitado	

## Apêndice B

Títulos dos artigos excluídos e as justificativas de suas exclusões da pesquisa.

<b>Título</b>	<b>Justificativa de exclusão da pesquisa</b>
The EMDR integrative group treatment protocol in a psychosocial program for refugee children: A qualitative pilot study	Não aborda diagnóstico
Breast and Colorectal Cancer Screening Barriers Among Immigrants and Refugees: A Mixed-Methods Study at Three Community Health Centres in Toronto, Canada	Não aborda tratamento
Screening and prevention of infectious diseases in newly arrived migrants. Find and treat or find and lose? Tuberculosis treatment outcomes among screened newly arrived asylum seekers in Germany 2002 to 2014	Não aborda tratamento
The treatment experience and empowerment of migrant workers with tuberculosis in Taiwan's medical care system	Artigo em mandarim
Migrant health and tuberculosis	Não aborda tratamento
Effects of interventions based on health behavior models on breast cancer screening behaviors of migrant women in Turkey	Rastreamento do câncer de mama
Stories for change: Development of a diabetes digital storytelling intervention for refugees and immigrants to Minnesota using qualitative methods Health behaviour, health promotion and society	Não aborda diagnóstico e tratamento
Psychotherapie in Deutschland: Diagnoses and treatment of (unaccompanied) refugee minors - A major challenge for child and adolescent psychiatry in Germany	Não aborda tratamento
Recommendations for the prevention, diagnosis, and treatment of chronic hepatitis b and c in special population groups (migrants, intravenous drug users and prison inmates)	Não aborda tratamento
Evidence-based review of the intervention strategies on the TB prevention and treatment among migrants in China	Não aborda diagnóstico
The weWomen and ourCircle randomized controlled trial protocol: A web-based intervention for immigrant, refugee and indigenous women with intimate partner violence experiences	Não aborda diagnóstico e tratamento
Evaluation of a school-based creative arts therapy program for adolescents from refugee backgrounds	Não fala de doença específica
Traumatized refugees: An integrated dance and verbal therapy approach	Não aborda diagnóstico
A critical review of psychological treatments of posttraumatic stress disorder in refugees	Não aborda diagnóstico
Efficient identification of mental health problems in refugees in Germany: the Refugee Health Screener.	Não aborda Tratamento
Strengthening mental health care systems for Syrian refugees in Europe and the Middle East: integrating scalable psychological interventions in eight countries.	Não aborda diagnóstico
The Healthy Migrant Families Initiative: development of a culturally competent obesity prevention intervention for African migrants.	Não aborda diagnóstico e tratamento
Malaria and the mobile and migrant population in Cambodia: a population movement framework to inform strategies for malaria control and elimination.	Não específica diagnóstico e tratamento
Pandemic Influenza Preparedness and Response Among Immigrants and Refugees.	Não aborda diagnóstico e tratamento

Cervical cancer screening in rural South Africa among HIV-infected migrant farm workers and sex workers.	Aborda Migração rural/urbana
A group-based approach to stabilisation and symptom management in a phased treatment model for refugees and asylum seekers.	Não aborda diagnóstico
Illness perceptions and explanatory models of viral hepatitis B & C among immigrants and refugees: a narrative systematic review.	Não aborda diagnóstico
Developing Preventive Mental Health Interventions for Refugee Families in Resettlement.	Não aborda diagnóstico e tratamento
Effectiveness of Screening and Treatment Approaches for Schistosomiasis and Strongyloidiasis in Newly-Arrived Migrants from Endemic Countries in the EU/EEA: A Systematic Review.	Aborda período anterior a 2008
Reactive and pre-emptive vaccination strategies to control hepatitis E infection in emergency and refugee settings: A modelling study.	Aborda período anterior a 2008
Characteristics and management of bone and joint tuberculosis in native and migrant population in Shanghai during 2011 to 2015.	Aborda Migração rural/urbana
Latent Tuberculosis Infection among Immigrant and Refugee Children arriving in the United States—2010.	Não especifica tratamento
Migrants' Perceptions on Barriers to Treatment Seeking for Hypertension: A Qualitative Study from Delhi, India	Não aborda diagnóstico e tratamento
A new malaria protocol in a Congolese refugee camp in West Tanzania	Aborda período anterior a 2008
Suicide first aid guidelines for assisting persons from immigrant or refugee background: a Delphi study	Não aborda diagnóstico e tratamento
How effective are approaches to migrant screening for infectious diseases in Europe? A systematic review.	Não aborda tratamento
The Australasian Society for Infectious Diseases and Refugee Health Network of Australia recommendations for health assessment for people from refugee-like backgrounds: an abridged outline.	Não aborda diagnóstico e tratamento
Public Health England's Migrant Health Guide: an online resource for primary care practitioners.	Não aborda diagnóstico e tratamento
[Diagnoses and treatment of (unaccompanied) refugee minors - a major challenge for child and adolescent psychiatry in Germany].	Não aborda diagnóstico e tratamento
Issues in the evaluation and treatment of anxiety and depression in migrant women in the perinatal period.	Não aborda tratamento
Tuberculosis in migrants in low-incidence countries: epidemiology and intervention entry points.	Não aborda diagnóstico e tratamento
[Psychodynamic Traumatherapy of Refugees with PTSD and Somatisation].	Artigo em alemão
Tuberculosis notification and treatment outcome among migrant boat arrivals in Malta, 2007-2011.	Não aborda tratamento
[Prevention among migrants--problems in health care provision and suggested solutions illustrated for the field of medical rehabilitation].	Não aborda tratamento
[Psychotherapeutic treatment of traumatized refugees in Germany].	Artigo em alemão
[Mental treatment of refugees in Germany : Model for a stepped approach].	Artigo em alemão
Overcoming migrants' barriers to health.	Não aborda diagnóstico e tratamento
The Refugee Health Screener-15 (RHS-15): development and validation of na instrument for anxiety, depression, and PTSD in refugees.	Não aborda tratamento

HIV treatment cascade in migrants and mobile populations.	Não aborda diagnóstico e tratamento
Care during pregnancy and childbirth for migrant women: How do we advance? Development of intervention studies- the case of the MAMA ACT intervention in Denmark.	Não aborda diagnóstico e tratamento
Diagnosis and treatment of tuberculosis in undocumented migrants in low- or intermediate-incidence countries.	Não aborda diagnóstico e tratamento
HIV-positive migrants' encounters with the Swedish health care system.	Não aborda tratamento
Antiretroviral therapy for refugees and internally displaced persons: a call for	Não aborda diagnóstico
[Psychotherapeutic treatment of accompanied and unaccompanied minor refugees and asylum seekers with trauma-related disorders in Germany].	Artigo em alemão
'Hiding their troubles': a qualitative exploration of suicide in Bhutanese refugees in the USA.	Não aborda diagnóstico
[Treatment of migrants with diabetes].	Artigo em alemão
Treatment seeking for symptoms suggestive of TB: comparison between migrants and permanent urban residents in Chongqing, China.	Aborda migração rural/urbana