

O direito à saúde de imigrantes haitianos na perspectiva de profissionais do SUS

The Right to Health of Haitian Immigrants from the Perspective of SUS Professionals

EL derecho a la salud de inmigrantes haitianos en la perspectiva de profesionales del SUS

Maria Angela Conceição Martins¹
Sílvia Angela Gugelmin²

RESUMO: A imigração haitiana no Brasil e em Mato Grosso trouxe para o sistema de saúde público questões pertinentes à sua natureza de política pública e no âmbito do direito à saúde, relacionando-se ao acolhimento e às práticas dos profissionais nos serviços destinados à população. Buscando compreender concepções e práticas dos profissionais no tocante ao direito à saúde, foram entrevistados 16 profissionais, entre médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e assistente social. Por meio de um roteiro semiestruturado em três unidades de saúde na capital de Mato Grosso, esta pesquisa de caráter qualitativo versa sobre estas concepções. A categoria central de análise foi o direito à saúde, e os núcleos de sentido foram barreiras do sistema de saúde e a comunicação e seus desafios. O reconhecimento da população imigrante como grupo detentor de direitos e a necessidade de maior compreensão referente à sua cultura, suas necessidades em saúde e seu meio social, podem ser incorporadas por meio de políticas de Estado que propiciem o protagonismo e o estabelecimento de vínculos solidários entre usuários e trabalhadores de saúde e ressitue o significado do direito à saúde entre os profissionais.

Palavras-chave: Imigração; Direito Humano à Saúde; Profissionais de Saúde; Brasil.

ABSTRACT: The Haitian immigration in Brazil and in Mato Grosso has brought to the public health system issues related to its public policy nature, be it in the scope of the right to health or in the reception and practices of professionals in services for the population. The results of this qualitative health research refer to the perspectives of health professionals regarding health care offered to Haitian immigrants in the daily routine of their functions in three units in the capital of Mato Grosso. Through a semi-structured script, 16 professionals were interviewed among doctors, nurses, nursing technicians and social workers. The central category of analysis was the right to health and the units of meaning were health system barriers and communication and its challenges. Recognition of the immigrant population as a rights group and the need for greater understanding of their culture, health needs and social environment can be incorporated through State policies that foster protagonism and the establishment of solidarity bonds between users and health workers and re-situate the meaning of the right to health among professionals.

1 Fisioterapeuta. Mestre em Saúde Coletiva. Professora da Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil.

2 Nutricionista. Doutora em Ciências. Professora Associada da Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil.

Keywords: Immigration; Human Right to Health; Health Professionals; Brazil.

RESUMEN: La inmigración haitiana en Brasil y en Mato Grosso trajo al sistema de salud pública cuestiones pertinentes a su naturaleza de política pública y en el ámbito del derecho a la salud que se relacionan con la acogida y las prácticas de los profesionales en los servicios destinados a la población. En el marco de un itinerario semiestructurado en tres unidades de salud en la capital Mato Grosso esta investigación de la población de los municipios, el carácter cualitativo versa sobre estas concepciones. La categoría central de análisis fue el derecho a la salud y los núcleos de sentido fueron barreras del sistema de salud y la comunicación y sus desafíos. El reconocimiento de la población inmigrante como grupo poseedor de derechos y la necesidad de mayor comprensión referente a su cultura, sus necesidades en salud y su medio social, pueden ser incorporadas por medio de políticas de Estado que propicien el protagonismo y el establecimiento de vínculos solidarios entre usuarios y trabajadores de salud y re-situe el significado del derecho a la salud entre los profesionales.

Palabras clave: Inmigración; Derecho Humano a la Salud; Profesionales de la Salud; Brazil.

INTRODUÇÃO

A imigração internacional tem sido um fenômeno recorrente em todo o mundo motivada por questões de várias ordens. No entanto, no século XXI, “a crise do capitalismo democrático”, colocou em risco não só a mobilidade das pessoas em busca de melhores condições de vida, mas também a efetivação de direitos sociais nos países de acolhimento^{1,2}.

As políticas setoriais, em países capitalistas, sofreram consequências diretas no pós-Segunda Guerra, especialmente no que diz respeito ao papel do Estado, este passa a antecipar-se às necessidades de expansão do acúmulo do capital; a desenvolver e executar atividades do setor privado; e a fragilizar a participação social por meio da setorialização que, por fim, interfere nos interesses coletivos e universais. No que se refere à saúde, a agenda proposta por organismos internacionais, como continuidade das reformas dos anos 1990 no Brasil, parecem ter enfraquecido as concepções do direito à saúde em suas concepções políticas e teóricas. O cenário aponta para a mudança do conceito de equidade e universalidade para a incorporação de critérios distributivos, pobreza e vulnerabilidade social, o que contraria todos os pressupostos da Reforma Sanitária Brasileira da saúde enquanto direito social. O ideário humanitário de solidariedade, ética e justiça social são paulatinamente substituídos pelas exigências de acumulação do capital³.

O conceito de direito, sobretudo de direito humano, é essencial para a reflexão sobre as questões migratórias, pois, ao considerar que a cidadania é o direito a ter direitos, construída na convivência coletiva de uma comunidade política e no respeito à dignidade humana⁴, o processo migratório comumente coloca a pessoa em uma situação de não pertencimento a um lugar no mundo e, portanto, de não acesso a um espaço público comum que garanta esse direito.

O direito humano está intrinsicamente ligado às questões migratórias, sobretudo em populações como a haitiana, onde se observa uma multiplicidade de fatores envolvidos no processo de migração que, longe de estarem ligados somente ao terremoto que assolou o Haiti em 2010, têm suas raízes historicamente relacionadas a motivações políticas, sociais, econômicas e ambientais⁵.

O visto humanitário concedido pelo governo brasileiro aos haitianos, por ocasião do desastre natural ocorrido em 2010, colocou o país na rota de imigração desse povo. Entre 2011 a 2013, entre o total de autorizações permanentes para trabalhar no Brasil, 43% foram concedidas para haitianos⁶. Apesar de dados do Observatório de Migrações (OBMIGRA) apontarem para a redução da entrada de haitianos no Brasil, essa nacionalidade permanece sendo a principal em número de registros. Outro dado relevante é de que os haitianos seguem como a principal nacionalidade inserida no mercado formal de trabalho no Brasil. Em 2017, foram 22.221 admissões e 13.398 demissões, resultando num saldo positivo de 8.823 trabalhadores haitianos regularmente inseridos nesse mercado⁷. Mato Grosso também aparece como um estado que recebeu essa imigração, com mais ênfase em 2012, aparentemente devido à oferta de trabalho em Cuiabá e arredores durante as obras do mundial de futebol, a Copa do Mundo^{8,9}.

No que diz respeito à saúde das populações que se deslocam, é relevante considerar que inevitavelmente em algum momento irão buscar cuidados em saúde na rede pública ou na rede privada, devido a experiências de adoecimentos diversas, ligadas ou não às questões próprias da imigração e aos processos políticos e sociais vivenciados no país que os acolhem¹⁰.

Estudos sobre o processo saúde-doença-cuidado entre os imigrantes e, mais especificamente, sua relação com o sistema de saúde têm ganhado destaque nos últimos anos no Brasil^{1,10-12}, seja com a valorização positiva do acesso aos serviços de saúde, como relatada pelos bolivianos em São Paulo¹³, ou na constatação de dificuldades nas relações interpessoais, devido às barreiras linguísticas, ao preconceito e à discriminação institucionalizada¹⁴.

As opiniões dos trabalhadores de saúde, no que tange ao imigrante, podem estar ligadas a um contexto maior que ultrapassa o âmbito dos serviços de saúde, envolvendo a concepção de mundo e do outro; o clima e a cultura organizacional do sistema de saúde; e as políticas de um país no que se refere às questões migratórias, o que pode refletir no entendimento deste profissional quanto ao direito à saúde, à integralidade e à cidadania quando¹⁵. Assim, torna-se importante compreender as concepções e práticas dos profissionais de saúde perante o direito à saúde, frente às demandas ocasionadas pelos imigrantes haitianos no serviço público de saúde.

MÉTODOS

Este estudo teve como antecedente a pesquisa “Estudo da imigração haitiana para Mato Grosso: etno-história, perfil socioeconômico, condições de saúde e acesso ao SUS”, desenvolvida por pesquisadores do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT)

em 2014 e 2015, financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) e pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Mato Grosso (FAPEMAT). Um dos objetivos dessa pesquisa foi realizar um inquérito com haitianos residentes em Cuiabá, o que possibilitou o levantamento de um conjunto de dados sobre as dificuldades no acesso à saúde enfrentada por essa população⁸.

Para tanto, foi concebida uma pesquisa exploratória, com abordagem socioantropológica, sendo aqui focalizados os depoimentos de profissionais atuantes em equipes de saúde da família, policlínica e unidade de pronto atendimento (UPA) da esfera pública municipal de Cuiabá e que tiveram experiências na atenção à saúde de imigrantes haitianos.

A seleção dos participantes foi construída durante o processo de observação *in loco*, quando apresentamos a pesquisa às unidades de saúde. Foram incluídos médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e assistente social, de ambos os sexos, que tinham atendido haitianos em seus serviços, estavam disponíveis para participar da entrevista e assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídos os profissionais que tinham cargos de confiança ou chefia.

A pluralidade de categorias profissionais foi definida para obter uma diversidade de contextos de atendimentos e visões sobre o tema, ao mesmo tempo em que constituiu um instrumento para uma progressiva saturação, sem pretensões de exaustividade. A saturação é entendida como o momento da pesquisa em que pouco é acrescentado de substancialmente novo pelos entrevistados, considerando cada uma das questões ou tópicos dos instrumentos e a totalidade dos entrevistados¹⁶.

Foram realizadas 16 entrevistas semiestruturadas entre dezembro de 2014 a fevereiro de 2015. O roteiro constou de tópicos para uma breve caracterização dos entrevistados e questões norteadoras que foram gravadas e transcritas integralmente. A leitura flutuante das transcrições, aliadas às anotações dos diários de campo, permitiu aos pesquisadores uma aproximação com o universo de sentidos captados em campo. Todo o material produzido durante as entrevistas e observação foi submetido à análise de conteúdo temática¹⁷.

Para as etapas de codificação e categorização, foram construídos quadros e tabelas com base nas unidades de registros e de contexto selecionadas nas entrevistas. Por meio dessa organização foram definidos dois núcleos de sentido referentes à categoria analítica central, o direito à saúde, sendo eles: barreiras do sistema de saúde e comunicação e seus desafios, que foram interpretados e analisados à luz do conceito da saúde como um direito, construído no cotidiano dos sujeitos⁴ e apoiada nos saberes e no fazer sensível de todos os envolvidos, de modo a estabelecer uma comunicação dialógica¹⁸.

A pesquisa atendeu-se a todos os procedimentos previstos na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Muller (CEP/HUJM) parecer nº (29120414.0.0000.5541), após anuência da gestão municipal de saúde. Foi também apreciada pelos coordenadores da atenção Tempus, actas de saúde colet, Brasília, 14(3), 63-83, set, 2020. Epub mai/2021 ISSN 1982-8829

básica, da atenção secundária e pelos coordenadores da Unidade de Saúde da Família (USF), Policlínica e UPA.

Cenário da pesquisa e entrevistados

O município de Cuiabá possui uma área de 3.538,17 km² e está dividido em quatro regiões administrativas: Norte, Sul, Leste e Oeste e a área rural¹⁹. A estimativa populacional para o ano de 2015 era de 580.480 habitantes residentes no município, e o índice de desenvolvimento humano (IDH), 0,785²⁰.

A rede de serviços de saúde estrutura-se em níveis de atenção com os seguintes serviços: 21 centros de saúde, 70 equipes de saúde da família, 10 unidades odontológicas, 4 policlínicas, 2 unidades de pronto atendimento, 3 núcleos de reabilitação, 6 residências terapêuticas, 3 centros de atenção psicossocial. Os serviços de diagnóstico e terapia são: 2 laboratórios de patologia clínica (LACEC), 2 serviços ambulatorial especializado (SAE), 1 centro de referência de média e alta complexidade (CERMAC), 1 centro de reabilitação, 1 Hemocentro, 1 farmácia popular e 14 hospitais²¹.

Para a pesquisa foi selecionada uma USF, onde funcionavam duas equipes de saúde; uma policlínica e uma unidade de pronto atendimento (UPA). A escolha da região e das unidades deu-se por três motivos, quais sejam, pela proximidade ao Centro de Pastoral para Imigrantes (CPM), que acolhe os imigrantes quando chegam à cidade e ajuda a regularizar sua situação e obter emprego; pelo número expressivo de haitianos que residiam nessa localidade; e, por conseguinte, serem essas unidades as pioneiras no atendimento aos imigrantes haitianos no município. Com exceção da UPA, as demais estavam localizadas na mesma região.

A primeira aproximação com o campo de estudo foi com a USF. Foi realizada uma visita com o objetivo de apresentar a proposta da pesquisa à enfermeira que, por sua vez, autorizou a entrada e pactuou as datas para as entrevistas, ao todo foram realizadas seis entrevistas.

Em relação à Policlínica, a conversa com a coordenação local para apresentação da pesquisa ocorreu sem intercorrências e, posteriormente, as entrevistas foram realizadas nos consultórios dos profissionais.

Na UPA, após três visitas consecutivas, a coordenadora geral designou um espaço físico para a realização das entrevistas e selecionou as pessoas que iriam ser ouvidas.

A organização dos serviços

No dia programado para a realização das entrevistas na USF, algumas pessoas da equipe de saúde negaram-se a participar, alegando não conhecer a pesquisa e não terem sido informadas pela enfermeira, ficou explícita a existência de conflitos na equipe. Como forma de contornar a situação,

outra data foi agendada, a fim de explicar a cada um dos trabalhadores, individualmente, o foco da pesquisa e de que forma seria a contribuição deles. Somente após essa etapa foi possível a realização das entrevistas. O espaço físico da unidade tem ampla recepção e salas para atendimento individual. As entrevistas foram realizadas nos consultórios, ao final do turno de trabalho dos profissionais, que acontece diariamente às 11 horas da manhã e retornam às 13 horas.

Na UPA, mesmo sendo informada sobre a confidencialidade e a gravação das entrevistas, a coordenadora adentrou a sala durante as entrevistas e alguns trabalhadores sentiram-se desconfortáveis diante da situação. Isso nos fez refletir sobre o clima organizacional daquele local e, sobretudo, o modelo de gestão praticado para o trabalho em saúde que, inevitavelmente, interfere no modo de produzir cuidado em saúde aos usuários que utilizam o serviço. Na época das entrevistas, a UPA era recém-construída, tinha instalações e equipamentos novos e conservados. A recepção dessa unidade funciona por meio do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), em todas as visitas havia muitas pessoas aguardando atendimento, inclusive haitianos que tentavam se comunicar com os profissionais.

Em relação à Policlínica, todas as entrevistas foram realizadas nos consultórios dos profissionais. Nos chamou atenção a opinião expressa por um profissional da segurança, que, segundo ele, está prestes a se aposentar, sobre a presença de imigrantes haitianos na unidade de saúde, que será discutida mais adiante. A estrutura da Policlínica é antiga, muitos pacientes aguardavam atendimento e fica próxima a uma rua de importante concentração de imigrantes haitianos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização dos profissionais

Na USF, seis pessoas foram entrevistadas, sendo cinco mulheres e um homem. Em relação às profissões, participaram duas enfermeiras, um médico e três técnicas de enfermagem. Desses, três eram concursados e três contratados temporariamente, sendo a média de idade dos entrevistados de 37 anos. Quanto ao tempo de atuação, quatro entrevistados tinham acima de dois anos e meio na unidade, enquanto dois entrevistados tinham entre um mês a dois anos.

Na Policlínica, seis profissionais foram entrevistados, sendo cinco mulheres e um homem. Em relação à categoria profissional, dois eram médicos (um homem e uma mulher), uma assistente social e três enfermeiras. Quanto ao tipo de vinculação ao sistema, três eram contratados e três concursados. A média de idade dos entrevistados foi de 39 anos. Quanto ao tempo de exercício na profissão, especificamente na policlínica, dois entrevistados trabalhavam há mais de 10 anos, uma entrevistada há mais de 15 anos e três entre seis meses e um ano e meio.

Na UPA dos trabalhadores que se dispuseram a participar, foram três mulheres e um homem, dois técnicos de enfermagem e dois enfermeiros. Somente um deles concursado, os outros contratados. A média de idade dos entrevistados foi de 37 anos e, quanto ao tempo de atuação na UPA, três

entrevistados afirmaram estar a aproximadamente dois anos no local e um profissional estava há cinco meses.

Direito à saúde

Na análise dos depoimentos das treze mulheres e dos três homens entrevistados, foi possível identificar como categoria central o direito à saúde, sendo esse mencionado sob a perspectiva da igualdade “todo mundo tem direito”, mas nem sempre de modo equitativo, “primeiro legalização”. Quando questionados sobre o que pensavam sobre o direito à saúde do imigrante no Brasil, destacamos dois trechos que possibilitam aprofundar essa análise:

Complicado. Todo mundo tem direito de ser atendido, mas é difícil porque a gente não tem como atender todo mundo. Nem nós mesmos, brasileiros, a gente dá conta. (Técnica em Enfermagem 1A)

Primeiro a legalização. Acho que é importante tudo legalizado. Depois disso você não pode negar atendimento. (...) Óbvio dizer que atendimento de urgência, emergência, situações mais críticas sim, mas mesmo assim tem que ter legalização, afinal de contas eu vi uns absurdos. (...) Nós temos o cartão do SUS. Não se exige do haitiano o cartão para fazer exame, mas o brasileiro tem que fazer tudo isso. (...) apesar de ter que pesar muito a questão do custo [referindo-se ao custo financeiro] disso. (Médico 1B)

Com base nessas falas, a noção do direito à saúde está, em primeira instância, vinculada ao acesso ou não aos serviços de saúde. Apesar de reconhecerem o direito à saúde a qualquer pessoa conforme a perspectiva do “modelo sanitário-político”²², os depoimentos parecem condicionar esse “direito” a duas condições: legalização da condição migratória a partir de documentação; e existência de “excedente” ou “sobra” dos serviços após atendimento dos natos, no caso os brasileiros. Nesse sentido, a ideia expressa é de que os imigrantes passam a ser um peso excessivo para os serviços, tornando-se, em alguns casos, “indesejados”.

Os “indesejados”, termo usado para se referir a “pessoas menos pessoas”, é definido por Agier²³ como aqueles que, apesar de terem sua existência reconhecida, não parecem aptos a certos direitos. O autor se referia aos refugiados, mas, neste caso, utilizamos para o imigrante haitiano porque a maioria se encontra no país de forma irregular. Mesmo aqueles legalizados encontram-se no espaço da não cidadania, ou seja, da falta do Estado social e político; o Estado que protege e o representa. Eles estão em um momento do percurso em que não há uma relação do indivíduo com o Estado. O problema é quando isso se expande e dura, tornando-se um dos modos de ser no mundo. As organizações internacionais, as ONGs e o próprio Estado passam a tratá-los não como cidadãos, mas simplesmente como vítimas ou pessoas perigosas²⁴.

Para Bauman²⁵, o imigrante sem pátria, desvalido e à deriva, escancara nossa vulnerabilidade diante da vida, a personificação do que há de errado no nosso modo de viver, o que causaria repulsa na população nata.

É nesse cenário que os entrevistados parecem não conseguir relacionar o direito à saúde como sendo também o direito à vida, a igualdade e a liberdade. Eles entendem que tanto a prioridade do direito entre um brasileiro e um não brasileiro, como a legalização via documentação do imigrante, possam dar conta de legitimar essa ou aquela pessoa como detentora do direito à saúde. Porém, restringir o acesso à saúde em quaisquer das duas condições representaria uma violação aos direitos humanos.

A saúde consta na Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, no artigo XXV, como sendo indissociável do direito à vida, pautada na igualdade entre as pessoas²⁶, sendo dever do Estado garantir condições para o exercício desse direito, seja por meio de políticas públicas, infraestrutura adequada; seja pela gestão e qualificação de profissionais que atuam diretamente na atenção à saúde. No Brasil, o direito à saúde foi uma conquista do movimento da Reforma Sanitária, refletindo na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Federal de 1988, cujo artigo 196 dispõe: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação”²⁷.

No entanto, esse direito só se concretiza no ato do fazer, na construção contínua e cotidiana por meio da participação social dada nas lutas políticas de movimentos populares e de muitos outros atores sociais, na prática, tanto nos espaços de atenção à saúde propriamente dita como também em todos os espaços em que ele possa se materializar socialmente, ou seja, nos sujeitos, nas decisões políticas e nas atitudes²⁸.

É nessa concepção de direito, para além do aspecto jurídico e legal, que se tensiona a compreensão de direito humano e, no caso migratório mais especificamente, é no cotidiano dos serviços de saúde que esse direito pode ou não se concretizar, seja no acolhimento, na escuta, ou no cuidado em saúde nas suas diferentes demandas. A racionalidade instrumental e jurídica, valorizadas em nossa cultura, não pode prescindir da humanidade da condição de cada um²⁹, sobrepondo-se a dignidade do outro⁴, nesse caso o imigrante.

Nessa lógica, é importante ressaltar que em janeiro de 2019 o governo federal se retira do Pacto Global para Migração Segura, Ordenada e Regular (GCM) conduzida pela Organização das Nações Unidas, cuja principal diretriz é fortalecer os direitos humanos e priorizar o indivíduo em processo migratório. A decisão do governo brasileiro acompanha países como os EUA, Austrália e Itália, que já estavam fora do Pacto³⁰. As dificuldades de acesso e garantia dos direitos humanos aos imigrantes que adentrarem o Brasil poderão ser influenciadas por essa decisão principalmente pelo fato de que ideologias de natureza excludentes e conservadoras possam permear o imaginário,

no caso, de profissionais de saúde.

Os direitos sociais básicos têm sido questões problemáticas no contexto do trânsito de pessoas entre os países. Nesse aspecto, o direito à saúde parece ser o mais preocupante, uma vez que as crises econômicas mundiais e o fortalecimento dos ideais neoliberais impulsionaram um desaparecimento do Estado e um anacronismo nas políticas sociais, com a perda de direitos, desregulamentação da força de trabalho, diminuição da renda e flexibilização do processo produtivo, o que termina por afetar diretamente os sistemas de saúde, sobretudo aqueles universais, como no caso brasileiro e de outros países com esse preceito. Embora no Brasil tenhamos uma política pública de saúde, com características universais garantidas pela Constituição Federal para qualquer pessoa, “seja ela nacional ou estrangeira”, seja um imigrante documentado ou indocumentado, as afirmativas por parte dos profissionais de saúde parecem ser influenciadas por ideologias neoliberais excludentes. Há que se esclarecer que os sistemas universais de saúde, como no caso brasileiro, vieram como resposta ao entendimento da saúde não como uma mercadoria, mas como cidadania plena e direito humano e, portanto, implica na inclusão de imigrantes e no enfrentamento político consistente e contínuo por parte de todos os envolvidos na sua construção, a fim de garantir esse direito³¹.

A perspectiva dos profissionais sobre direito à saúde para imigrantes traz de forma explícita a noção da não cidadania e, portanto, do não direito a ter direitos. Essa visão pode gerar maior exclusão e acirrar as polarizações entre natos e migrantes.

Barreiras do sistema de saúde

Quanto à universalidade, os profissionais também expressaram entendimentos de que o imigrante possa estar em desvantagem em relação ao brasileiro pelo fato de desconhecerem o caráter universal do sistema de saúde brasileiro, bem como seu funcionamento. A percepção de que os imigrantes estão à margem do sistema, foi expressa por alguns participantes da pesquisa, como relatado no seguinte depoimento:

Eu acho que não acontece com eles a universalidade. E outra, eles também são leigos no que significa o SUS. A partir do momento que você tem o conhecimento, que o usuário tem o conhecimento, ele busca, ele briga por aquilo. E ele não tem a capacidade de buscar, de brigar. Tem que ter o mesmo direito que o brasileiro, porque está dentro do nosso país. Ele (o sistema) é para todos independentes da nacionalidade. Nessa concepção os haitianos têm que ser incluídos, porque na minha visão estão sendo excluídos. (Enfermeira, 1B)

O sistema de saúde haitiano funciona sob a forma de desembolso, sendo o pagamento realizado diretamente pelo usuário no momento do atendimento. É um sistema misto, que mescla órgãos e instituições da esfera pública e da privada, quais sejam o Ministério da Saúde Pública e População (MSPP) e o Ministério da Assistência Social (setor público); hospitais e clínicas do setor privado com fins lucrativos; o setor misto sem fins lucrativos (servidores do ministério da saúde trabalhando

em organizações religiosas ou não governamentais); o setor privado sem fins lucrativos (fundações, associações e ONGS); e o sistema de saúde tradicional, utilizado especialmente nas áreas rurais. No nível operacional, existe um pacote básico de serviços ofertados pelas organizações vinculadas ao MSPP, independentemente do pagamento ser realizado pelos usuários. Os demais serviços estão disponíveis no setor privado, com custos elevados e forte concorrência, conforme as leis do mercado e sem a regulação do MSPP, gerando efeitos perversos para a maioria da população. Muitos buscam o sistema tradicional, uma vez que os cuidados formais em saúde são inacessíveis³². Portanto, a universalidade de acesso construído no SUS no Brasil pode ser, por ora, desconhecida entre os imigrantes haitianos, o que levaria a não exigência desse direito em solo brasileiro, segundo opinião da entrevistada.

No entanto, conhecer o sistema de saúde não é o suficiente para ter acesso a esse direito. Existem outras dimensões a serem consideradas nessa análise, uma vez que acesso é um conceito plural e complexo. Assis e Jesus³³ trabalham com cinco dimensões de análise, a saber: política, econômico-social, técnica, organizacional e simbólica; outros autores representam o acesso aos serviços de saúde por meio da disponibilidade (serviços ao alcance da população), acessibilidade (localização da oferta e dos usuários, distância entre eles, forma de deslocamento, custos diretos e indiretos do cuidado e capacidade de pagamento) e aceitabilidade (relação entre as atitudes dos usuários, trabalhadores de saúde e práticas desses serviços).

Assim, passados 7 anos no início da entrada de imigrantes haitianos em Cuiabá, os serviços de saúde permanecem com as mesmas dificuldades de atendimento aos imigrantes e com poucos investimentos em processos formativos para que profissionais consigam uma melhor comunicação e compreensão do fenômeno migratório, da língua e da cultura que envolve esses imigrantes. Essa situação potencializa as práticas expulsivas já existentes nos serviços de saúde, as quais serão discutidas mais adiante. Na saúde, a pauta migratória, neste caso a haitiana, tem sido inserida junto à Política da População Negra sob a condução da Atenção Primária em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Sem, contudo, serem realizadas ações específicas para esse segmento populacional dentro das unidades de saúde. O sistema de saúde municipal parece ser reativo e tardio na busca de estratégias e ações para a garantia do direito à saúde dessa população.

Por outro lado, existem instituições atentas às necessidades de saúde dessa população e às dificuldades elencadas pelos profissionais. Desde a chegada dos imigrantes haitianos no município, o Instituto de Saúde Coletiva da UFMT vem conduzindo ações de extensão articuladas com a SMS, o Centro Pastoral para Imigrantes (CPM), Secretaria de Educação (SES) e Secretaria Municipal de Assistência Social e Desenvolvimento Humano de Bem-Estar Social (SMASDH). Desde 2014 foram realizados cursos de português para haitianos, rodas de conversa e palestra sobre a rede de serviços do SUS e a forma de acesso, emissão de cartão SUS e acompanhamento junto aos serviços. Em 2015 e em 2017 foram realizados cursos destinados aos profissionais de saúde com temas relacionados ao racismo institucional, interculturalidade, acolhimento e a situação social, política e histórica do Haiti. Além disso, os profissionais receberam noções básicas do creole,

língua nata do Haiti, para palavras e expressões próprias do cuidado em saúde³⁴.

Outra questão apontada nas entrevistas com os profissionais diz respeito às dinâmicas e normas construídas nos próprios serviços de saúde para o atendimento da população. Em Cuiabá, um dos critérios para que uma família seja cadastrada e vinculada a uma equipe de saúde da família (ESF) é estar residindo há três meses no mesmo endereço, o que muitas vezes impede o acompanhamento dos imigrantes, pois a rotatividade das moradias é frequente entre eles. Quando questionados sobre a vinculação dos haitianos à ESF, os profissionais responderam:

Não, com visitas não estamos conseguindo, justamente por falta de cobertura de agente comunitário de saúde. A gente não consegue desenvolver cem por cento, é mais quando assim, os próprios familiares vêm, e aí a gente vai e busca, entendeu? Mas, sem o agente de saúde é difícil a gente manter uma linha do PSF. Mas isso é para brasileiro e haitiano, tudo igual. (Técnica de Enfermagem 2A)

Não sei o que passam para eles quando eles chegam aqui. Nós temos uma hierarquia no PSF e normalmente eles vêm já reclamando de dor, a gente fala que tem que ir a UPA ou Policlínica e eles ficam irritados. (Técnica em enfermagem 1A)

Ainda sobre o fluxo dentro do sistema de saúde, três profissionais relataram a dificuldade de os haitianos compreenderem a lógica instituída no SUS e certa semelhança à prática cultural dos brasileiros, pois os haitianos não buscam os serviços de saúde de forma rotineira e preventiva, mas sim em casos de urgência em que o atendimento se faz imediato:

Eles têm uma grande dificuldade em entender o que é uma atenção primária, secundária e terciária... Atenção primária não é pronto atendimento, que não é emergência o que eles estão apresentando. (Enfermeira, 2B).

Eles não conseguem entender o fluxo do sistema. Se brasileiro tem dificuldades de entender onde é cada serviço e o que oferece, eles pior ainda. Acho que porque o acesso é mais fácil, eles conseguem atendimento, e pensam que é só chegar e fazer uma ficha. Não precisa de cadastro, não precisa agendar consultas, então eles vêm. (Médica, 2B)

A visão dos profissionais sobre a procura pelos serviços de emergência difere de relatos de agentes comunitários de saúde da cidade de Lajeado, os quais afirmam que os haitianos procuram a unidade de saúde para ações de prevenção e não por doença, sendo notável sua frequência nas unidades de saúde da rede municipal³⁵.

As dificuldades elencadas pelos profissionais quanto ao acesso dos haitianos aos serviços de saúde trazem a responsabilização para o usuário – ele não conhece o sistema – parece não haver uma corresponsabilização dos profissionais e do próprio serviço frente às necessidades em saúde apresentadas pelos imigrantes. Segundo Marques, Afonso e Silveira³⁶, existe “uma lacuna

no enfrentamento das singularidades dos grupos de migrantes, que não raro ficam sujeitos à interpretação difusa sobre seu direito ou não ao atendimento pelo sistema de saúde pública no Brasil”.

As barreiras como a não vinculação dos imigrantes a ESF e o desconhecimento do fluxo dos serviços, aliados aos horários de funcionamento das unidades de saúde, que dificultam o acesso aos trabalhadores, à exigência do comprovante de endereço e do cartão SUS para atendimento e encaminhamento em especialidades, parecem criar um distanciamento dos imigrantes nos serviços, sobretudo na atenção primária à saúde. Essas condições, agregadas ao preconceito e às diferenças culturais, tendem a se transformar em práticas expulsivas dentro dos serviços de saúde. Dessa forma, o direito à saúde passa ser secundário, pois as condições impostas pela burocracia e pelo racismo institucional se sobrepõem a ele.

Zimmerman et al.³⁷ apontam que não é raro encontrar preconceitos, que levam a exclusão social, dificuldades nas relações interpessoais e discriminação institucionalizada. O preconceito e o racismo institucional foram observados quando da entrada em um dos locais onde as entrevistas ocorreriam; um dos trabalhadores de saúde se referiu aos haitianos que buscavam aquele serviço de saúde como sendo todos portadores de HIV/AIDS. Essa afirmativa está carregada de uma visão racista e preconceituosa em relação ao negro e ao imigrante, ambos presentes no indivíduo haitiano.

A década de 1980 foi crucial para o Haiti devido ao auge da epidemia de AIDS entre a população, rendendo-lhes o status de grupo de risco que parece perdurar até a atualidade. Assim como nos EUA, os imigrantes haitianos carregam o estigma de disseminadores de doenças³⁸. Esses discursos estigmatizantes estão disseminados na sociedade e, conseqüentemente, nas subjetividades de alguns profissionais de saúde entrevistados:

A maioria vem aqui com problemas de saúde básico, mas não se tem diagnóstico fechado, não se sabe se é DST, se é algo mais grave/profundo, pois não se tem acompanhamento. (Enfermeiro, 2B)

Tem mulheres que têm que fazer exames aí elas têm medo de tirar o sangue, tem medo também de aparecer uma doença mais grave como o HIV, porque lá a incidência do HIV é alta. (Assistente Social, 3B)

Situação semelhante foi relatada em relação aos imigrantes bolivianos em São Paulo, onde a dificuldade de reivindicação pelo direito à saúde e as diferenças sociais e culturais terminaram por impor aos imigrantes uma situação de exclusão e invisibilidade¹¹. Os imaginários estigmatizantes se perpetuam na atenção à saúde prestada pelos profissionais aos imigrantes e nos remetem à discussão sobre o racismo institucional, definido pela Articulação para o Combate ao Racismo Institucional (CRI) como:

(...) o fracasso das instituições e organizações em prover um serviço profissional e adequado

às pessoas em virtude de sua cor, cultura, origem racial ou étnica. Ele se manifesta em normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano do trabalho, os quais são resultantes do preconceito racial, uma atitude que combina estereótipos racistas, falta de atenção e ignorância. Em qualquer caso, o racismo institucional sempre coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem no acesso a benefícios gerados pelo Estado e por demais instituições e organizações³⁹.

O racismo institucional ameaça a condição de saúde dos indivíduos na medida em que subordina o direito e a democracia às necessidades do racismo em si. Isso favorece a violação de direitos ou a precariedade do direito à saúde, trazendo impactos significativos para a população imigrante, especialmente dentro de um serviço que deveria garantir esse direito. Ignorar essas falas “significa menosprezar a complexa relação que existe entre estigma, racismo e discriminação com processos de atenção e cuidado em saúde”⁴⁰.

As percepções dos profissionais de saúde se contrapõem ao discurso acerca da hospitalidade do povo brasileiro e em algumas afirmativas parecem ainda banalizar o sofrimento alheio, atribuindo juízo moral acerca da conduta de imigrantes⁴¹. Outro fator importante presente nas falas é sobre o processo de comunicação entre os membros da equipe de saúde que se encarregam de fomentar as impressões vivenciadas no cotidiano e que de alguma forma fortalecem preconceitos:

(...) eles aprenderam a malandragem, querem atestados, mal são atendidos e já perguntam: cadê o atestado? Então eu falo: vocês não vêm em busca de atendimento, vocês querem atestado e eles concordam: é atestado mesmo. Então acabo brincando e rindo com eles, porque eu sei que é mentira. Alguns médicos já sabem que é malandragem mesmo e acabam não dando o atestado. Muitos são médicos recém-formados, e acabam fornecendo o atestado. E um haitiano vai passando a informação para o outro: Vai lá que você consegue atestado. Quando você vê já tem uns dez, vinte haitianos em busca de atestado. Eles simulam bem, simulam muita mentira, muita dor, inventam, criam, imaginam, “dão piti”, aprenderam é só vendo mesmo, eu caio na risada. (Técnica em Enfermagem, 2C)

Não sei se estou fazendo um pré-julgamento, mas um haitiano é mais queixoso, choroso, então qualquer coisinha eles já fazem um alarme maior do que um brasileiro. Tem bastante que vem em busca de atestado, então antes de você fazer as perguntas eles querem saber: você vai me dar um atestado? Você vai antes de passar pela consulta na própria classificação eles já estão buscando o atestado médico. (Enfermeiro, 1C)

Sendo o trabalho um dos principais motivos para a saída de seu país, há que se considerar a efetiva necessidade de atestado médico para o imigrante que busca o serviço de saúde, sobretudo em dias de semana, uma vez que se não houver a garantia de comprovação do atendimento, o trabalhador imigrante poderá perder o dia de trabalho e, por conseguinte, o pagamento referente aquele dia ou até ser demitido do emprego. Outro fator a ser considerado é a demora no atendimento,

que pode acarretar meio período do dia a ser trabalhado. Isso se a consulta não demandar nenhum outro procedimento em que o imigrante precise acessar serviços de diagnóstico, terapêutico ou de outra natureza. Essas questões precisam ser consideradas pelos profissionais de saúde no momento de uma consulta, antes de desenvolverem pré-julgamentos que podem fortalecer práticas estigmatizantes.

Por outro lado, o “aprender a malandragem” relatada por uma das entrevistadas pode apontar para as questões relativas à fluência cultural, que, na ótica cognitiva, seria a troca de acervos culturais entre pessoas de culturas diferentes. Nesse sentido, não se trata apenas do que se tem direito, mas da capacidade de viver da melhor forma possível em um ambiente que possa lhe ser agressivo e, de certa forma, viver como se fossem natos do país de acolhimento como estratégia para driblarem os obstáculos colocados pelas leis e seus sistemas formais⁴².

A extensão dos direitos sociais básicos aos imigrantes tem sido uma questão preocupante em todo o mundo, sobretudo na atualidade, diante da crise migratória vivida por vários países desencadeando reações diversas no âmbito político dos países de destino. No caso brasileiro, e no Mato Grosso em específico, as iniciativas de inclusão e acolhimento desse imigrante no cotidiano dos serviços de saúde, como indivíduo detentor do direito à saúde, parecem estar presentes em iniciativas realizadas pela sociedade civil e por alguns profissionais de saúde durante os encontros com esses imigrantes.

Com base nas narrativas dos entrevistados e na reflexão sobre as fragilidades do Estado na elaboração de políticas sociais para imigrantes, o que parece vigente são as ações pessoais de cada profissional, a partir de sua compreensão de direito à saúde. Contudo, barreiras do próprio sistema de saúde e visões discriminantes e racistas de alguns profissionais de saúde podem afastar esses imigrantes do direito à saúde.

Comunicação e seus desafios

As percepções e atitudes dos profissionais no contexto da atenção à saúde podem ter implicações na sua interação com o imigrante, refletindo-se em posturas acolhedoras ou estigmatizantes. As visões de mundo e, conseqüentemente, as atitudes de profissionais de saúde estão intimamente ligadas aos valores sociais e culturais da sociedade em que ele está inserido, bem como das organizações e sistemas de saúde⁴³. Assim, o contexto relacional em que se dá o encontro entre o profissional e o imigrante haitiano é estruturado a partir das atitudes do profissional, as características do sistema de saúde (e suas barreiras) e as singularidades dos usuários.

Por exemplo, na França, Alemanha e Suécia, os profissionais de saúde devem denunciar imigrantes ilegais, independentemente de seus valores e compreensão da realidade vivida pelo imigrante, isso provavelmente resultará em um sentimento de receio, por parte dos imigrantes, em recorrer aos serviços de saúde nesses países⁴⁴.

Diante das dificuldades enfrentadas pelos profissionais no atendimento a saúde da população imigrante observa-se que estes respondem de forma individual para dar retorno às demandas cotidianas, quer sejam linguísticas, quer sejam de outra natureza⁴⁵.

As entrevistas apontaram a comunicação entre o profissional e o imigrante haitiano, como importante núcleo de sentido nos serviços de saúde, sendo relatada como uma das barreiras mais referidas pelos profissionais de saúde e indiretamente podendo ser um impeditivo a garantia do direito à saúde desses imigrantes, conforme descrito nas falas:

Dificulta, porque muitas vezes eles interpretam mal aquilo que você fala. Posso compreender e interpretar de maneira diferente aquilo que eles estão falando, então de certa forma isso acaba prejudicando a assistência. (Enfermeira, 1B)

Tem hora que leva tempo, pois explicamos uma vez e eles não entendem, explicamos de novo e eles não entendem. E outros pacientes aguardando. Ai ficamos mais nervosas. Quando tem haitianos parados, esperando, eles levantam e oferecem ajuda. (Enfermeira, 2C)

Esses resultados reiteram afirmações descritas na literatura, tais como a relação entre a comunicação do usuário e o profissional de saúde que termina por definir a adesão ao tratamento ou não, assim como pode dificultar (quando não compreendida) o acesso às ações e serviços de saúde, quer seja consulta, quer sejam medicamentos e exames⁴⁶.

A dimensão comunicacional tratada por Ayres¹⁸ não se refere a um espaço de recepção ou um ponto em algum fluxograma institucional definido como acolhimento. Na concepção dialógica, torna-se importante não somente os fins para essa comunicação, ou seja, o procedimento em si, mas também os meios para sua execução. É nesse meio que se constroem relações de escuta sensíveis, ou seja, que valorizem a intersubjetividade dessas relações, pois não somente os usuários se veem limitados em suas expressões, mas também os profissionais. É possível que a dificuldade de entendimento da língua distinta possa aproximar imigrante e profissional com base na valorização do meio, da relação, da troca e da proximidade na intenção de compreender a demanda do outro. Desse modo, o que seria a princípio uma barreira, a depender do ponto de vista, poderia ser uma oportunidade, no sentido de enriquecer horizontes e apostar em trocas interculturais. Uma vez que a fala somente não permite estabelecer uma comunicação, torna-se necessário novas estratégias, demandando do profissional e do imigrante mais proximidade, conforme relatos abaixo:

A gente fica mais na mímica, apesar da maioria deles falarem duas a três línguas, mas a gente só fala o português. (Técnica em Enfermagem, 2C)

Eles estão interessados em aprender a nossa língua. Falam que estão indo a escola e já estão aprendendo o português. Ai facilita muito a nossa vida também e a vida deles pelo interesse deles mesmos. (Assistente social, 3B)

A gente fala pra eles trazerem alguém que consiga entender a nossa língua, porque eu já percebi que eles têm essa captação melhor de aprender a nossa língua. Fico muito insatisfeita de não poder atender a necessidade deles, às vezes só nos gestos é complicado entender. (Técnica em Enfermagem, 3A)

Parece que temos um desprezo para com o paciente, ele fica ali parado na sua frente e você sem conseguir atender. Dá uma tristeza, um vazio por ver a necessidade do paciente e ver que o sistema em si mesmo não procura resolver o problema. (Enfermeira, 3B)

Alguns profissionais demonstram sensibilidade pelo outro e percebem que a dificuldade está em si e no desconhecimento do idioma haitiano, o creole. No entanto, os sentimentos de tristeza e insatisfação relatados pelos profissionais parece não mobilizar ações concretas que possam propiciar a integração e a interlocução entre eles e os haitianos. As iniciativas de comunicação permanecem pontuais e voluntárias sem quaisquer ações no âmbito institucional que pautem o problema no âmbito das políticas de saúde. Os imigrantes veem-se compelidos ao aprendizado de um novo idioma para que seja possível desenvolver estratégias que lhe garantam acesso aos serviços de saúde e outros espaços públicos e privados. A imigração implica, dessa forma, em um processo de adaptação por parte dos imigrantes no que tange a cultura, as regras sociais e a língua, sem as quais permaneceriam no isolamento e a margem do direito à saúde⁴⁷.

Granada e Detoni³⁵ relatam que em Lajeado, no Rio Grande do Sul, um grupo de agentes comunitários de saúde (ACS) eram intérpretes, traduzindo os diálogos entre os ACS e a família das crianças haitianas que frequentavam a escola, o que possibilitava as entrevistas de rotina. Por fim, nessa conjuntura, onde o direito à saúde é atravessado pelo cuidado, e este operacionalizado também pela comunicação, não seria errôneo afirmar que essa dificuldade termina por colocar em risco esse direito garantido pela constituição.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ainda que no Brasil a saúde tenha caráter universal e as dificuldades para a garantia do efetivo exercício desse direito seja um desafio para natos e para imigrantes, as opiniões dos profissionais sobre os imigrantes sinalizam que essa população encontra desvantagem em relação aos brasileiros pela língua, pela compreensão do sistema, pelo racismo institucional, pelo preconceito, pela indefinição de políticas públicas e educação permanente para os profissionais do SUS.

As relações estabelecidas entre imigrantes e profissionais de saúde são espaços potentes de integração ou de exclusão, e é nessa perspectiva que se deve investir em agendas de políticas públicas e investigação científica. Face ao exposto, é importante refletir sobre estratégias de interação em contexto de diversidade cultural, no sentido de garantir o direito e a equidade em saúde.

Na ótica de se imbricar com o outro, no caso o imigrante, é necessário um acolhimento familiar, social, cultural, sanitário e jurídico sob os quais a exclusão e o preconceito possam dar lugar à alteridade, às trocas solidárias e à inclusão⁴⁷. É nesse espaço que os imigrantes deixarão de ser vítimas e passarão a ser sujeitos, passarão a usufruir do direito a ter direitos.

Ainda que o cenário brasileiro possa apresentar o mesmo movimento que países como os EUA, é fato que, no tocante à saúde, uma vez em solo brasileiro, é garantido ao imigrante o direito universal. Fica, então, o Estado incumbido de ressignificar o conceito de direito à saúde junto aos profissionais de saúde, elaborando políticas, projetos e estratégias que deem suporte aos profissionais para melhor acolher os imigrantes haitianos e de fato garantir o direito humano à saúde.

REFERÊNCIAS

1. Martin D, Goldberg A, Silveira, C. Imigração, refúgio e saúde: perspectivas de análise sociocultural. *Saúde Soc.* 2018;27(1): 26-36.
2. Ventura M. Imigração, saúde global e direitos humanos. *Cad. Saúde Pública.* 2018;34(4):1-3.
3. Nogueira VMR, Pires DEP. Direito à saúde: um convite à reflexão. *Cad. Saúde Pública.* 2004;20(3):753-760.
4. Arendt H. *Origens do totalitarismo.* São Paulo: Companhia das Letras; 1989.
5. Louidor WE. Uma História Paradoxal. In: Santiago A, organizador. *Haiti por si: a reconquista da independência roubada.* Fortaleza: Expressão; 2013. p. 12-32.
6. Cavalcanti L, Oliveira ATR, Tonhati T, organizadores. *A Inserção dos Imigrantes no Mercado de Trabalho Brasileiro.* Brasília: Cadernos do Observatório das Migrações Internacionais; 2014.
7. Cavalcanti L, Oliveira ATR, Tonhati T, organizadores. *A Inserção dos Imigrantes no Mercado de Trabalho Brasileiro.* Brasília: Cadernos do Observatório das Migrações Internacionais; 2017.
8. Muraro AP, Borges FT, Palos CC, Martins MA, Lima M, Siqueira E. Health Conditions of Haitian Immigrants in Mato Grosso, Brazil: Is Their Right to Health Care at Stake? In: *Health in all Policies – APHA 143rd Annual Meeting & Expo; 31-4 out-nov 2015; Chicago (EUA): Chicago – American Public Health Association (APHA); 2015.*

9. Leao LHC, Muraro AP, Palos CC, Martins MAC, Borges FT. Migração internacional, saúde e trabalho: uma análise sobre os haitianos em Mato Grosso, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2017;33(7):2-7.
10. Gonçalves A, Dias S, Luck M, Fernandes JE, Cabral J. Acesso aos Cuidados de Saúde de Comunidades Imigrantes: problemas e perspectivas de intervenção. *Rev. Portuguesa de Saúde Pública*. 2003;21(1):55-64.
11. Goldberg A, Silveira C. Social inequality, access conditions to public health care and processes of care in bolivian immigrants in Buenos Aires and São Paulo: a comparative inquiry. *Saúde Soc*. 2013;22(2):283-297.
12. Granada D, Carreno I, Ramos N, Ramos MCP. Discutir saúde e imigração no contexto atual de intensa mobilidade humana. *Interface*. 2017;21(61):285-296.
13. Martes ACB, Faleiros SM. Acesso dos imigrantes bolivianos aos serviços públicos de saúde na cidade de São Paulo. *Saúde Soc*. 2013;22(2):351-64.
14. Silveira C, Ribeiro MCSA, Carneiro Junior N, Simões O, Barata RB. Processos migratórios e Saúde: uma breve discussão sobre abordagens teóricas nas análises em saúde dos imigrantes no espaço urbano. In: Mota A, Marinho MGSMC, Silveira C, organizadores. *Saúde e história de Imigrantes e imigrantes: direitos, instituições e circularidades*. 5 ed. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; Universidade Federal do ABC; Casa de Soluções e Editora; 2014.
15. Rodrigues R, Dias, S. Encontro com a Diferença: a perspectiva dos trabalhadores de saúde no contexto da prestação de cuidados aos imigrantes. *Fórum Sociológico*. 2012;22(1):63-72.
16. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública*. 2008;24(1):17-27.
17. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.
18. Ayres JRCM. *Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde*. 1 ed. Rio de Janeiro: CEPESC; 2009.
19. Cuiabá. Prefeitura. Secretaria Municipal de Planejamento e Desenvolvimento Urbano (SDU). Diretoria de Urbanismo e Pesquisa (DUP). *Perfil Socioeconômico de Cuiabá, Volume V*. Cuiabá: Central de Texto; 2012.

20. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [internet]. Cidades e estados. Cuiabá. [Acesso em 10 jan 2019]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mt/cuiaba.html>.
21. Cuiabá. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão/Assessoria de Planejamento e Gestão – ASPLAN. Cuiabá; 2016.
22. Jesus WLA, Assis MMA. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010;15(1): 161-70.
23. Agier M. *Gérer les Indésérables: des camps de réfugiés au gouvernement humanitaire*. Paris:Flammarion; 2008. p. 1-22.
24. Damasceno J, Silva IOP, Fazzioni NH, Aderaldo GA, Frúgoli Junior HF. As cidades da antropologia: Entrevista com Michel Agier. *Rev. Antropologia*. 2010;53(2):811-42.
25. Bauman Z. *Estranhos à nossa porta*. Rio de Janeiro: Zahar; 2017.
26. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Assembleia Geral das Nações Unidas em Paris. 10 dez. 1948 [internet]. [acesso em 10 jan 2019]. Disponível em: <http://www.dudh.org.br/wp-content/uploads/2014/12/dudh.pdf>.
27. Brasil. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília (DF): Senado Federal; 1988.
28. Guizardi FL, Pinheiro R. Novas práticas sociais na constituição do direito à saúde: a experiência de um movimento fitoterápico comunitário. *Interface*. 2008;12(24):109-22.
29. Peretti C. Dignidade, direitos humanos e cidadania na perspectiva da doutrina social e de Hannah Arendt. *Rev. Pistis Prax., Teol. Pastor*. 2014;6(3):795-816.
30. Carta Educação. Entenda o Pacto Global de Migrações da ONU que o Brasil deixou [internet]. [acesso em 10 jan 2019]. Disponível em: <http://www.cartaeducacao.com.br/carta-explica/entenda-o-pacto-global-de-migracoes-da-onu-que-o-brasil-deixou/>.
31. Giovanella L, Mendoza-Ruiz A, Pilar ACA, Rosa MC, Martins GB, Santos IS, et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. *Ciênc. Saúde coletiva*. 2018;23(6):1763-76.
32. Bordin R, Misoczky MC. Sistema Nacional de Saúde do Haiti – Uma introdução. In: Misoczky MC, Bordin R, Barcelos R, organizadores. *Fortalecimento da rede de serviços de saúde*

– um relato da cooperação Brasil/Cuba/Haiti. Porto Alegre: Publicato; 2015. p. 27-42.

33. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc. saúde coletiva*. 2012;17(11):2865-75.

34. Muraro AP, Martins MAC, Alves JFS, Borges KL, Motizuki KRN. Projeto de extensão saúde do imigrante haitiano em Mato Grosso: experiência do primeiro triênio. *Rev. Corixo*. 2016;5(2):1-12.

35. Granada D, Detoni, PP. Corpos fora do lugar: Saúde e Migração no caso de haitianos no sul do Brasil. *Temáticas*. 2017;25(49/50):115-38.

36. Marques MCC, Afonso FC, Silveira C. A atenção à saúde do imigrante no contexto histórico da Saúde Pública em São Paulo. In: Mota A, Marinho GSMC, organizadores. *Saúde e História de Migrantes e imigrantes. Direitos, Instituições e Circularidades*. São Paulo: Casa de Soluções e Editora; 2014. p. 73-89.

37. Zimmerman C, Kiss L, Hossain M. Migration and Health: A Framework for 21st Century Policy-Making. *PLoS Med*. 2011;8(5):1001-1034.

38. Santana, MA, Dancy, BL. The stigma of being named “AIDS carriers” on Haitian-American women. *Health Care Women Int*. 2000;21(3):161-71.

39. CRI. Articulação para o Combate ao Racismo Institucional. Identificação e abordagem do racismo institucional. Brasília: CRI; 2006.

40. Risson AP, Matsue RY, Lima ACC. Atenção em Saúde aos Imigrantes Haitianos em Chapecó e suas Dimensões Étnico-Raciais. *O social em questão*. 2018;21(41):111-30.

41. Zanella VG. As condições de vida e trabalho de costureiras em São Paulo: uma aproximação com imigrantes bolivianas. In: *Anais, II Simpósio Gênero e Políticas Públicas*; 18-19 ago 2011; Londrina. Londrina (PR): Universidade Federal de Londrina; 2011. p.18-19.

42. Mello FMRVBD. Saúde e Processo migratório. Estudo exploratório sobre acesso à saúde e tuberculose na comunidade boliviana do MSP [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2014.

43. Van Ryn M, Burke J. The effect of patient race and socio-economic status on physicians' perceptions of patients. *Social Science e Medicine*. 2000;50(6):813-828.

44. Waldan TC. Movimentos migratórios sob a perspectiva do direito à saúde: imigrantes

bolivianas em São Paulo. Rev. De Direito Sanitário. 2011;12(1):90-114.

45. Priebe S, et al. Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. BMC Public Health. 2011;11(187):1-12.

46. Santana CLA, Carvalho LA, Silva RT, Neto FL. Redes de Serviço de saúde e apoio social aos refugiados e imigrantes. In: Mota A, Marinho MGSMC, Silveira C, organizadores. Saúde e história de imigrantes e imigrantes: direitos, instituições e circularidades. São Paulo: Casa de Soluções e Editora; 2014. p. 175-190.

47. Ramos N. Saúde, migração e direitos humanos. Mudanças – Psicologia da Saúde. 2009;17(1):1-11.

Artigo apresentado em setembro de 2019

Artigo aprovado em agosto de 2020

Artigo publicado em maio de 2021