



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

JULIA RAMALHO RODRIGUES

**CUIDADOS PRIMÁRIOS EM SAÚDE E IMIGRAÇÃO
HAITIANA**

Londrina
2020

JULIA RAMALHO RODRIGUES

**CUIDADOS PRIMÁRIOS EM SAÚDE E IMIGRAÇÃO
HAITIANA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social da Universidade Estadual de Londrina - UEL, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof^a Dr^a Líria Maria Bettioli Lanza
Coorientador: Prof. Dr. Francesco Romizi

Londrina
2020

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

RODRIGUES, JULIA RAMALHO RODRIGUES.
CUIDADOS PRIMÁRIOS EM SAÚDE E IMIGRAÇÃO HAITIANA / JULIA RAMALHO RODRIGUES RODRIGUES. - Londrina, 2020.
163 f. : il.

Orientador: LÍRIA MARIA BETTIOL LANZA BETTIOL LANZA.

Coorientador: FRANCESCO ROMIZI ROMIZI.

Dissertação (Mestrado em Serviço Social e Política Social) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Estudos Sociais Aplicados, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social, 2020.

Inclui bibliografia.

1. Imigrantes haitianos - Tese. 2. Cuidados em saúde - Tese. 3. Atenção Primária à Saúde - Tese. 4. Acesso aos Serviços de Saúde - Tese. I. BETTIOL LANZA, LÍRIA MARIA BETTIOL LANZA. II. ROMIZI, FRANCESCO ROMIZI. III. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Estudos Sociais Aplicados. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social. IV. Título.

CDU 36

JULIA RAMALHO RODRIGUES

CUIDADOS PRIMÁRIOS EM SAÚDE E IMIGRAÇÃO HAITIANA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social da Universidade Estadual de Londrina - UEL, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Profª Drª Líria Maria Bettiol Lanza
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Profª Drª Vera Maria Ribeiro Nogueira
Universidade Católica de Pelotas – UCPel

Prof. Dr. Daniel Granada da Silva Ferreira
Universidade Federal de Santa Catarina –
UFSC

Londrina, 07 de abril de 2020.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais Adriana e Talmir, e aos meus irmãos Mariana, Isabela e André, por todo o amor neste processo, toda a paciência e compreensão com as minhas faltas durante esses anos; por me mostrarem diariamente que a nossa união não tem fronteiras e que estaremos juntos, independente onde cada um estiver nesse mundo.

Agradeço à Professora Dr^a Líria Maria Bettiol Lanza, minha querida orientadora, por todos os ensinamentos; por me acompanhar de perto meu crescimento pessoal e profissional. Líria, saiba que você contribuiu grandiosamente na minha formação como assistente social, pesquisadora e também como pessoa!

Aos imigrantes, que contribuíram direta ou indiretamente para esse trabalho. Obrigada por confiarem no meu trabalho (até mesmo quando eu não acreditava), abrirem as portas de suas casas e compartilharem comigo tantas histórias.

Aos profissionais e gestores das políticas sociais, em especial do serviço de saúde estudado, que estiveram presentes no desenvolvimento da minha pesquisa. Agradeço por todas as trocas, tensionamentos e disponibilidade.

Aos colegas do Grupo de Pesquisa do CNPq SERSAÚDE, que me ensinaram no dia a dia da universidade pública, o verdadeiro significado de coletividade. Esse trabalho é de vocês também!

À todo o Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual de Londrina, pelos professores que me ensinaram tanto, dentro e fora de sala de aula.

Aos professoras Vera Nogueira e Daniel Granada, que sendo grandes referências para minha trajetória como pesquisadora, aceitaram compor a banca deste trabalho e assim, contribuíram para sua construção e meu aprendizado. Professora Vera e Professor Daniel, obrigada por serem pesquisadores tão comprometidos com a ética e com os migrantes!

Ao Professor Francesco Romizi, meu coorientador, que me desafiou a ter uma nova visão da Antropologia e contribuiu excelentemente durante todo esse processo.

Aos professores Fabio Lanza e Evelyn Secco Faquin, que estiveram comigo nessa caminhada e além de grandes mestres, se mostraram fiéis companheiros. Obrigada por todo o apoio e por sempre estarem disponíveis!

Aos meus amigos, com os quais partilhei tantos momentos nessa caminhada; que sempre estiveram disponíveis para momentos de lazer; que me mostrarem que a luta por um mundo mais justo fica menos caótico com pessoas que acreditam no mesmo propósito do nosso lado. Em especial, agradeço à Thamiris Bettiol, que não mediu esforços para estar comigo e acreditou em mim todos os dias; ao Kaique Cardoso, que me socorreu nos momentos difíceis mesmo estando do outro lado do mundo; aos meus amigos José Neves e Vinicius Bustos, grandes pesquisadores que chegaram na minha vida nessa caminhada e levarei pra vida; à Lina Penati e Julia Medina, parceiras de tantos anos, que permaneceram presentes, que me ajudaram na operacionalização desse trabalho de diversas formas; à Daniele Sana, Bruna Duarte, Aline Cândida e Amanda Gollo, por serem a minha família londrinense.

Por fim, agradeço à CAPES, pela concessão da bolsa, que em momentos tão difíceis para a educação, possibilitou a construção dessa dissertação.



RODRIGUES, Julia Ramalho. **Cuidados primários em saúde e imigração haitiana**. 2020. 163 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social e Política Social) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2020.

RESUMO

Considerando a migração internacional enquanto um processo social do mundo contemporâneo, o Brasil se coloca como um país de recepção na rota migratório do cenário mundial no século XXI. Tendo como característica cultural a emigração, os haitianos têm se destacado como a nacionalidade que mais solicita regularização de sua condição migratória no Brasil – por meio do visto por razões humanitárias-, uma característica agravada com a crise econômica no Haiti e também com o terremoto de janeiro de 2010. Assim, considera-se que ao migrar entre fronteiras físicas, os sujeitos também migram em diversos sistemas de saúde, trazendo compreensões do processo saúde-doença e seus determinantes sociais. Através de uma pesquisa qualitativa, esse trabalho tem como objetivo principal analisar o acesso dos imigrantes aos cuidados primários de saúde a partir da visão dos profissionais e usuários haitianos, residentes da Região Metropolitana de Londrina/PR. Dessa forma, elencamos como objetivos específicos deste estudo: a) Mapear o acesso dos imigrantes ao serviço de saúde; b) Identificar a compreensão dos profissionais de saúde e dos haitianos acerca do seu acesso à política de saúde; c) Apreender as estratégias utilizadas pelos profissionais em saúde diante da nova reconfiguração do território com a chegada dos imigrantes; d) Compreender os tipos de relações entre os sujeitos durante o acesso ao serviço de saúde; e) Identificar potencialidades no território para um acesso mais qualificado, equânime e integral dos sujeitos em questão. Para tal propósito, foi desenvolvida uma pesquisa qualitativa participativa em um serviço de Atenção Básica em Saúde em um município de médio porte da Região Metropolitana de Londrina/PR. Enquanto procedimentos metodológicos, a pesquisa utilizou fontes primárias e secundárias. As técnicas metodológicas utilizadas no âmbito da UBS foram: observação participante no serviço de saúde investigado; oficina de educação em saúde; reunião com os profissionais; análise de 49 prontuários clínicos. Já diretamente com os usuários, foram realizadas observações participantes nos cultos das comunidades religiosas exclusivas da população imigrante, além da realização de entrevistas semiestruturadas com cinco sujeitos. Os dados obtidos foram trabalhados durante toda a presente dissertação, por meio de análise de conteúdo através de quatro eixos, a saber: acessibilidade e utilização do serviço básico de saúde; atendimento integral à população imigrante; território e saúde e, a relação da migração haitiana com os determinantes sociais de saúde. Assim, percebe-se que diante da mercantilização do Sistema Único de Saúde, há uma reprodução de práticas individuais, curativistas, discriminatórias, que não pensa nas particularidades do imigrante a partir de sua condição de classe, gênero e raça. Contudo, entende-se que os serviços da Atenção Primária em Saúde são espaços privilegiados para se pensar os cuidados primários em saúde numa melhor forma de integração dos imigrantes à sociedade brasileira, por meio de uma relação horizontal e troca de saberes entre os atores envolvidos.

Palavras-chave: Imigrantes haitianos. Cuidados em saúde. Atenção Primária à Saúde. Acesso aos Serviços de Saúde.

RODRIGUES, Julia Ramalho. **Primary health care and haitian immigration**. 2020. 163 f. Dissertation (Master's degree in Social Work and Social Policy) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2020.

ABSTRACT

Considering international migration as a social process in the contemporary world, Brazil places itself on the world stage as a country that receives a large volume of the 21st century migratory flow. With emigration as a historical characteristic, the Haitians have presented themselves as the nationality that most requests refuge in Brazil, a characteristic reinforced by the economic crisis in Haiti and also by the earthquake of January 2010. Thus, it is considered that when migrating between physical boundaries, people also migrate in different health systems, bringing conceptions of the health-disease process and its social determinants. Based on a qualitative research, this investigation has as its main objective to analyze the access of immigrants to primary health care from the perspective of Haitian professionals and users, residents of the Metropolitan Region of Londrina / PR. Therefore, the following specific objectives were listed: a) Map the access of immigrants to the health service; b) Identify the understanding of the health professionals and Haitians about the right of these immigrants and their access to health policy; c) To learn the strategies utilized by health professionals according to the new reconfiguration of the territory with the arrival of immigrants; d) Understand the types of relationships between people during their access to the health service; e) Identify potentialities in the territory for a more qualified, equitable and full access for these people. For this purpose, a participatory qualitative research was developed in a Primary Health Care service in a medium-sized city in the Metropolitan Region of Londrina / PR. As methodological procedures, the research used primary and secondary sources. The methodological techniques used in the Basic Health Unit (UBS) were: participant observation in the investigated health service; health education workshop; meetings with the professionals of this health service; analysis of clinical records. Directly with the users, participant observation was carried out in the religious service exclusive of the immigrant community, additionally semi-structured interviews were conducted with five people. The data collected were worked on this dissertation through content analysis using four axes: accessibility and use of the basic health service; comprehensive care for the immigrant population; territory and health, and the relationship between Haitian migration and social determinants of health. Thus, it is clear that in view of the commodification of the Unified Health System, there is a reproduction of individual, curative, discriminatory practices, which do not think about the particularities of the immigrant based on their condition of class, gender and race. However, it is understood that the Primary Health Care services are privileged spaces for thinking about primary health care in a better way of integrating immigrants into Brazilian society, through a horizontal relationship and exchange of knowledge between the actors involved.

Key-words: Haitian Immigrants. Health Care. Primary Health Care. Health Services Accessibility.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** – Um capacete-azul brasileiro fiscaliza “o problemático bairro de Cité Soleil, na capital Porto Príncipe, durante uma operação” (ONUBR, 2018b).....38
- Figura 2** – Determinantes sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead.....115

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Nacionalidades dos imigrantes residentes na RMLO.....	45
Gráfico 2 – Abate de frangos por estado em 2017.....	46
Gráfico 3 – Exportação de carne de frango por estado em 2017.....	46
Gráfico 4 – Principais dificuldades vivenciadas pelos imigrantes em sua inserção na sociedade brasileira.....	48
Gráfico 5 – Relação entre o gênero e o acesso dos imigrantes ao Sistema Único de Saúde.....	50
Gráfico 6 – A relação do tempo de permanência no Brasil e a obtenção de informações do SUS.....	51
Gráfico 7 – A relação entre o acesso aos serviços de saúde e a ocupação de trabalho, segundo esforço físico.....	52
Gráfico 8 – Instituições de saúde segundo sua natureza.....	80
Gráfico 9 – Obstáculos citados no acesso aos serviços de saúde pelos respondentes da pesquisa.....	80
Gráfico 10 – Tempo de permanência (anos) em cada país de migração, referente aos imigrantes entrevistados.....	120

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Densidade médica dos países Cuba, Brasil e Haiti.....	77
Quadro 2 – Comparativo entre quantidade mínima de profissionais na ESF – I e a realidade estudada.....	101

LISTA DE MAPAS

Mapa 1 – Número de autorizações concedidas pelo CNIg, segundo país de origem (2017).....	33
Mapa 2 – Situação atual de insegurança alimentar (Outubro 2019 - Fevereiro 2020).....	122

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABPA	Associação Brasileira de Proteína Animal
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APS	Atenção Primária em Saúde
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNIg	Conselho Nacional de Imigração
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
MF	<i>Mèdsyn Fèy</i>
MINUSTAH	Missão das Nações Unidas para Estabilização do Haiti
MSPP	<i>Ministère de la Santé Publique et de la Population</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan Americana da Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RMLO	Região Metropolitana de Londrina
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
STI	Sistema de Tráfego Internacional
SUS	Sistema Único de Saúde

SV	Sacerdote <i>Vodou</i>
TRG	Teste Rápido de Gravidez
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	17
1	IMIGRAÇÃO INTERNACIONAL HAITIANA NO BRASIL EM INTERFACE COM A SAÚDE DOS IMIGRANTES	25
1.1	IMIGRAÇÃO INTERNACIONAL NO BRASIL	28
1.2	FLUXO MIGRATÓRIO HAITIANO	34
1.2.1	Relações Internacionais entre Brasil e Haiti	37
1.3	PROCESSO DE INTERIORIZAÇÃO DA IMIGRAÇÃO HAITIANA: UM DESTAQUE PARA A REGIÃO METROPOLITANA DE LONDRINA/PR (RMLO)	44
1.4	FLUXO MIGRATÓRIO HAITIANO: APROXIMAÇÕES ACERCA DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE	49
2	CUIDADOS PRIMÁRIOS EM SAÚDE: DISCUSSÃO A PARTIR DA ATENÇÃO EM SAÚDE E DOS SABERES POPULARES	53
2.1	CUIDADOS PRIMÁRIOS EM SAÚDE NO BRASIL	56
2.2	CUIDADOS PRIMÁRIOS EM SAÚDE NO HAITI: UM DESTAQUE PARA OS SABERES POPULARES	66
2.2.1	Terapeutas tradicionais	70
2.2.2	Terapeutas espirituais	73
2.2.3	Trajetórias terapêuticas dos haitianos	75
3	CUIDADOS PRIMÁRIOS EM SAÚDE E IMIGRANTES HAITIANOS: DEBATE NECESSÁRIO SOBRE O ACESSO	84
3.1	ACESSIBILIDADE E UTILIZAÇÃO DO SERVIÇO BÁSICO DE SAÚDE ..	85
3.2	OFERTA DE ATENDIMENTO INTEGRAL AOS IMIGRANTES	96
3.3	TERRITÓRIO E SAÚDE: A CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE A PARTIR DA DINÂMICA TERRITORIAL	103
3.4	IMIGRANTES INTERNACIONAIS E OS DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE	113
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	127
	REFERÊNCIAS	133

APÊNDICES	149
APÊNDICE A – Proposta de roteiro de atividade de educação em saúde.....	150
APÊNDICE B – Roteiro de observação de celebração religiosa.....	151
APÊNDICE C – Roteiro de entrevista semiestruturada.....	152
APÊNDICE D– Questionário.....	155
APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	158
ANEXOS	160
ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos.....	161

INTRODUÇÃO

A mobilidade humana se apresenta como anterior à formação dos territórios e dos Estados-Nação durante toda a sua história. A partir de 2010, um novo fluxo migratório tem chegado ao Brasil e tem se apresentado como uma demanda emergente, sobretudo no âmbito das políticas públicas. Ainda, a partir da nova lei de migração nº 13.445 de 2017, que surge a partir da pressão da sociedade civil por meio de organizações dos próprios imigrantes e também por organizações religiosas, o Estado se propõe a planejar suas políticas migratórias a partir da perspectiva dos direitos humanos, por meio da acolhida e assistência humanitária. Neste sentido, a partir do desafio de considerar os imigrantes enquanto sujeitos de direitos, faz-se necessário se debruçar na realidade destes sujeitos em seus territórios¹.

A motivação para o desenvolvimento desta pesquisa ocorre a partir de diversas aproximações no campo teórico e interventivo com a temática do fenômeno migratório e sua relação com as políticas sociais. Estes momentos de aproximação se deram durante os anos do curso de graduação, enquanto bolsista vinculada ao Grupo de Pesquisa do CNPq “Serviço Social e Saúde: formação e exercício profissional”²; bem como por meio da experiência extensionista profissional no Projeto de Extensão Migrar com Direitos (UEL/USF)³, o qual tinha como intuito a disseminação de informações acerca dos direitos sociais com ênfase à saúde para os imigrantes internacionais residentes da Região Metropolitana de Londrina (RMLO), por meio de oficinas de educação em saúde.

As aproximações acima elencadas possibilitaram um processo de apropriação teórica e interventiva em relação à temática dos fluxos migratórios na região de Londrina. Por meio de grupos de estudos e intervenções na realidade

¹ No decorrer desse trabalho, o território, enquanto uma categoria geográfica, é tratado pela perspectiva materialista, tendo como principal fundamentação teórica o geógrafo brasileiro Milton Santos. Por mais que terá um eixo de análise do terceiro capítulo que se aprofundará nessa temática, faz-se importante sinalizar que se compreende essa categoria como além de uma delimitação geográfica, mas também enquanto um espaço estruturado por relações sociais, de poder e de sobrevivência. E, ainda, para os estudos e pesquisas migratórias, essa discussão se faz importante ser incorporada, não apenas para compreender as fronteiras geográficas, mas a própria mobilidade humana e os processos de territorialização envolvidos.

² Por meio do desenvolvimento do Projeto de Pesquisa “Trajetórias de imigrantes nos territórios: a construção do acesso às políticas de Seguridade Social” (2016 a 2019).

³ Projeto de Extensão vinculado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual de Londrina, que recebeu financiamento do Programa de Extensão Universidade Sem Fronteiras durante 12 meses, (2017 a 2018).

através de contato com os serviços públicos das políticas de Seguridade Social e instituições não governamentais; bem como contato com os próprios imigrantes por meio de aplicação de questionários, realização de entrevistas e oficinas de educação em saúde nos municípios de Arapongas, Cambé, Jaguapitã, Londrina e Rolândia, foi possível uma maior percepção das vivências destes sujeitos em relação às políticas públicas na referida região.

Considera-se a migração como um fato social total⁴ (SAYAD, 1988) e que a questão migratória, especificamente a haitiana, e sua expressiva chegada ao Brasil impulsionada pelo terremoto de 2010 chamou atenção da sociedade civil, do Estado e da comunidade acadêmica, no sentido de problematizar a realidade destes sujeitos e as demandas apresentadas aos brasileiros no âmbito das políticas públicas. A emigração haitiana já se apresenta enquanto um fenômeno social e naturalizado para o povo deste país, decorrente da própria formação social e política do Haiti, marcada por perseguições políticas, instabilidade econômica e desastres naturais (SEGUY, 2014). O terremoto de janeiro de 2010 se demonstrou como um fator agravante para os haitianos, impulsionando o fluxo emigratório.

Neste contexto, o Brasil se apresentou como um país de destino decorrente da política migratória no governo Lula e a inserção brasileira no Haiti desde 2010 por meio da participação na MINUSTAH, missão da ONU para a estabilização da ordem no país, além do próprio sucesso econômico do Brasil neste período. Segundo Milesi (2016), registros de haitianos na Polícia Federal do Brasil alcançaram cerca de 73.077 imigrantes no período de 2012 a 2016, sendo que estavam principalmente no estado de São Paulo, em Santa Catarina, no Paraná e no Rio Grande do Sul.

Assim, foi visível um processo de interiorização do fluxo migratório haitiano, sobretudo decorrente pelo determinante trabalho e, com isso, o Estado do Paraná se destaca como um dos principais estados de recepção dos imigrantes por conta de suas oportunidades de emprego nos frigoríficos de abate de carne de frango e na construção civil.

A partir de desenvolvimento de estudos migratórios nessa região estudada, foi possível constatar que há concentrações de imigrantes haitianos em determinados territórios e que essa população migrante tem vivido em forma de redes

⁴ Ver mais em Durkheim (1978).

de apoio. Tal definição de território pode ser compreendida por conta da facilidade de acesso à moradia, referente à burocracia do processo e o valor do aluguel, bem como pela concentração de outros imigrantes nestes municípios.

Neste sentido, os imigrantes, enquanto sujeitos de direitos e usuários das políticas públicas conforme determina a Constituição Federal de 1988 e a Lei nº 13.445 de 2017, se depararam com um processo de invisibilidade e de silenciamento do Estado frente a sua presença naquele território. Assim, como foi problematizado em estudos anteriores (SANA; RODRIGUES; BETTIOL LANZA, 2018; BETTIOL LANZA; SANTOS; RODRIGUES, 2016; FAQUIN; BETTIOL LANZA, 2018), os imigrantes recentes ao acessarem às políticas de Seguridade Social vivenciam diversas barreiras e é visível que dentre estas políticas, na saúde há uma maior procura e informação sobre os próprios direitos, decorrente de seu caráter universal.

Compreendendo que “[...] as pessoas não se movem apenas entre fronteiras nacionais, mas também entre e dentro de sistemas médicos diferenciados” (SANTOS, 2016, p. 489), entende-se como necessário o aprofundamento dos estudos acerca do acesso dos imigrantes ao SUS, se pautando em uma concepção ampliada de saúde.

Na maioria das nações industrializadas há diferenças sistemáticas na falta de saúde entre comunidades, com concentrações mais elevadas entre os socialmente desfavorecidos, independente da medida da morbidade (mortalidade, morbidade objetivamente verificada, saúde autoavaliada, presença de limitações decorrentes de enfermidades crônicas ou simplesmente a presença de enfermidades crônicas). Muitos estudos demonstraram que a morbidade se concentra mais entre os socialmente desfavorecidos, e este é o caso em todos os países em que ela foi estudada (STARFIELD, 2002, p. 23).

Ainda, considerando que a produção do cuidado e da saúde é vivenciado principalmente no cotidiano de cada sujeito, usuário ou trabalhador em saúde, o debate acerca dos cuidados primários em saúde se faz necessário ao considerar que a Atenção Primária em Saúde deve “enfocar a saúde das pessoas na constelação dos outros determinantes de saúde, ou seja, no meio social e físico no qual as pessoas vivem e trabalham, em vez de focar apenas sua enfermidade individual” (STARFIELD, 2002, p. 27). Entende-se que os cuidados primários em saúde perpassam a vinculação com o território e a proximidade com a realidade do sujeitos. Nesse sentido, compreende que a produção do cuidado em saúde é determinada também pelas condições de trabalho em que estes sujeitos são submetidos, reforçando certa centralidade da categoria trabalho na vida do migrante.

Com isso, esse estudo tem como objeto de investigação os cuidados primários em saúde, tendo como público alvo os principais atores envolvidos no acesso a esses cuidados primários em saúde, sendo: imigrantes haitianos, profissionais e gestor local de saúde. Nessa direção, essa pesquisa tem como objetivo principal analisar o acesso dos imigrantes aos cuidados primários em saúde a partir da visão dos profissionais e usuários haitianos, residentes da Região Metropolitana de Londrina/PR.

Para atingir tal propósito, foram elencados como objetivos secundários deste trabalho: a) Mapear o acesso dos imigrantes ao serviço de saúde; b) Identificar a compreensão dos profissionais de saúde e dos haitianos acerca do seu acesso à política de saúde; c) Apreender as estratégias utilizadas pelos profissionais em saúde diante da nova reconfiguração do território com a chegada dos imigrantes; d) Compreender os tipos de relações entre os sujeitos durante o acesso ao serviço de saúde; e) Identificar potencialidades no território para um acesso mais qualificado, equânime e integral desses sujeitos.

Em termos metodológicos, essa pesquisa corresponde a um estudo descritivo, por meio da proposta de uma pesquisa de natureza qualitativa considerando que “trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes” (MINAYO, 2009, p. 21), tendo como lócus da pesquisa uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de um município de médio porte da Região Metropolitana de Londrina/PR (RMLO), justificado por conta da grande concentração de haitianos no referido território. Para garantir o compromisso ético com os trabalhadores alocados nesse serviço, será garantido o anonimato e sigilo da identificação desta unidade.

Esse trabalho desenvolveu uma pesquisa participante, considerando que de acordo com Gajardo (1985, p. 44), é uma “[...] perspectiva de mudança social e por se voltarem prioritariamente para os polos dominados da sociedade”. Essa proposta, conceitual e metodologicamente, surgiu no início da década de 1980, em contexto de diversos regimes autoritários e uma efervescência política forte em países da América Latina.

De acordo com Le Boterf (1985), não há uma única forma de desenvolver essa investigação participativa, dependendo de cada projeto e plano de ação; e considera-se que “[...] a pesquisa participante quer se colocar a serviço dos oprimidos e ter um impacto social importante, é indispensável que se possa escolher,

com conhecimento de causa, junto a quem e com quem ela deve intervir” (LE BOTERF, 1985, p. 56). Para que essa pesquisa seja desenvolvida, considera-se o pesquisador como um sujeito social; há uma alternância entre o meio social real e o meio da formação; “[...] a ‘apropriação’ do real através do conhecimento e da ação, a fim de realizar a unidade dialética da teoria e da prática” (LE BOTERF, 1985, p. 75).

Para Thiollent (1985, p. 83), a pesquisa participante é construída como uma técnica de observação participante, contextualizada na etnografia, visto que “[...] trata-se de estabelecer uma adequada participação dos pesquisadores dentro dos grupos observados de modo a reduzir a estranheza recíproca”. Essa investigação pode utilizar de instrumentos convencionais, visto que serão desenvolvidas observações em atividades comuns daquela dinâmica estudada e não será colocada em prática qualquer ação em torno de objetivos específicos.

Uma das exigências para o desenvolvimento desta pesquisa é o apoio do serviço em que estará vinculada, considerando-o primordial para o desenvolvimento de uma intervenção que dialogue com a realidade. Neste sentido, no início do processo de elaboração da presente pesquisa, se realizou uma aproximação e diversos contatos com a gestão municipal da política de saúde para estabelecimento de parceria, bem como com a coordenação da referida UBS para construção de uma proposta que contemplasse a realidade em que se encontra, além da colaboração dos profissionais com este projeto.

Assim, com a aprovação do parecer do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos (Anexo A), essa pesquisa teve diversas técnicas de coleta de dados, tanto diretamente com os profissionais e gestor local da UBS estudada quanto com os imigrantes haitianos residentes daquele território. No âmbito do universo do serviço básico de saúde, durante um período de nove meses foi realizada imersão no cotidiano profissional dessa unidade, por meio de observação participante na sala de espera e em reuniões; realização de uma oficina de educação em saúde com mulheres haitianas e brasileiras com o intuito de realizar territorialização em saúde (Apêndice A); realização de uma reunião interna com todos os profissionais da UBS com o objetivo de expor o projeto da presente pesquisa. Além disso, foi realizada uma sistematização de quarenta e nove prontuários clínicos individuais de imigrantes haitianos usuários dessa UBS, a fim de levantar quais as principais queixas, periodicidade e registro realizado por parte dos profissionais, observando se há um olhar voltado para as especificidades desses sujeitos.

Em relação a coleta de dados diretamente com os imigrantes, foi realizada uma observação participante no culto religioso que essa população imigrante frequenta majoritariamente, com o objetivo de identificar as formas de organização entre esses sujeitos no território (Apêndice B); além da realização de entrevistas semi estruturadas⁵ com haitianos, para que se apreendesse com maior profundidade suas percepções acerca dos sistemas de saúde e a produção do cuidado (Apêndice C). As entrevistas foram realizadas com cinco imigrantes, escolhidos aleatoriamente, por meio de indicação de outros haitianos⁶. Durante esse trabalho, serão utilizadas nomes fictícios⁷ para referir a esses sujeitos, como Emitha, Christa, Herold, Marcelin e Yolene.

Christa, mulher de 32 anos, é casada, tendo quatro filhos, relatou que reside há dezessete anos fora do Haiti, permanecendo doze anos na República Dominicana. Ela possui ensino superior completo e trabalha na gestão de um frigorífico. Já Emitha, mulher de 41 anos, é casada, tem dois filhos, emigrou do Haiti há quatorze anos, residindo na República Dominicana durante nove anos. A imigrante trabalha como empregada doméstica em uma residência no município de Londrina. O imigrante Herold possui 31 anos, é casado, tem um filho e emigrou há seis anos do Haiti, residindo durante dois anos em Belo Horizonte/MG. Ele trabalha na desossa da carne de frango em um frigorífico. Em relação ao Marcelin, homem de 38 anos, é casado, tem duas filhas, reside no Brasil há seis anos. Já trabalhou em diversas áreas de ocupação, porém atualmente trabalha em serviço de carga e descarga. Já a haitiana Yolene, tem 39 anos, é casada, tem três filhos e saiu do Haiti há quatorze anos, morando na República Dominicana durante dez anos. Yolene é empregada doméstica em uma casa residencial em Londrina.

Contudo, enquanto um desafio da pesquisa participante é o constante processo de revisão do projeto de pesquisa, sendo realidade da presente investigação

⁵ De acordo com Triviños (1987, p. 146), compreende-se entrevista semi estruturada como “aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante”.

⁶ Nessa etapa da coleta de dados, foram contatados cerca de quinze haitianos no total. Mediante o aceite e a disponibilidade dos imigrantes, foi possível definir cinco sujeitos para a realização das entrevistas.

⁷ A fim de garantir o sigilo dos sujeitos e possíveis desdobramentos, foram selecionados cinco nomes aleatoriamente de haitianos que foram contemplados com visto de residência permanente no Brasil no ano de 2013.

também, uma vez que os profissionais e gestor de saúde e imigrantes apresentaram novas problemáticas e direcionamentos para o encaminhamento desta pesquisa. “A análise crítica da realidade e a realização de ações programadas conduzem à descoberta de outras necessidades e de outras dimensões da realidades. A ação é uma fonte de conhecimentos e de novas hipóteses” (LE BOTERF, 1984, p. 68). Por isso, a importância do registro completo e comprometido com a realidade no diário de campo para que seja refletido as percepções e visões apresentadas por todos os atores envolvidos, como do próprio pesquisador, servindo como suporte aos demais instrumentos e técnicas utilizadas na pesquisa. Considerando o caminho pela etnografia, o diário de campo será utilizado para registrar o observado e as impressões diante das perguntas norteadoras da pesquisa.

Além disso, foram utilizadas fontes secundárias, compreendendo os dados da pesquisa desenvolvida pelo Grupo do CNPq “Serviço Social e Saúde: formação e exercício profissional” para possibilitar caracterização dos imigrantes haitianos residentes na RMLO, bem como da descrição do próprio universo da pesquisa. As informações foram possibilitadas por meio de diversas técnicas quali e quantitativas, sendo elas: aplicação de cinquenta e nove formulários com haitianos (Apêndice D) e realização de diagnósticos sócio territoriais de determinados municípios da RMLO. Esses dados serão utilizados de forma a complementar aos dados específicos da presente pesquisa.

Todas as etapas de coleta de dados foram agendadas a priori mediante a disponibilidade dos sujeitos, bem como gravadas e transcritas na íntegra por meio da anuência dos sujeitos do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – Apêndice E). As técnicas utilizadas possuem um roteiro semiestruturado, com o intuito de receber novos dados que não estavam previstos anteriormente e ter a possibilidade de registrar o comportamento não verbal (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000, p. 39).

Os dados coletados foram analisados por meio da análise de conteúdo, respaldados nos componentes fundamentais e atributos essenciais e derivados da Atenção Primária em Saúde, de acordo com as contribuições de Starfield (2002).

Diante do exposto, o presente trabalho está organizado em três capítulos, sendo que no decorrer de toda a dissertação, foi articulada a revisão bibliográfica com a pesquisa empírica.

O primeiro capítulo discorre sobre a migração haitiana no Brasil e sua interface com a saúde destes sujeitos, assim, foi realizada uma construção histórica dos fluxos migratórios internacionais no Brasil para que seja destacada a nova configuração deste fenômeno recente, ressaltando a imigração haitiana. Foi apresentado como o Brasil surgiu na rota migratória desses sujeitos e de como se dá o processo de interiorização da mesma, fazendo com que a Região Metropolitana de Londrina/PR apareça como um região de grande concentração dessa população imigrante. Ainda, foi demonstrada a relação da migração com as condições de saúde a partir de algumas aproximações da pesquisa de campo.

O segundo capítulo, apresenta os cuidados primários em saúde, por meio da visão da política social e dos saberes populares, abarcando sobretudo, a Atenção Primária em Saúde ofertada pelo Sistema Único de Saúde no Brasil e os diferentes sistemas de saúde no Haiti, por meio da discussão do sistema médico haitiano, terapeutas tradicionais e espirituais, e, de que forma esses sujeitos constroem suas trajetórias terapêuticas. Nesse item, os dados da presente pesquisa são trabalhados, em articulação com o referencial teórico.

O terceiro capítulo tem como temática o debate sobre o acesso dos imigrantes haitianos aos cuidados primários em saúde, tendo como ponto de partida para sua estruturação a pesquisa de campo presente. Assim, esse capítulo é estruturado em quatro tópicos, sendo que todos iniciam com trechos do diário de campo da referida investigação. Expõe acerca da acessibilidade e utilização do serviço básico de saúde; atendimento integral, no sentido focalizado e ampliado, da população migrante; território e saúde e, a relação da migração haitiana e os determinantes sociais de saúde.

Na última seção do trabalho, são abordadas as considerações finais. A presente dissertação se configura como uma possibilidade de ampliar as análises do acesso dos imigrantes haitianos aos cuidados primários em saúde, considerando a ótica desses usuários e dos profissionais e gestores da política pública estudada, mediada por uma pesquisa participante.

1 IMIGRAÇÃO INTERNACIONAL HAITIANA NO BRASIL EM INTERFACE COM A SAÚDE DOS IMIGRANTES

A mobilidade humana se apresenta como elemento antecedente à história de todos os países e, em especial no Brasil, acompanha toda sua formação social e política. As desigualdades sociais e territoriais, majoritariamente desencadeiam as condições precárias de vida e de trabalho, resultando em constantes reconfigurações dos fluxos migratórios⁸. Para explicar tal fenômeno, existem diversas vertentes analíticas— construídas ora por motivações individuais, ora por aspectos estruturais. No caso deste estudo, foi necessário demarcar a perspectiva teórica de migração.

Conforme Sanz Abad (2009), a partir da década de 1960, surgiram três teorias⁹ principais para explicar as causas das migrações, sendo a teoria neoclássica das migrações; teoria estrutural; e, a teoria transnacional. Segundo o autor, a teoria neoclássica das migrações se refere à explicação do fenômeno migratório com base nos princípios da economia clássica, como a escolha racional e a maximização da utilidade. Fundamenta-se em cálculos racionais dos fatores existentes de “expulsão” de seu lugar de origem e de “atração” do lugar de destino, a exemplo das disparidades salariais entre os diferentes países. Esta teoria passou a ser considerada insuficiente para explicar a realidade mundial nos anos 1970, dando origem às outras teorias como a estrutural.

As teorias estruturais surgiram entre as décadas de 1970 e 1980 e apresentam, por meio de um conjunto de teorias e modelos, uma perspectiva mais ampla do que as teorias neoclássicas. Com uma análise vinculada ao sistema de produção e reprodução social capitalista, algumas das teorias que constituem este compilado estrutural são: teoria da dependência, teoria histórico-estrutural, teoria dos mercados de trabalho duais e a teoria do sistema mundial.

⁸ Devido à pluralidade de terminologias nos estudos migratórios, a população migrante pode variar entre imigrantes, emigrantes, refugiados, deslocados, apátridas, migrantes econômicos e dentre outras nomenclaturas. Contudo, neste momento, é válido ressaltar que por mais que não haja um consenso na literatura sobre a definição de migrante, entende-se que este termo abrange todas as situações em que os indivíduos tenham possibilidades de decisão, não correndo risco de vida por meio de fatores externos que o forcem, como para os refugiados (OIM, 2009). Conforme o Estatuto do Refugiado (1997), é reconhecido como refugiado aquele indivíduo que sofreu grave e generalizada violação dos direitos humanos ou, perseguição por motivos de raça, religião, nacionalidade, grupo social ou opiniões políticas que interfiram na sua permanência ou retorno ao seu país (BRASIL, 1997).

⁹ Para mais informações, consultar: Dutra (2013).

Sanz Abad (2009) apresenta que, nos anos 1990, surgiram a teoria das redes migratórias e a perspectiva transnacional. A primeira propõe as redes de contato entre os emigrantes e seu ambiente de procedência, as quais orientam os fluxos migratórios. Quanto à perspectiva transnacional, o autor afirma que se refere a uma análise dos processos migratórios entendidos, ao mesmo tempo, como consequência da “articulação dos modos de produção” e do produto de complexos processos que articulam espaços geopolíticos e culturais.

Devido aos traços característicos do contexto migratório aqui abordado, este trabalho será baseado na teoria estrutural, compreendendo a migração como processo social e coletivo, com causas estruturais (SINGER, 1998, p. 52), são considerados os determinantes econômicos, analisando-os enquanto um reflexo das desigualdades entre os países em consequência do desenvolvimento capitalista em âmbito mundial. As migrações se apresentam como funcionais ao processo de produção de mercadorias e de obtenção de lucro por meio dela. É dentro desse processo que a migração surge como movimento de força de trabalho, que perpassa toda a história moderna (VILLEN, 2015, p. 254).

Nessa pesquisa, concorda-se com Sayad (1998, p. 54) quando afirma que “um imigrante é essencialmente uma força de trabalho, e uma força de trabalho provisória, temporária, em trânsito”, considerando trabalhador e imigrante quase um pleonismo. Compreendendo que a permanência de residência só é autorizada e reconhecida ao imigrante quando está intrinsecamente ligada a uma vaga de emprego, para o autor, a relação entre imigração e trabalho se dá de forma orgânica: “[...] foi o trabalho que fez ‘nascer’ o imigrante, que o fez existir; é ele, quando termina, que faz ‘morrer’ o imigrante, que decreta sua negação ou que o empurra para o não-ser” (SAYAD, 1988, p. 55).

Apesar do imigrante ser considerado pelo seu caráter intrinsecamente provisório, há uma “tendência atual que os imigrantes possuem de se ‘instalar’ de forma cada vez mais duradoura em sua condição de imigrantes” (SAYAD, 1998, p. 45). Essa contradição parece ser constitutiva da própria condição de imigrante através da “manutenção da ilusão coletiva de um estado que não é nem provisório nem permanente” (SAYAD, 1998, p. 46).

Percebe-se, então, que a imigração pode ser considerada um produto histórico de determinações de cunho econômico, uma vez que, por meio de transformações do capitalismo, ocorre a circulação do capital, da mercadoria e das

peças, com intuito de garantir a acumulação do capital. Segundo Antunes (2006), com a reestruturação produtiva do capital e a flexibilização e desconcentração do espaço físico produtivo, há a redução do proletariado industrial, surgindo um novo proletariado fabril e de serviços, caracterizado pelo trabalho precarizado, parcial, temporário, terceirizado e informatizado. Por ausência de outras alternativas, os imigrantes aceitam vender sua força de trabalho em ambientes “[...] sujeitos, perigosos e degradantes, onde a proteção legal costuma ser insuficiente ou inexistente” (ACNUR; IMDH; CDHM, 2007, p. 90).

Basso (2015, s/p), ao debater sobre o alto fluxo de migrantes do continente africano em países da União Europeia, afirma que “[...] a decisão ‘humanitária’ de acolher 20 mil solicitantes de refúgio ‘com evidente necessidade de proteção internacional’ contém dentro de si a decisão de intensificar ao extremo a guerra aos refugiados e aos emigrantes”. O autor aponta que o acolhimento desses refugiados e solicitantes de refúgio não deve ser considerado como um gasto a ser bancado por estes países, mas como um “[...] investimento econômico e político com alta rentabilidade” por diversos motivos, e um deles é o aumento da força de trabalho de reserva, que se desvaloriza pela precarização das condições de trabalho.

Neste momento de reestruturação produtiva, também é visível a busca do capital por extração de mais-valia através da apropriação da força de trabalho das mulheres, principalmente porque se restringe aos empregos no âmbito doméstico, o que demarca a divisão sexual do trabalho e apresenta uma forma de organização social do trabalho por meio de determinações de gênero (KERGOAT, 2009).

Assim, por mais que a mobilidade humana seja considerada historicamente um fenômeno com predominância masculina, a partir de uma compreensão da divisão sexual do trabalho, entende-se que, nos anos 1970, a migração feminina foi se intensificando, embora ainda permaneça invisibilizada por diversos motivos, dentre eles, o fato de as mulheres ainda permanecerem, majoritariamente, no espaço privado da vida dos imigrantes, inclusive ocupando os trabalhos no âmbito doméstico. Neste sentido, é visível um processo de feminização do fenômeno migratório por meio do aumento quantitativo de mulheres, além da alteração no perfil dessas migrantes (MARINUCCI, 2015). Compreende-se, porém, que esse processo não ocorreu de forma homogênea no cenário internacional, em razão das diversas relações de gênero e do sistema patriarcal nos diferentes países.

Como já foi indicado por estudos anteriores (SANA; RODRIGUES; PATRIARCA, 2017), é notória esta alteração no perfil das migrantes, na medida em que, atualmente, “[...] muitas mulheres são as provedoras das famílias e migram para poder garantir o sustento de quem fica no país de partida”, posicionando-se como protagonistas do projeto migratório coletivo (ACNUR; IMDH; CDHM, 2007, p. 68). Alguns determinantes para o fluxo migratório com o recorte de gênero são “a desigualdade entre os sexos, ausência de empregos, repressão e violência sexuais, perseguição política em países em guerra” (ACNUR; IMDH; CDHM, 2007, p. 68). Além disto, a reunião familiar também é um dos principais motivos para a migração feminina, permanecendo a responsabilização da mulher nos cuidados com a família.

Desta maneira, a imigração se apresenta enquanto um fenômeno dinâmico em constante transformação, além de movimentar diversos âmbitos da vida na esfera pública e privada.

Assim, conforme foi mencionado na parte introdutória deste trabalho, os fluxos migratórios internacionais tiveram e ainda têm importante papel para moldar a formação sociopolítica do Brasil e interferem na constituição da sociedade brasileira até os dias atuais, com os novos fluxos migratórios.

1.1 IMIGRAÇÃO INTERNACIONAL NO BRASIL

A partir de um padrão migratório único, baseado em moldes étnico-raciais aceitos socialmente, a mobilidade humana participou de toda a formação econômica e social do Brasil desde o processo de colonização (PACHECO; PATARRA, 1997).

Para analisar os fluxos migratórios recentes, é necessária uma contextualização histórica. Esse fenômeno se iniciou ainda durante o período colonial (1550 a 1850) por meio da chegada de três milhões de africanos escravizados (PATARRA; BAENINGER, 1996). Com a assinatura da Abolição da Escravidão de 1888, porém, o setor cafeeiro do estado de São Paulo começou a estimular a imigração de trabalhadores europeus e brancos para “[...] assegurar a mão de obra para o café e, constituir mercado urbano de trabalho” (PACHECO; PATARRA, 1997, p. 34).

Deve-se ressaltar que, neste período, o Estado brasileiro apresentava uma política migratória, baseado no mito da democracia racial (FERNANDES, 1978),

com o intuito de construir uma identidade nacional branca e europeia por meio da imigração de italianos, portugueses, alemães e espanhóis (VAINER, 2000). As estratégias que permitiam e estimulavam esta migração visavam à ressignificação do lugar do europeu branco na sociedade brasileira, por meio do trabalho nas lavouras de café.

É ponto pacífico, hoje, entre nós que só nos convém a imigração branca. Não porque o Brasil seja racista. Mas porque, se quisermos fazer prosseguir o branqueamento [...] deveremos auxiliar esta tendência, abrindo nossas portas à entrada de elementos de cor, isoladamente, mesmo em caráter permanente; significa apenas que desejamos ser brancos daqui a alguns séculos e continuaremos internamente nossa sábia política de miscigenação ampla (NEIVA, 1944, p. 232 *apud* VAINER, 2000, p. 23).

Esse excerto mostra como a vinda de imigrantes europeus favorecia o processo de “branqueamento” e trata a migração como um fator positivo para o desenvolvimento social e econômico do Brasil. O Estado tinha o objetivo de construir uma identidade nacional, por meio de padrões culturais homogêneos, justificando a chegada de muitos imigrantes, como os italianos, portugueses, espanhóis, alemães e japoneses. Tal estratégia tinha o objetivo de ressignificar o lugar do europeu branco na sociedade, que deixava de ser o pequeno produtor independente para ser o trabalhador braçal da grande lavoura. Entretanto, o início do século XX foi marcado pela crise cafeeira, aumentando expressivamente as migrações internas em detrimento do fluxo internacional. Nesse período, houve políticas restritivas a imigrantes internacionais, com as Constituições Federais de 1934, 1937 e 1946¹⁰, possibilitando um processo de reorganização populacional entre a área urbana e rural, marcado por fluxos migratórios internos (PACHECO; PATARRA, 1997).

A conjuntura brasileira e suas políticas migratórias permaneceram em alteração, seguindo o fluxo internacional com o contexto após a Segunda Guerra Mundial, privilegiando a mão de obra qualificada e a europeia. Contudo, há de se

¹⁰ Durante a Assembleia Nacional Constituinte de 1933, a ideia de “branqueamento” da população brasileira com imigrantes europeus foi defendida pelos legisladores deputados. Segundo o texto constitucional, “a entrada de imigrantes no território nacional sofrerá as restrições necessárias à garantia da integração étnica e capacidade física e civil do imigrante, não podendo, porém, a corrente imigratória de cada país exceder, anualmente, o limite de dois por cento sobre o número total dos respectivos nacionais fixados no Brasil durante os últimos cinquenta anos” (BRASIL, 1934). Contudo, esta lei pouco afetou a imigração de europeus, como italianos e espanhóis, que já tinham entrado em grande quantidade no Brasil e cujo fluxo migratório era descendente. Entretanto, o regime de cotas, que irá vigorar até a década de 1980, restringiu a imigração de japoneses, assim como, futuramente, a de imigrantes do continente asiático.

destacar, nos anos 1960 e 1970, a desigualdade econômica que havia entre as regiões do Brasil. São Paulo era a única região receptora de imigrante (PACHECO; PATARRA, 1997), seguindo a distribuição populacional a lógica do dinamismo econômico. Nesse período, mostrou-se visível um excedente populacional em centros urbanos como São Paulo e Rio de Janeiro e um déficit de mão de obra em outras regiões, sobretudo nas interioranas (VAINER, 2000).

Nesta conjuntura, a emigração internacional se apresentava também como uma realidade do Brasil, por meio de um fluxo migratório de cerca de 1 milhão de brasileiros para países como os Estados Unidos e Japão nas décadas de 1980 e 1990 (ASSIS; SASAKI, 2001). Essa onda migratória redefiniu alguns municípios brasileiros, a exemplo de Governador Valladares, localizado em Minas Gerais, que, nesse período, contava com 20% de sua população residindo nos Estados Unidos (PATARRA; BAENINGER, 1996).

É no contexto de Ditadura Militar que aparece a legislação de política migratória, que perdurou por 37 anos, o Estatuto do Estrangeiro promulgado por meio da Lei nº 6.815 de 1980. Contudo, a política migratória não se reduz com a intervenção do Estado, a começar pela própria compreensão do fenômeno (PÓVOA-NETO, 1997). Portanto, faz-se necessário ressaltar sua incoerência em relação tanto aos preceitos constitucionais da Carta Magna de 1988, quanto a instrumentos internacionais, como a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948.

Com sua promulgação em meio à Ditadura Militar, o Estatuto do Estrangeiro direcionava-se à segurança nacional, compreendendo o imigrante como uma ameaça ao trabalhador nacional; então, sua entrada se daria de forma restritiva, por meio de uma série de controles burocráticos, visando “[...] evitar a entrada de ideias socialistas que pudessem pôr em risco o interesse nacional” (NUNES; OLIVEIRA, 2015, p. 42). De acordo com Reis (2011, p. 59),

A elaboração dessa lei se deu em um momento em que o regime militar estava particularmente descontente com a “interferência” de religiosos estrangeiros em assuntos considerados de foro interno e buscava um mecanismo que facilitasse a expulsão de estrangeiros envolvidos em atividades políticas no país.

No entanto, logo após a promulgação desta lei, iniciou-se um processo de redemocratização do país, que, inclusive, possibilitou a Constituição Federal de 1988, apresentando diversos avanços em relação aos direitos sociais e políticas públicas. Na realidade, a partir dos anos 1990, os emigrantes brasileiros têm

pressionado o Estado brasileiro acerca de seus direitos e políticas de apoio. Após o momento em que o governo compreendeu a importância das remessas dos brasileiros que estavam no exterior para o crescimento econômico do país, o Estado brasileiro deu maior visibilidade a esses sujeitos e mostrou-se interessado em se aproximar deste grupo (REIS, 2011). Nesse sentido, a autora também aponta que o Brasil iniciou um processo mais focalizado em políticas migratórias de dupla face, principalmente em relação à América do Sul, que seriam políticas “[...] voltadas para uma gestão conjunta da questão da migração, entre país receptor e país emissor” (REIS, 2011, p. 55), como o Acordo de Residência do Mercosul, Bolívia e Chile.

Diante deste cenário de efervescência política, protagonizado por diversos movimentos sociais, o descontentamento com a legislação migratória se fez presente. Ao longo de 37 anos de vigência do Estatuto do Estrangeiro, organizações não governamentais, pesquisadores e movimentos sociais buscaram a sensibilização do Estado brasileiro e a construção de uma política migratória que considerasse as demandas dos brasileiros no exterior e dos imigrantes no Brasil (REIS, 2011). Assim, apenas em 2017, o Estatuto do Estrangeiro foi substituído¹¹ por uma nova Lei de Migração, a Lei nº 13.445 de 2017, apresentando outra perspectiva de intervenção e compreensão da política migratória, por meio da abordagem dos direitos humanos¹².

Assim, também é visível uma nova configuração dos fluxos migratórios no século XXI, diferente da corrida no contexto da Ditadura Militar. A imigração contemporânea dos latino-americanos, em especial dos haitianos, é permeada por um processo de criminalização pela sociedade que os enxerga como uma ameaça ao desenvolvimento econômico e social do país.

De acordo com Dieme *et al.* (2019), as autorizações concedidas a imigrantes pelo Conselho Nacional de Imigração (CNIg) no ano de 2018 totalizaram

¹¹ Por mais que a substituição da legislação tenha se dado de forma demorada, algumas ações pontuais foram realizadas até o momento, a exemplo da última Lei de Anistia no Brasil no ano de 2009, a qual permitiu a regularização da situação dos imigrantes que estavam em situação irregular no país, tendo, neste caso, cerca de 42 mil solicitações, de nacionalidade boliviana, chinesa, peruana e paraguaia, sendo que os pedidos partiram principalmente do estado de São Paulo, Rio de Janeiro e Paraná (REIS, 2011).

¹² A autora Tappa (2017) elenca algumas legislações internacionais de grande destaque na perspectiva dos direitos humanos como a Carta das Nações Unidas de 1945, a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, a Convenção sobre o Estatuto dos Refugiados de 1951 e a Convenção Internacional sobre a Proteção dos direitos de todos os trabalhadores migrantes e de suas famílias de 1990. Todos estes documentos e eventos devem se desenvolver no âmbito do “sistema ONU, como o Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados e a Organização Internacional para as Migrações, em parceria com os Estados e outras organizações tanto internacionais como locais” (TAPPA, 2017, p. 48).

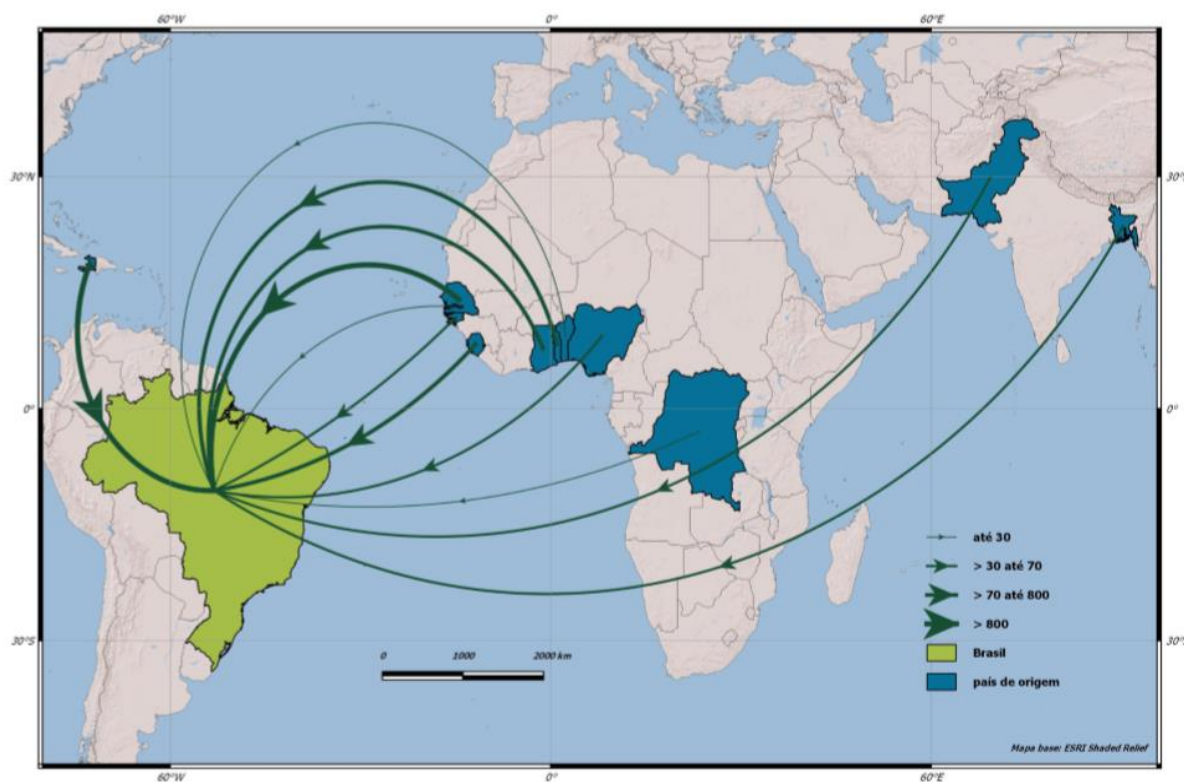
2.499, sendo, nos últimos dez anos, 2015 foi o período em que houve mais concessões, resultando em 36.292 ao total. Segundo este relatório do CNIg, de 2011 a 2018, foram concedidas 59.729 autorizações de residência. O Haiti se destaca com 76,80% deste número, seguido por Senegal com 7,75%, Bangladesh com 3,71%, Gana com 2,07%, e outros países com dados inferiores como Guiné Bissau, Paquistão, República Dominicana, entre outros.

Além disto, a autora Villen (2015) afirma que, por meio da implementação do acordo de residência para cidadãos do Mercosul e países associados, em 2013, vê-se a formação de um bloco regional de mercado de trabalho. Não obstante, não se pode afirmar que houve um processo de desburocratização dos direitos para estes sujeitos¹³.

Estes imigrantes recém-chegados contribuem para um novo padrão de fluxo migratório que tem se deslocado para o Brasil, mas, historicamente, esse contingente populacional é formado por imigrantes que não são acolhidos da mesma forma que imigrantes europeus, brancos e qualificados devido às relações étnico-raciais que permeiam a sociedade brasileira. Trabalhadores, negros, de países de capitalismo periférico, dos continentes africano, asiático ou latino-americano, tendo os haitianos como sua expressão, têm migrado para o Brasil em busca de trabalho. Neste sentido, o Brasil é um país ao mesmo tempo receptor de imigrantes e solicitantes de refúgio e produtor de emigrantes (VILLEN, 2015).

¹³ Conforme ONUBR (2019a), no atual contexto brasileiro, é importante destacar a imigração venezuelana expressa por meio da regularização de 160 mil venezuelanos desde 2017, encontrando-se 59% deste número no processo de solicitação de refúgio, paralelamente com 41% que teve concedido o visto de residência temporária por meio da Resolução do CNIg nº 126 de 2017, documento que se assemelha com a Resolução nº 97 de 2017, a qual preconiza visto por razões humanitárias aos haitianos, no sentido de agilizar o processo de documentação destes imigrantes. Compreende-se que por mais que estas resoluções desburocratize o processo de regularização dos imigrantes, o acesso aos direitos e políticas públicas devem ser discutido de forma aprofundada, que não é objetivo deste trabalho.

Mapa 1 – Número de autorizações concedidas pelo CNIg, segundo país de origem (2017)



Fonte: TONHATI; MACEDO; QUINTINO, 2018, p. 48.

Segundo Villen (2015), esses imigrantes possuem necessidade imediata, extrema e ininterrupta de trabalhar, submetendo-se a trabalhos no setor têxtil, na construção civil, na indústria de abate de carnes e no trabalho doméstico.

Se a presença dos periféricos na periferia era, de alguma forma, mais 'tolerada' na última década, quando o mercado de trabalho brasileiro estava aquecido; a partir de agora [2015], com o brusco aumento das taxas de desemprego, passa a simbolizar concretamente o pretense 'roubo' de postos de trabalho, mesmo daqueles mais explorados, os quais os trabalhadores nacionais, se pudessem, deixariam de almejar (VILLEN, 2015, p. 261).

Surgem, então, nos meios de comunicação, diversos casos de racismo e discriminação, principalmente tendo como alvo os haitianos e imigrantes advindos de países africanos (RICHARD, 2014; REVISTA FÓRUM, 2015). Além disto, também é defendido pela sociedade brasileira o "mito de uma suposta identidade monocultural, que antecede a chegada dos migrantes e que é por eles ameaçada" (ACNUR; IMDH; CDHM, 2007, p. 87), distante de uma análise histórica da constituição do país. Nesse sentido, essa onda migratória tem se deparado com o mito da democracia racial no Brasil (FERNANDES, 1978), vivenciando em seu cotidiano

discriminação racial em combinação com práticas xenófobas. Assim, por conta da grande concentração de haitianos no Brasil e de como o Estado brasileiro lidou com esse fenômeno, este trabalho tem como objetivo focar apenas na migração haitiana, que será discutido a seguir.

1.2 FLUXO MIGRATÓRIO HAITIANO

É preciso compreender que o fluxo migratório haitiano não emergiu recentemente no cenário internacional, porém apenas nos últimos dez anos é que o Brasil se colocou neste contexto como um país de trânsito ou destino. Logo, este tópico busca explicar por que a mobilidade humana se apresenta como uma possibilidade presente na vida de todo haitiano em toda a história desse país e de que forma o Brasil só se consolidou recentemente como um país de recepção.

Se milhares de haitianos estão se resignando à imigração – apesar dos riscos e das piores humilhações às quais estão submetidos em praticamente todos os países onde pisam – é imprescindível analisar as condições objetivas de vida de um trabalhador haitiano no Haiti, partindo das raízes destas e procurando as diferentes ramificações que conferem a esta árvore um tronco bastante espinhoso e tenaz (SEGUY, 2014, p. 65-6).

Neste sentido, o autor haitiano Seguy (2009; 2010; 2014) auxilia na apreensão da formação sócio-histórica do país caribenho para que seja compreendido o porquê de o trabalhador haitiano vivenciar em sua cultura a naturalização da mobilidade humana, mesmo se submetendo a condições precárias de vida e de trabalho nos outros países. Conhecido como “Pérola das Antilhas” pela sua expressiva concentração de riquezas, o Haiti vivenciou diversos eventos políticos, a ponto de ser considerado um dos países mais pobres da América (SEGUY, 2014).

A migração se apresenta como uma possibilidade real de melhores condições de vida para o povo haitiano, na medida em que a maioria de sua população (59%) vivem abaixo da linha da pobreza de US\$2,42 por dia, e 24% vive abaixo da linha da pobreza extrema, com US\$1,23 por dia (PNUD, 2016, s/p). Além disto, de 187 países avaliados pela ONU, o Haiti se encontra no 163º lugar no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), sendo que a posição do Brasil a de 79º. De acordo com o Pnud (2016), a taxa de desemprego no Haiti chega a 40% (PNUD, 2016).

Seguy expõe que a situação atual do Haiti é de um país de capitalismo periférico, sendo

[...] duplamente periférico: está na periferia dos EUA e ao mesmo tempo na periferia de outros que também são países periféricos do próprio EUA. Isso não significa que elementos do mesmo tipo não possam estar presentes em outros países, mas chama a atenção a forma em que todas essas relações estão combinadas no Haiti (SEGUY, 2014, p. 74-5).

Isso se deve a todo o seu processo de colonização que, para Vaz (2015, p. 64), pode ser considerado enquanto uma “colonização à intervenção norte-americana”. Assim, uma história marcada pelo autoritarismo político fez o Estado haitiano ser construído com os seguintes traços: “ausência de uma cultura democrática no país desde seu nascimento, a forte tendência ao despotismo, a busca do poder com fins particulares, e o desrespeito frequentemente ao Estado de Direito” (VAZ, 2015, p. 67).

Seguy (2010) expõe os dois processos coloniais que o Haiti sofreu. O primeiro é o da invasão espanhola em 1492, a qual resultou no massacre de milhões de indígenas, juntamente com um processo de escravização de africanos, além da divisão da ilha em duas partes, Haiti e República Dominicana, após um tratado fechado com a França em 1697; momento em que se inicia o segundo e o mais feroz processo colonizador, o francês. Nesse momento, novamente foi utilizada a mão de obra dos negros africanos para alcançar a acumulação de capital e “a violência terrífica à qual foi submetido o negro foi tão cruel que a expectativa de vida de um trabalhador na colônia era de apenas sete anos” (SEGUY, 2010, p. 10).

Contudo, paralelamente a estes acontecimentos políticos, Seguy (2009) destaca que o povo haitiano, negros e negras escravizadas pelos franceses, protagonizaram a primeira e única revolução de um povo escravizado, dando ao Haiti o reconhecimento de Primeira República Negra do mundo, sendo o primeiro país a proclamar sua independência na América Latina em 1804. Todavia, mesmo diante de muita luta, a França determinou que só iria reconhecer e legitimar essa independência mediante o pagamento de uma dívida de 150 milhões de francos-ouro, resultando em desdobramentos até os dias atuais. Segundo o autor, “[...] para conseguir o dinheiro, os governos sucessivos puseram em vigor regras que os permitem saquear praticamente a maior parte da produção cafeeira realizada pelos camponeses e camponesas” (SEGUY, 2014, p. 36-37).

Além disso, o Estado haitiano em sua formação histórica é marcado pelo autoritarismo e pelas perseguições políticas. Algo a ser destacado é a ditadura

de François Duvalier, conhecido por Papa Doc, nos anos de 1970. Segundo Vaz (2015, p. 66), “[...] o Estado era tratado nesta época como propriedade privada da família Duvalier, que depredava os cofres do país sem o menor pudor” (VAZ, 2015, p. 66).

Diante de todas estas questões estruturais, Vaz (2015, p. 72) se refere ao Haiti como um Estado extremamente debilitado, visto que sua estabilidade estatal é “considerada precária e extremamente frágil”, definindo-o assim como “Estados que carecem de capacidade institucional para cumprir suas funções de fornecimento de bens públicos e de proteção à vida de seus cidadãos”, se caracterizando pelo caos instalado.

A própria existência de uma intervenção no país, a deslegitimação do Estado, a persistente situação de pobreza endêmica, as altas taxas de desemprego, a incapacidade de prover bens básicos de sobrevivência aos seus cidadãos e de protegê-los contra violações de direitos humanos e contra a violência de gangues políticas, testemunham a favor de um estado de falência ou colapso, mesmo sem uma análise estrita de dados estatísticos (VAZ, 2015, p. 74).

A mobilidade humana sempre se apresentou como uma realidade para os haitianos. Conforme Costa (2015), cerca de 25% da população haitiana reside fora do país. Historicamente, diversos países se solidificaram enquanto países de destino para os haitianos, a exemplo do Canadá, que construiu uma política migratória seletiva que atraía mão de obra qualificada. É importante também citar a República Dominicana, país que divide a área territorial de uma ilha com Haiti, como um país receptor da mão de obra barata haitiana, de tal forma que “90% da mão de obra agrícola da República Dominicana estão constituídas por trabalhadores haitianos” (SEGUY, 2009, p. 123). Ainda, segundo Fernandes, Castro e Ribeiro (2014), cerca de 25% do PIB haitiano é correspondente às remessas enviadas pelos migrantes haitianos, correspondendo a aproximadamente 1,5 bilhões de dólares. De acordo com Fernandes e Castro (2014), no ano de 2010 cerca de 85% dos haitianos que possuíam ensino superior estavam fora do país, além de 36,5% dos médicos residirem no exterior.

Após um período de instabilidade política e social no país, decorrente da mudança do presidente e da organização de milícias, guerrilheiros e gangues contra o governo, o presidente da corte suprema Boniface Alexandre, que assumiu o

poder no país, solicitou à ONU¹⁴ e às organizações internacionais que intervissem no Haiti para que fosse estabelecida a paz naquele território. Para isso, a ONU criou, no ano de 2004, a Missão das Nações Unidas para Estabilização do Haiti, a MINUSTAH, momento em que se estreitaram as relações diplomáticas entre Brasil e Haiti e possibilitou a consolidação do país sul americano enquanto país de recepção destes sujeitos na cena internacional.

1.2.1 Relações Internacionais entre Brasil e Haiti

A aproximação com o Brasil se iniciou a partir do ano de 2004, quando o Conselho de Segurança da ONU criou, através da Resolução nº 1.542, a MINUSTAH, que tinha como principal objetivo a estabilização da paz e da ordem no país por meio do envio de tropas militares¹⁵. O período inicial era de seis meses, podendo ser renovado para mais tempo, e a Missão ficou no Haiti durante 13 anos, de 2004 a 2017. As ações da MINUSTAH se organizam sobre três pilares básicos: segurança, democracia e direitos humanos.

Conforme Vaz (2015, p. 94), “a MINUSTAH se destaca por ser a primeira Missão na Região com forte presença de forças latino-americanas, principalmente do Brasil, da Argentina, do Chile, da Bolívia, do Equador e do Uruguai, que colaboram com os maiores contingentes” (VAZ, 2015, p. 94). Nesse sentido, há diversos estudos que discorrem sobre os benefícios dessa ação humanitária, a exemplo da autora Vaz, que menciona que a MINUSTAH, por vezes, ficou responsável por práticas assistencialistas de caráter imediato, como a distribuição de água, alimentos e assistência médica para os haitianos.

Por mais que a missão seja veiculada pela imprensa e autoridades como “ajuda humanitária”, o autor haitiano Seguy (2010) cita acontecimentos de repressão contra universitários, manifestantes e operários, assassinatos, sequestros e diversas brutalidades das tropas da MINUSTAH. O autor afirma que “[...] nenhum dos chefes do exército brasileiro no Haiti tem vergonha de afirmar que o Haiti serve

¹⁴ A ONU possui outras ações para o auxílio ao Haiti, a exemplo do investimento de US\$ 10,8 milhões de dólares para que a área rural do sudoeste do Haiti se recupere da devastação, fruto do Furacão Matthew de 2016 (ONUBR, 2018a).

¹⁵ Segundo ONUBR (2018b), o Brasil contribui em missões de forças de paz da ONU desde 1956, na Crise de Suez, quando Israel declarou guerra ao Egito. Recentemente, os soldados brasileiros, conhecidos como capacetes-azuis brasileiros, participaram em dez missões das Nações Unidas no cenário internacional, em localidades como Darfur (Sudão), Chipre, Líbano e até 2017, no Haiti.

de campo de treinamento para os soldados aprenderem a lidar com os negros das favelas do Rio de Janeiro quando voltarem ao Brasil” (SEGUY, 2010, p. 17).

Figura 1 – Um capacete-azul brasileiro fiscaliza “o problemático bairro de Cité Soleil, na capital Porto Príncipe, durante uma operação” (ONUBR, 2018b)



Fonte: ONUBR, 2018b.

Constituindo o segundo maior contingente militar brasileiro enviado ao exterior desde a Segunda Guerra Mundial, a atuação dos capacetes-azuis brasileiros pode ser entendida também como uma estratégia de coerção e controle revestida de solidariedade, como pode ser depreendido a partir de uma relação da imagem anterior com o trecho do haitiano a seguir:

Quem quiser conhecer o verdadeiro papel da Minustah no Haiti é só ir a Site Solèy¹⁶, a maior e mais pobre favela de Porto Príncipe. Ali, a população contará quantas crianças foram assassinadas pelas balas humanitárias da Minustah e dos soldados brasileiros; quantas mulheres grávidas foram mortas em decorrência da missão de paz de Lula, enquanto dormiam... Em Site Solèy, muitas crianças são órfãs hoje porque um soldado do Brasil recebeu um salário mensal de 6 mil dólares para matar seus pais. Com esse dinheiro, aquele soldado, quando voltar ao Brasil, compra um apartamento para viver com sua própria família (SEGUY, 2010, p. 15).

Portanto, o Estado haitiano fica dependente da ajuda humanitária da cooperação internacional, que, segundo o autor, é “[...] visceralmente incapaz de reconstruir o Haiti” (SEGUY, 2014, p. 297), visto que são problemas estruturais que permeiam a realidade do país caribenho. Nas palavras de Seguy (2014, p. 298), “[...]”

¹⁶ Uma cidade periférica haitiana conhecida também como Cité Soleil. Para saber mais, consultar Fabien (2017).

o que se vê no Haiti não passa da transformação do país em uma nova forma de colônia. Não nas formas clássicas antigas de colônia de uma metrópole, mas é uma colônia do capital transnacional” (SEGUY, 2014, p. 298). O autor afirma que o Brasil está desenvolvendo ações como as “antigas instituições coloniais e escravistas da pré-independência”, cujo objetivo principal é “[...] provar ao mundo que um povo negro é incapaz de se autogovernar por si só” (SEGUY, 2010, p. 17).

Contudo, essa relação de dependência de cooperações internacionais, de voluntários de outros países e de acolhimentos humanitários no exterior se intensificaram com o terremoto de 7.0 de magnitude na escala Richter que ocorreu no dia 12 de janeiro de 2010, desastre natural que resultou em

mais de 300 mil mortos, milhares de feridos e amputados, e destruindo de forma inédita a já frágil infraestrutura haitiana [...] Uma coberta de cinzas envolveu a capital, que ficou, literalmente, em ruínas. O Palácio Presidencial foi destruído, bem como a catedral, o hospital principal da cidade, escolas, supermercados, o presídio, prédios do governo e o quartel-general das Nações Unidas [...] Mais de um milhão e meio de haitianos perderam suas casas, incluindo o presidente, René Préval (VAZ, 2015, p. 104).

Nesse âmbito, é importante contextualizar a trajetória frequente dos desastres naturais vivenciados pelo Haiti decorrentes de sua localização geográfica, pois se posiciona na placa do Caribe, próximo dos limites das placas Norte-Americana, Cocos, Sul-americana e Nazca (NUNES, 2018). Segundo o autor, a frequência de terremotos no Haiti se destaca, visto que, no período de 1902 a 1992, foram registradas 22 ocorrências de abalos sísmicos com magnitude igual ou superior a 6.5.

Contudo, é necessário assinalar que o determinante para o aumento do fluxo migratório haitiano não foi o desastre natural em si, mas questões estruturais de sua formação social e política, que tornam a reconstrução e reestruturação do Haiti¹⁷ uma possibilidade pouco realista. Seguy (2014, p. 35) se refere a esse desastre natural como “uma construção sócio-histórica”, resultado de uma série de eventos históricos e políticos que tornaram o Haiti um Estado frágil. Vaz (2015, p. 104-5) afirma que “a ajuda internacional chegou rapidamente, mas nem a ajuda desse reforço, nem a dos milhares de voluntários do mundo inteiro, levados ao Haiti pela comoção com o desastres, foram suficientes, tamanha a gravidade da situação”. Nesse sentido, foi possível observar uma mobilidade humana interna dos haitianos, buscando melhores

¹⁷ Vale o destaque para a contribuição financeira que o governo brasileiro fez no montante de US\$ 55 milhões para o Fundo de Reconstrução do Haiti em maio de 2010 (BRASIL, 2019).

condições de sobrevivência e, principalmente, em nível internacional, ganhando destaque no cenário global¹⁸.

Logo, diante dos fatos explicitados, é possível visualizar aproximações de relações bilaterais entre Brasil e Haiti. Vale ressaltar, ainda, a visita à capital Porto Príncipe que o presidente Luiz Inácio Lula da Silva realizou em maio de 2008 (BRASIL, 2019). Assim, o país sul-americano se consolidou como uma possibilidade de país receptor para os haitianos. Ainda decorrente da alta entrada dos haitianos no Brasil e como não se enquadrassem como refugiados por conta de sua situação, o governo brasileiro, por meio de uma medida *ad hoc* pela Resolução Normativa nº 97 de 2012¹⁹²⁰, por razões humanitárias possibilitou aos haitianos visto com a duração de cinco anos, garantindo uma situação documental regular para esses migrantes. Essa medida foi tomada considerando “o agravamento das condições de vida da população haitiana em decorrência do terremoto ocorrido naquele país em 12 de janeiro de 2010” (BRASIL, 2012b).

Segundo Oliveira (2018), no período de 2010 a 2018, os haitianos foram a nacionalidade que apresentou maior quantidade de regularização de documentação, totalizando 101,9 mil registros, seguidos por bolivianos (79,4 mil), colombianos (48,2 mil), argentinos (40,9 mil) e norte-americanos (39,9 mil). No entanto, houve uma redução do ingresso dos haitianos no Brasil no ano de 2016 e, segundo o autor, “há sinais de que os haitianos oriundos do Chile estariam migrando para o Brasil através de Corumbá. Contudo, essa chegada ainda não é percebida de forma expressiva através dos registros do STI”, e não se sabe ao certo se são imigrantes de retorno ou novos migrantes (OLIVEIRA, 2018, p. 57).

A Lei de Migração nº 13.445 de 2017, que substituiu o Estatuto do Estrangeiro²¹, como foi já exposto, veio para contribuir com a compreensão do imigrante enquanto um sujeito dotado de direitos que devem ser respeitados e

¹⁸ Ainda, é importante destacar o surto de cólera que ocorreu em outubro de 2012, responsável pela morte de 3 mil pessoas e a infecção de 130 mil (VAZ, 2015).

¹⁹ Segundo Correa et al. (2015), solução *ad hoc* pode ser compreendida “para esta finalidade”, considerando que foi uma medida adotada para uma situação específica, semelhante à solução que a África do Sul tomou em relação ao Zimbabuanos.

²⁰ Esta resolução normativa do CNlg foi prorrogada por meio da Resolução nº 106 de 2013 (CNlg), Resolução nº 113 de 2014 (CNlg), Portaria Interministerial nº 10 de 2018 do Ministério da Justiça e atualmente, está em vigência a Portaria Interministerial nº 12 de 2019 do Ministério da Justiça.

²¹ “Com a entrada em vigor da nova lei de migração e decreto regulamentador, em novembro de 2017, e a emissão de portaria interministerial, em abril de 2018, foi mantida política migratória de acolhida humanitária em território brasileiro de cidadãos haitianos e apátridas residentes no Haiti” (BRASIL, 2019).

garantidos pelo Estado brasileiro.

Ou seja, tais direitos não deveriam concorrer com o discurso da segurança nacional, ou da crise econômica, fundamentos muitas vezes usados para camuflar a abertura das fronteiras. Assim, apesar do crescente fluxo migratório, o Estado deve pautar-se em cumprir o preceito constitucional onde prevalecem os direitos humanos (ALMEIDA; SOUSA, 2014, p. 26).

É neste sentido que a legislação caminha sob a perspectiva dos direitos humanos e, por mais que haja algumas questões ainda para serem avançadas, é preciso reconhecer o avanço, após tanta mobilização da sociedade civil. Conforme indicado por Oliveira (2017, p. 172), o Brasil tinha uma política migratória que se apoiava nos preceitos da Ditadura Militar e era no sentido da manutenção “das práticas herdadas do regime de exceção”. Contudo, a partir de um processo de tramitação demorado do projeto de lei para substituição do Estatuto do Estrangeiro, por meio de uma intensa mobilização e pressão popular, a nova política migratória foi aprovada em maio de 2017.

Com a sanção presidencial do então governante Michel Temer, acompanhada de 20 vetos²², a nova legislação ainda é considerada como um grande avanço para a população imigrante residente no Brasil, bem como para os emigrantes brasileiros (OLIVEIRA, 2017), e fundamental para a garantia de direitos sociais e a proteção destes sujeitos.

Mesmo considerando essa nova legislação uma conquista para os imigrantes que residem no Brasil no âmbito das políticas públicas, também é imprescindível compreender de que, para que ocorra o avanço de fato no acesso aos direitos sociais, serão necessários novos esforços e mobilizações dos movimentos sociais para tensionamento do governo federal na operacionalização dessa política migratória, a exemplo de que há uma ausência de equipamentos públicos especializados no atendimento à população imigrante e da própria responsabilização dos entes federados para o financiamento das ações.

No entanto, o presidente Jair Bolsonaro já demonstrou sua posição política frente ao fenômeno migratório indo na contramão do que a nova legislação preconiza, uma vez que declarou a saída do Brasil do Pacto Global de Migração da

²² Dentre os vetos na sanção presidencial, é importante destacar alguns que mais impactarão na vida do imigrante, como: o que não garante a livre circulação aos povos originários; o que impede a revogação das expulsões decretadas antes de 1988; o veto ao artigo que se referia à concessão de anistia aos migrantes em situação irregular (OLIVEIRA, 2017)

ONU²³, além de seus interesses em relação a alianças com o governo norte-americano, manifestou-se contrário aos brasileiros indocumentados que residem nos Estados Unidos (VERONEZI; BROTTTO, 2019).

O que já foi sinalizado por Sana *et al.* (2018) é que o acolhimento da pluralidade de demandas apresentadas pelos sujeitos tem sido realizado, majoritariamente por instituições religiosas, vinculadas à Igreja Católica, como a Rede Cáritas e a Pastoral do Migrante²⁴. Por meio de ações assistencialistas de caráter imediato, a Igreja se apresenta como “a primeira instituição e, não raro, a única a empenhar-se diretamente em favor dos migrantes” (LUSSI, 2006, p. 36).

O padre Costa (2016), na elaboração de uma síntese do trabalho desenvolvido pela Pastoral do Migrante no acolhimento dos haitianos, reforça que diversas organizações, sobretudo da Igreja Católica, tiveram importante papel de reivindicação de melhorias nesse processo de inserção dos imigrantes na sociedade brasileira. Ainda, Costa (2016, p. 12) refere que “[...] entre dizer que os haitianos seriam bem vindos ao Brasil e as políticas que expressam as boas vindas existe uma distância muito grande”, demonstrando com relatos o silenciamento do Estado frente às demandas destes sujeitos, principalmente nas áreas fronteiriças. No município de Manaus, onde havia concentração alta de imigrantes recém-chegados, a Pastoral do Migrante tinha as seguintes áreas de trabalho: casas de acolhimento, alimentação, inserção no mercado de trabalho, transporte, saúde, serviço de assessoria para documentação, cultura, formação profissional e aulas de português.

O autor Ferreira (2017), em análise da situação dos haitianos que vivem na região do Vale do Taquari, referia-se a esses sujeitos como “negros diferentes”, devido aos processos de diferenciação social e de construção identitária vivenciados. As diferenças, apontadas por esse autor, entre imigrantes haitianos e a população local são: o idioma *créole*; distinção intelectual; religiosidade; hábitos alimentares; estilo de vida e a relação com o dinheiro.

Todavia, uma característica particular destes fluxos migratórios

²³ Frente muitas mortes em rotas migratórias clandestinas, a ONU elaborou o Pacto Global para a Migração Segura, Ordenada e Regular no sentido de fortalecimento da cooperação entre Estados-membros no compromisso de abordar o fluxo migratório sob a perspectiva dos direitos humano (ONU News, 2018).

²⁴ Para saber mais sobre o acolhimento dos imigrantes, consultar: Silva (2015); Parise (2016), Oliveira e Santos (2015).

recentes, sobretudo haitiano, é o processo de interiorização desses sujeitos²⁵, que teve a grande contribuição das empresas interessadas na mão de obra barata do migrante (MAMED, 2016). Através dos estudos da autora, compreende-se que muitos empregadores se deslocavam até as regiões fronteiriças, como Acre e Amazonas, estados de maior entrada dos haitianos, com o intuito de selecionar mão de obra qualificada e barata, ficando responsável pelo deslocamento e, por vezes, hospedagem desses trabalhadores até as regiões Sul e Sudeste do país, desconcentrando-se dos grandes centros urbanos. Conforme Oliveira (2018), a maior concentração de local de residência dos imigrantes no território nacional está na Região Sudeste (54,3%), seguida pela Região Sul (22,7%) - Paraná aparece com 8%, Santa Catarina com 7,7% e Rio Grande do Sul com 7% -, decorrente do dinamismo econômico presente nestas regiões.

Assim, foi possível e visível um processo de interiorização do fluxo migratório haitiano, inicialmente decorrente do determinante trabalho. O estado do Paraná se destaca como um dos principais estados de recepção dos imigrantes por conta de suas oportunidades de emprego, apresentando-se em quarto lugar em termos de maior saldo de empregos, expressando uma variação positiva (RAMBALDUCCI; SONOMURA, 2019). A partir da estabilização do fluxo migratório haitiano para certas localidades, redes migratórias foram sendo construídas e fortalecidas enquanto determinantes para a chegada de outros imigrantes.

Além disto, o Paraná se destaca também pela experiência pioneira frente ao cenário brasileiro no que se refere aos direitos dos migrantes, a partir da criação do Conselho Estadual dos Direitos dos Refugiados, Migrantes e Apátridas do Paraná (CERMA/PR), sendo o primeiro conselho estadual criado no Brasil na temática da migração e refúgio. O intuito do Conselho, inicialmente, era de monitorar as ações sistematizadas no Plano Estadual de Políticas Públicas para a Promoção e Defesa dos Direitos de Refugiados, Migrantes e Apátridas do Paraná (2014-2016)²⁶ e,

²⁵ Com a numerosa migração de venezuelanos como já foi dito acima, o próprio governo brasileiro tomou a iniciativa de ser o responsável pela interiorização destes sujeitos. Por meio de uma parceria com a Agência da ONU para Refugiados (ACNUR), a Organização Internacional para as Migrações (OIM) e instituições da sociedade civil, desde abril de 2018, se iniciou a Operação Acolhida, sendo estruturada em três grandes frentes, como: ordenamento da fronteira, acolhimento e interiorização. Segundo a ONUBR (2019b), tendo como objetivo principal a promoção da transferência de venezuelanos da região Norte do Brasil para outras cidades do país, os 5.250 venezuelanos participantes desta operação se deslocaram principalmente para o Rio Grande do Sul (17,48%), São Paulo (16,70%), Paraná (10,38%) e Amazonas (9,58%).

²⁶ As autoras Bettioli Lanza, Santos e Rodrigues (2016) já apontaram este plano enquanto um avanço

recentemente, permanece para acompanhar a política migratória estadual.

1.3 PROCESSO DE INTERIORIZAÇÃO DA IMIGRAÇÃO HAITIANA: UM DESTAQUE PARA A REGIÃO METROPOLITANA DE LONDRINA/PR (RMLO)

O fluxo migratório recente se destaca pelo seu alcance territorial, pois não se concentra apenas nos grandes centros urbanos, e, para além disso, pela forma como isso foi sendo encaminhado. Nesse cenário, a Região Metropolitana de Londrina (RMLO)²⁷ se apresenta como uma área territorial com grande potencialidade econômica, pelas possibilidades de inserção no mercado de trabalho e baixo custo de vida, e, ainda, pela forma que a primeira geração de haitianos foi construindo suas relações interpessoais.

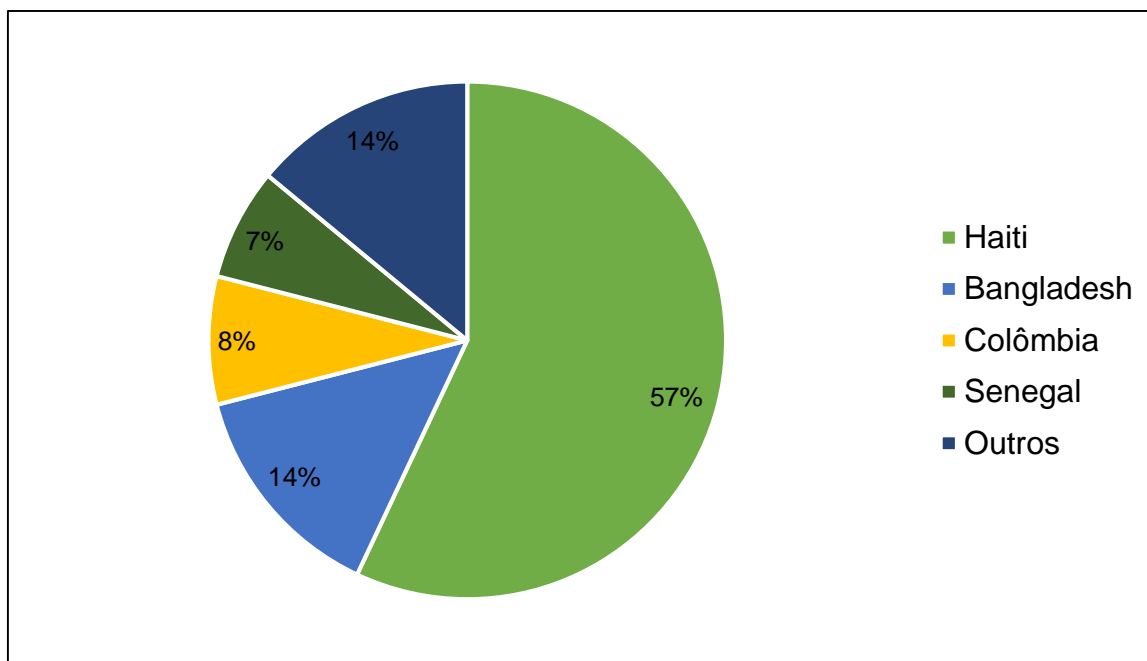
Baseada no Relatório Anual de Informações Sociais (RAIS) de dezembro de 2016, Saris (2018) afirma que, na região de Londrina, estavam concentrados aproximadamente 780 imigrantes no mercado de trabalho formal, sendo principalmente de nacionalidade haitiana, portuguesa, japonesa, paraguaia, argentina, colombiana e bengalesa.

Como uma região que passou pelo processo de urbanização e industrialização principalmente com a presença de imigrantes europeus, a partir do banco de dados²⁸ do Grupo de Pesquisa do CNPq SERSAÚDE, já citado na parte introdutória desta dissertação, é possível reconhecer um novo perfil dos imigrantes internacionais residentes na RMLO, bem como identificar a prevalência do fluxo migratório haitiano, conforme os dados apresentados pelo gráfico a seguir.

no que se refere às políticas públicas para estes sujeitos, porém, o documento apresenta fragilidades relacionadas à territorialização, capacitação dos recursos humanos, orçamento público, entre outros

²⁷ A Região Metropolitana de Londrina (RMLO) tem como cidade sede o município de Londrina e por meio da Lei Complementar Estadual nº 81 de 1998, é constituída pelos municípios de Alvorada do Sul, Arapongas, Assaí, Bela Vista do Paraíso, Cambé, Centenário do Sul, Florestópolis, Guaraci, Ibiporã, Jaguapitã, Jataizinho, Londrina, Lupionópolis, Miraselva, Pitangueiras, Porecatu, Prado Ferreira, Primeiro de Maio, Rancho Alegre, Rolândia, Sabáudia, Sertaneja, Sertanópolis, Tamarana e Uraí (PARANÁ, 1998).

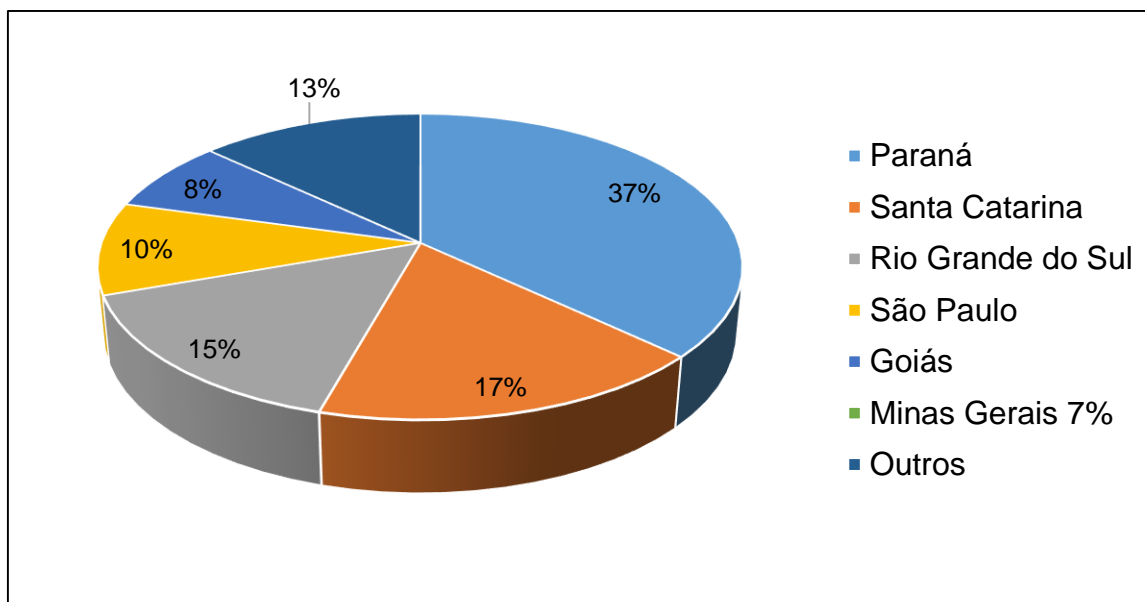
²⁸ Os dados utilizados neste momento diz respeito a 106 formulários aplicados aos imigrantes residentes nos municípios de Arapongas, Cambé, Jaguapitã, Londrina e Rolândia da RMLO nos anos de 2017 a 2018. A presente pesquisadora colaborou no processo de construção, aplicação e sistematização do instrumento de coleta de dados, por meio da participação no projeto de pesquisa Trajetórias de imigrantes nos territórios: a construção do acesso às políticas de Segurança Social e no projeto de extensão Migrar com Direitos.

Gráfico 1 – Nacionalidades dos imigrantes residentes na RMLO

Fonte: Elaborado por Rodrigues (2019) a partir dos formulários do Grupo de Pesquisa do CNPq “Serviço Social e Saúde: formação e exercício profissional”.

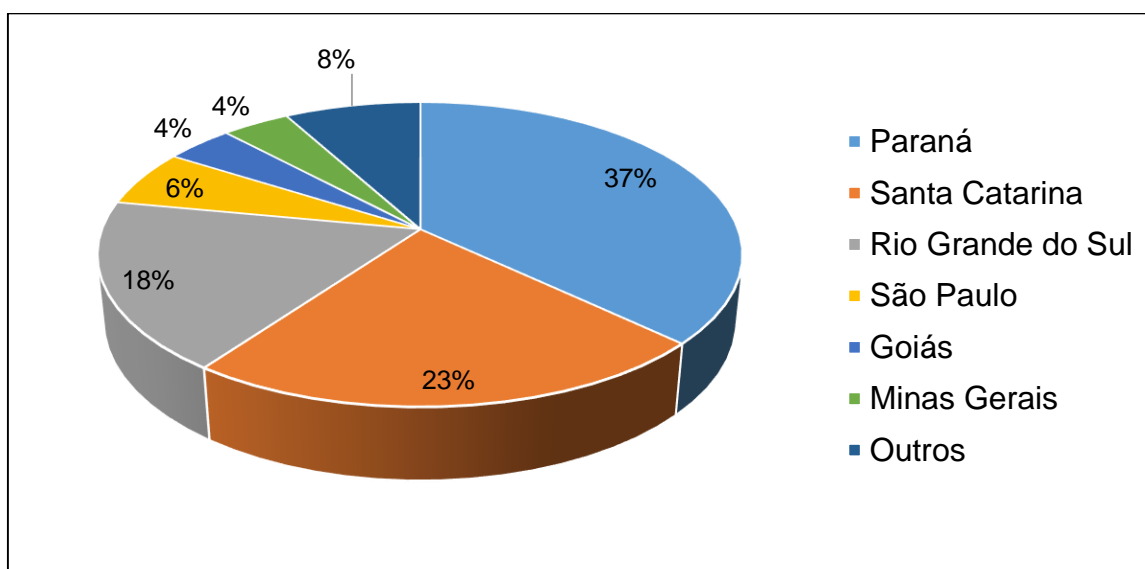
Como foi sinalizado, um dos fatores contribuintes para o fluxo migratório da atualidade para o estado do Paraná e para o processo de interiorização desse fenômeno é a possibilidade de inserção no mercado de trabalho. Cerca de 45% dos imigrantes registram que o trabalho foi o fator determinante para o fluxo migratório. Uma das áreas de ocupação que merece destaque neste trabalho são os frigoríficos de abate de frango²⁹, visto que o estado é responsável pela maior quantidade de carne de frango, pois 37,20% da carne que é exportada se dá pelo estado do Paraná, como pode ser visto nos gráficos a seguir:

²⁹ No Relatório de 2018 da Associação Brasileira de Proteína Animal (ABPA), apresenta que cerca de 66,9% da produção brasileira de carne de frango do ano de 2017 foi destinada para o mercado interno, sendo que 33,1% voltada para a exportação. A partir dos dados apresentados pela ABPA, o Brasil se localiza na segunda posição de produção de carne de frango, após os Estados Unidos, mas se destaca como o principal exportador deste produto (ABPA, 2018).

Gráfico 2 – Abate da carne de frango por estado em 2017

Fonte: Relatório Anual 2018 (ABPA, 2018).

Organização: própria autora.

Gráfico 3 – Exportação de carne de frango por estado em 2017

Fonte: Relatório Anual 2018 (ABPA, 2018).

Organização: própria autora.

Este Relatório da ABPA também apresenta que cerca de 63% da carne de frango exportada se dá pelo produto cortado. No caso de exportações para países muçulmanos, eles solicitam que seja utilizada a técnica de abate *Halal*, a qual define que alguns animais, como bovinos, caprinos, ovinos e frangos, podem ser considerados legais, significado da palavra árabe Halal, desde que esses animais sejam abatidos conforme os Rituais Islâmicos (*Zabihah*).

1- O animal deve ser abatido por um **muçulmano** que tenha atingido a puberdade. Ele deve pronunciar o nome de Alá ou recitar uma

oração que contenha o nome de Alá durante o abate, com a face do animal voltada para Meca; 2- O animal não deve estar com sede no momento do abate; 3- A faca deve estar bem afiada e ela não deve ser afiada na frente do animal. O corte deve ser no pescoço em um movimento de meia-lua; 4- Deve-se cortar os três principais vasos (jugular, traquéia e esôfago) do pescoço; 5- A morte deve ser rápida para evitar sofrimentos para o animal; 6- O sangue deve ser totalmente retirado da carcaça. (The Islamic Food and Nutrition Council of América e The Muslim Food Board *apud* ABPA, 2019, grifos nossos).

Percebe-se, por isso, uma crescente migração de muçulmanos para ocupar esses postos de trabalhos nos frigoríficos e a realidade da região metropolitana de Londrina/PR perpassa pelo determinante que é o trabalho, visto que se destaca com a presença de cerca de seis frigoríficos de abate de aves, localizados em Arapongas, Jaguapitã e Rolândia. Sendo uma rota atrativa para os diversos trabalhadores, brasileiros ou internacionais, a região de Londrina, por mais que também tenha sido atingida pela crise política e econômica que o Brasil sofre desde 2014, permaneceu sendo região de destino de diversas nacionalidades de imigrantes.

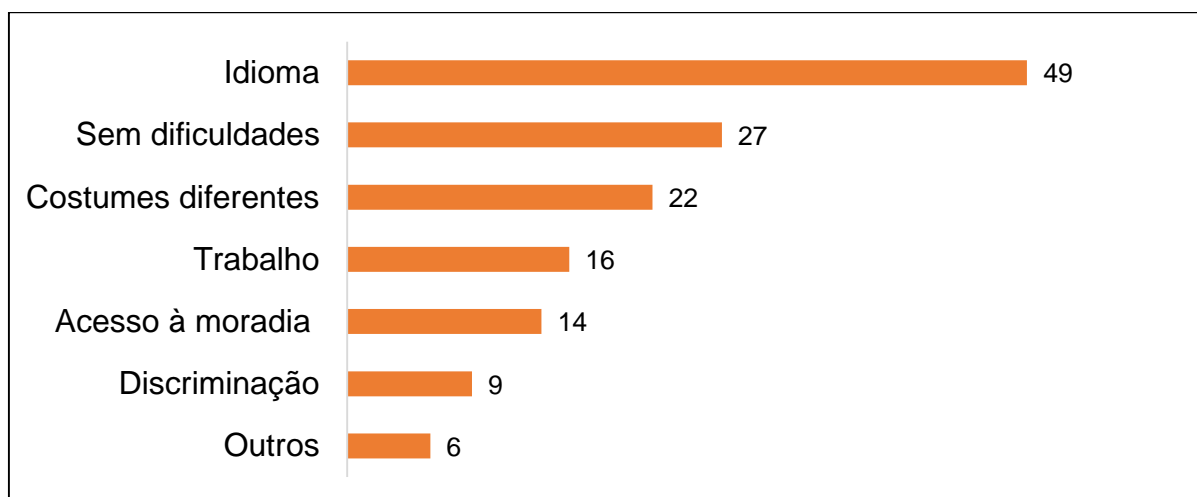
Além da possibilidade de inserção nos frigoríficos, a construção civil tem se apresentado como uma área de grande inserção dos imigrantes devido à valorização e à especulação imobiliária no próprio município de Londrina (BEIDACK; FRESCA, 2011) e região metropolitana expressando o dinamismo econômico e social da Região Metropolitana de Londrina. Os autores Rambalducci e Sonomura (2019) afirmam que os setores de serviços, indústrias de transformação, construção civil e agropecuária apresentaram variação positiva na oferta de vagas de trabalho no mês de janeiro de 2019, reforçando as oportunidades de trabalho e renda para os imigrantes.

Ao estarem dispostos a se submeter e a apresentar alta adaptabilidade imediata e incondicional às exigências do mercado de trabalho, os imigrantes têm implacável tolerância à dor, física e mental. Contudo, mediante as precárias condições de trabalho, o adoecimento do imigrante trabalhador tem sido uma realidade desse público, visto que as suas queixas em saúde para o acesso ao SUS tem grande relação com as condições de trabalho, representando uma relação intrínseca entre saúde mental e trabalho (SILVA, 2011).

Em decorrência da própria configuração desse fluxo migratório e a dinamicidade da região estudada, são diversas as dificuldades apontadas na inserção

na sociedade brasileira. No gráfico a seguir, nota-se que, de 106 entrevistados³⁰, 49 mencionaram dificuldade relacionada ao idioma para sua adaptação. Além disso, 16 sujeitos, sendo todos haitianos, apontaram para questões trabalhistas enquanto elemento dificultador nesse momento da migração.

Gráfico 4 – Principais dificuldades vivenciadas pelos imigrantes em sua inserção na sociedade brasileira



Fonte: Elaborado por Rodrigues (2019) a partir dos formulários do Grupo de Pesquisa do CNPq “Serviço Social e Saúde: formação e exercício profissional”.

Os imigrantes apontam, também, algumas estratégias para auxiliá-los na adaptação neste território desconhecido. A consolidação das redes migratórias é um dos principais elementos para apoio e solidariedade entre os sujeitos em deslocamento. As redes sociais se dão por meio da proximidade das residências e das religiosidades, preferencialmente.

se os laços sociais podem interferir na escolha da afiliação religiosa, pode-se deduzir que a situação migratória favorece a mudança: com efeito, os migrantes são chamados a reconstruir novos círculos de amizade na terra de chegada e nada determina que esses novos círculos estejam necessariamente vinculados a sua denominação religiosa tradicional (MARINUCCI, 2011, p. 107).

O autor aponta a relação estreita entre os processos migratórios e o próprio trânsito religioso³¹. Durante a pesquisa do Grupo SERSAÚDE, foi possível identificar três Igrejas do campo pentecostal exclusivamente para haitianos,

³⁰ É necessário registrar que esses dados foram obtidos a partir de uma questão de múltiplas escolhas, sendo assim, a soma de todos os dados não corresponderá a 109 respostas.

³¹ Para uma esta discussão aprofundada, consultar Rodrigues e Oro (2014); Ciscon-Evangelista e Menandro (2011); Vilaça (2008); Prandi (1996).

compostas por pastores e fiéis dessa nacionalidade, além das cerimônias serem realizadas na língua *créole* e, em poucos momentos, em francês, como já foi relatado nos estudos Sana *et al.* (2018).

Além disso, é possível observar que, com o avanço das tecnologias e mídias sociais, a manutenção do contato com membros familiares, que não estão residindo no Brasil, é como uma estratégia para amenizar o sofrimento da separação da família, que pode acarretar em adoecimento mental. Não é, porém, apenas essa relação rompida que influencia as condições de saúde dos imigrantes no Brasil, mas diversos determinantes do processo saúde-doença.

1.4 FLUXO MIGRATÓRIO HAITIANO: APROXIMAÇÕES ACERCA DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE

Estudos indicam (BETTIOL LANZA *et al.*, 2018; GRANADA *et al.*, 2017; VENTURA, YUJRA, 2019) que são importantes a compreensão e o conhecimento das condições de saúde dos imigrantes, porque há a reprodução de diversos mitos acerca dessa questão na sociedade brasileira, além de ser possível observar uma relação complexa entre os sistemas culturais de saúde pela medicina tradicional e o sistema oficial de saúde por meio de política social.

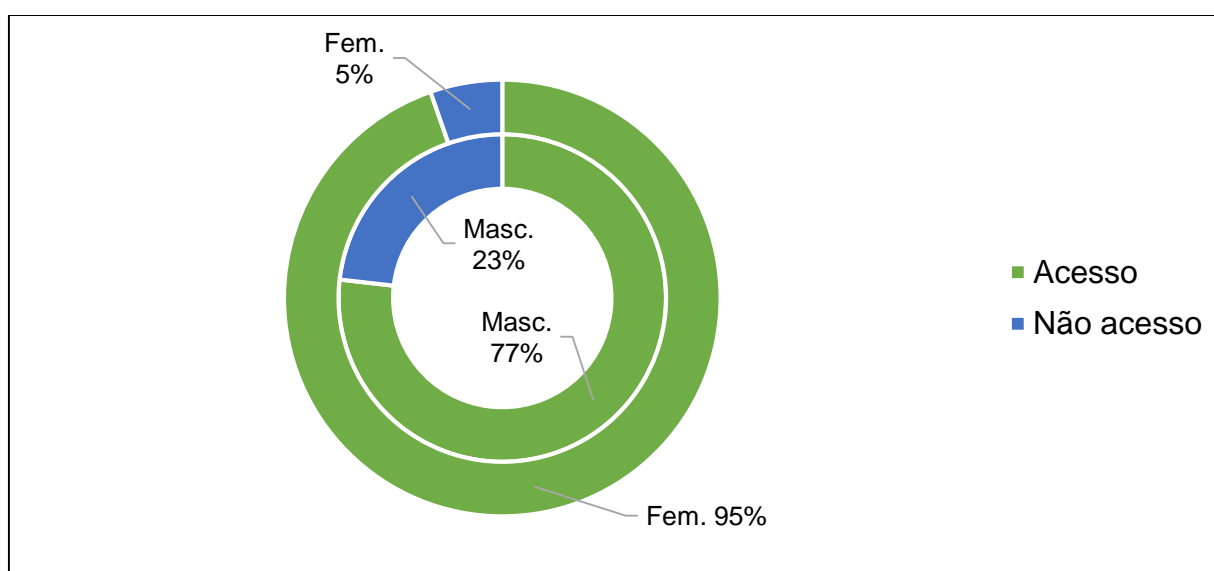
De acordo com Ventura e Yujra (2019), desde a Idade Média, os migrantes são responsabilizados pela transmissão de doenças, por exemplo, naquele período histórico, a propagação da peste negra. As autoras ainda apontam alguns outros exemplos na história da humanidade, como a teoria dos grupos de risco na epidemia do vírus HIV, os 4 H (hemofílicos, haitianos, homossexuais e heroinômanos), e a epidemia do vírus ebola na África Ocidental.

Entretanto, Dias e Gonçalves (2007) já demonstraram que, por mais que seja dificultada a obtenção dos dados oficiais nessa temática, é possível afirmar que, quando as condições de saúde dos imigrantes apresentam melhores índices de saúde do que a população dos países de acolhimento, comprova-se o migrante saudável. Assim, ao questionar os imigrantes haitianos entrevistados desta pesquisa, os cinco sujeitos opinaram que suas condições de saúde não melhoraram. Três afirmaram que não alterou significativamente e dois acreditam que estão adoecendo com mais frequência. Com isso, “[...] privar migrantes e refugiados do acesso aos serviços de saúde não somente viola os direitos humanos, como põe em risco

sanitário toda a população que compartilha seu cotidiano com os excluídos” (VENTURA; YUJRA, 2019, p. 31).

Portanto, por meio dos dados do Grupo SERSAÚDE, é possível identificar algumas semelhanças entre os brasileiros e haitianos e afirmar alguns elementos a serem considerados no acesso desses sujeitos à política pública de saúde, como pode ser visto no gráfico a seguir, que representa a relação de gênero e o acesso.

Gráfico 5 – Relação entre o gênero e o acesso dos imigrantes ao Sistema Único de Saúde

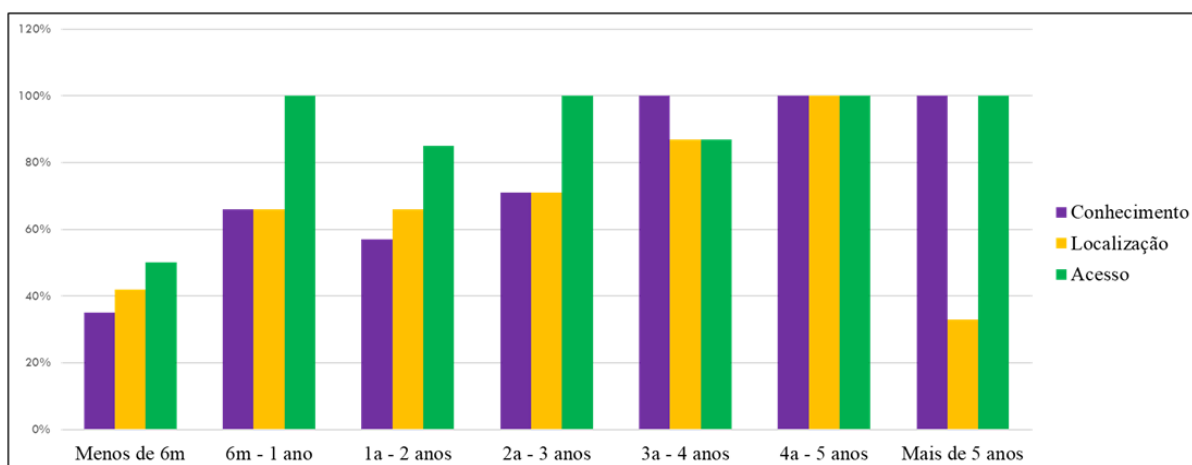


Fonte: Elaborado por Rodrigues (2019) a partir dos formulários do Grupo de Pesquisa do CNPq “Serviço Social e Saúde: formação e exercício profissional”.

Nesse gráfico, fica visível que, assim como as mulheres brasileiras, as mulheres haitianas acessam mais do que os homens os serviços do SUS. Tal dado corrobora os estudos que consideram que a maior procura das mulheres pelos serviços de saúde é decorrente da responsabilidade das mulheres no mundo do cuidado (MIOTO; DAL PRÁ, 2012).

Em relação à faixa etária e o acesso, fica evidente que as mulheres mantêm frequência dos 20 aos 40 anos e reduzem no período seguinte. Em relação aos homens, a maior frequência se dá na faixa etária de 30 a 39 anos, auge da idade produtiva. Isso indica a necessidade de examinar se há correspondência entre os efeitos nocivos do trabalho e/ou da trajetória migrante em suas condições de saúde, por isso, há a necessidade de uma análise do tempo de permanência desses sujeitos no Brasil.

Gráfico 6 – A relação do tempo de permanência no Brasil e obtenção de informações do SUS



Fonte: Elaborado por Rodrigues (2019) a partir dos formulários do Grupo de Pesquisa do CNPq “Serviço Social e Saúde: formação e exercício profissional”.

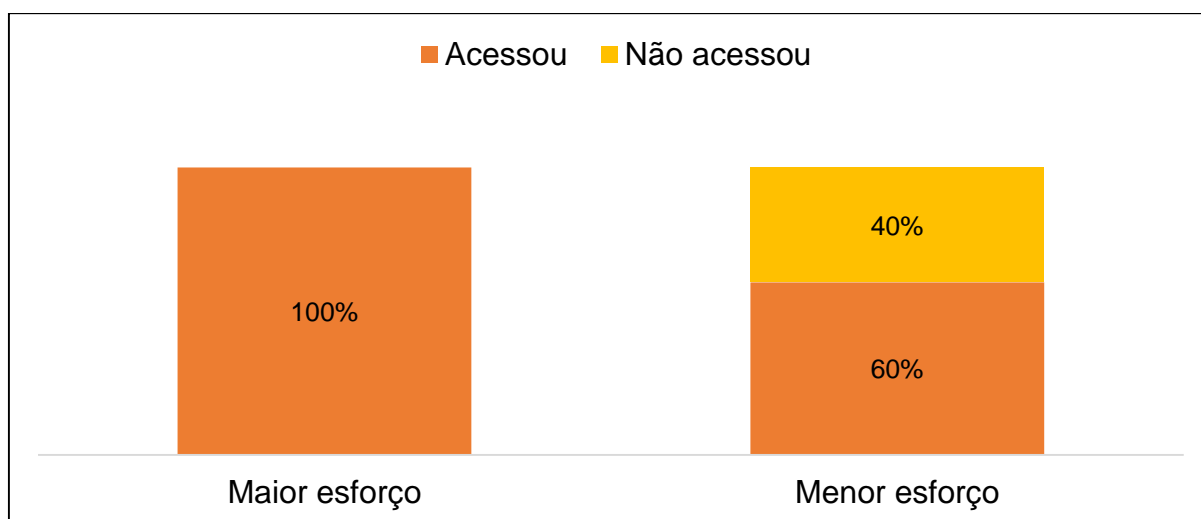
O tempo de permanência sugere maior conhecimento do SUS e utilização dos serviços pelos imigrantes, com oscilações justificadas pela heterogeneidade do fluxo, bem como das necessidades em saúde individuais, o que foi identificado também no estudo de Fernandes e Castro (2014). Nota-se que os imigrantes que estão no Brasil de 04 a 05 anos são os que atingiram de forma igualitária as três variáveis. Do mesmo modo, chama a atenção, no grupo seguinte, com mais de 05 anos de permanência, o desconhecimento da localização dos serviços.

Nessa perspectiva, gestores e profissionais de saúde mencionam que não há um número expressivo o suficiente para impactar nos processos de trabalhos, assim, as demandas da população imigrante são incorporadas juntamente com a dos brasileiros, não ofertando ações equânimes para esses sujeitos (BETTIOL LANZA *et al.*, 2018).

Ainda, os próprios profissionais e gestores referem que as principais demandas dos imigrantes se dão pelo adoecimento por conta das condições de trabalho, seja pelo alto esforço físico, pela precariedade das condições de trabalho ou por múltiplas jornadas de trabalho das mulheres; “[...] o que nos indica que os imigrantes têm adoecido em detrimento não do processo migratório, mas das condições de vida e trabalho no Brasil, bastante precárias” (BETTIOL LANZA *et al.*, 2018, p. 8). Logo, é importante observar o gráfico a seguir, que expõe a relação entre

o acesso aos serviços de saúde e a ocupação de menor e maior esforço físico, considerando ocupação de maior esforço os trabalhos no âmbito doméstico, frigoríficos e construção civil.

Gráfico 7 – Relação entre o acesso aos serviços de saúde e a ocupação de trabalho, segundo esforço físico



Fonte: Elaborado por Rodrigues (2019) a partir dos formulários do Grupo de Pesquisa do CNPq “Serviço Social e Saúde: formação e exercício profissional”.

Assim, entende-se que o trabalho é produtor de adoecimento (LEÃO, 2017), tendo em vista as ocupações laborais dos imigrantes, assim como podem expressar os custos do trabalho e/ou da trajetória migratória. Por outro lado, os “não acesso” legitimam que os imigrantes recém-chegados estão saudáveis (REIS; RAMOS, 2013), daí o motivo de “não precisar”, e, ao mesmo tempo, indicam a falta de informação, na mesma frequência, à semelhança do estudo de Granada *et al* (2017).

2 CUIDADOS PRIMÁRIOS EM SAÚDE: DISCUSSÃO A PARTIR DA ATENÇÃO EM SAÚDE E DOS SABERES POPULARES

Tendo como objeto desse trabalho o acesso dos imigrantes haitianos aos cuidados primários em saúde no Brasil, é imprescindível demarcar e como a produção do cuidado é compreendida e tratada no Brasil e no Haiti. Para isso, esse capítulo será destinado para apresentar os cuidados primários em saúde, por meio da visão da política social e dos saberes populares, abarcando sobretudo, a Atenção Primária em Saúde ofertada pelo Sistema Único de Saúde no Brasil e os diferentes sistemas de saúde no Haiti, por meio da discussão do sistema médico haitiano, terapeutas tradicionais e espirituais, e, de que forma esses sujeitos constroem suas trajetórias terapêuticas.

Assim como que há diferentes modelos de proteção social pelo mundo (BEHRING; BOSCHETTI, 2011), também as políticas de saúde se desenham na mesma perspectiva, podendo ser, em relação ao público alvo, oferecidas por meio de sistemas de caráter universal, seletivo ou focalista. Também o que se entende por modelo de atenção em saúde é diverso, ou muitas vezes mesclados com medicina alopática, homeopática e outras práticas.

Dessa maneira, é indispensável a exposição de que compreensão de política social este trabalho se baseia. Fundamentado em Pereira (2016), destaca-se que a política social é o mais importante meio de proteção social pública, um processo dotado de intencionalidade, comprometida com um projeto societário e determinações da estrutura social. Considerando que a política social expressa um direcionamento político e histórico, percebe-se o seu caráter contraditório, visto que é uma forma de regulação do Estado, fica notório que as políticas sociais se redefinem segundo os ciclos econômicos, estando em sintonia com as recomendações dos acordos internacionais. Contudo, há de se destacar que também faz parte de um processo dinâmico resultante da relação conflituosa entre duas classes, representando um meio para fortalecimento do poder político e organizativo da classe trabalhadora.

Como este estudo se pauta no acesso de imigrantes de nacionalidade haitiana aos cuidados primários em saúde³² no Brasil, neste tópico será trabalhado

³² Por mais que o Brasil tenha adotado a nomenclatura Atenção Básica, no decorrer desta dissertação, serão utilizadas as expressões Atenção Primária e Atenção Primária em Saúde (APS), considerando os termos mencionados na Declaração de Alma-Ata de 1978, marco essencial para compreender esta temática. Além disto, importante salientar que na Política Nacional de Atenção Básica, o termo Atenção

como essa produção do cuidado se dá no Brasil e no Haiti, compreendendo que no primeiro há a oferta de cuidados primários em saúde por via de sistema público universal e neste último isso se dá, preferencialmente, na esfera privada dos cidadãos por meio dos saberes populares, ainda sem reconhecimento legal pelo Ministério de Saúde Pública e População (HAITI, 2017).

Neste momento, é importante sinalizar que há diferentes perspectivas de Atenção Primária em Saúde (APS), visto que muitos países e agências internacionais adotaram os cuidados primários apenas como uma assistência de saúde voltada para o público de baixa renda, não contemplando a compreensão da saúde como um direito e política pública de todos. De acordo com a pediatra norte americana Starfield (2002), há quatro formas de visualizar a atenção primária: enquanto um conjunto de ações e atividades; uma estratégia para organizar a rede de atenção à saúde; uma filosofia que permeia a atenção à saúde; e, no caso deste estudo, enquanto um nível de atenção.

Assim, conforme a autora Starfield (2002, p. 28),

A atenção primária é aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros.

A autora apresenta a atenção primária como promissora para um acesso equânime e possível para todas as sociedades, além de que “a atenção subespecializada é mais cara do que a atenção primária e, portanto, menos acessível para os indivíduos com menos recursos poderem pagar por ela” (STARFIELD, 2002, p. 21).

A APS apresenta uma estrutura e forma de organização do trabalho em saúde que possibilita relações menos hierárquicas, além de maior dinamicidade nas suas ações mediante as necessidades sociais de saúde. Segundo a autora Starfield (2002), há dez componentes estruturais principais de um sistema de serviços de saúde: pessoal; instalações e equipamentos; gerenciamento e comodidades; variedade de serviços oferecidos pelas instalações; organização de serviços; mecanismos para oferecer continuidade da atenção; mecanismos para oferecer acesso ao atendimento; arranjos para financiamento; delineamento da população

eletiva para receber os serviços; administração do sistema de saúde. Além disto, Starfield (2002) aponta, enquanto atributos essenciais da atenção primária, a atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação.

Historicamente, a discussão de atenção primária surgiu em 1920 no contexto de reestruturação do modelo assistencial de saúde da Grã-Bretanha, momento em que a figura do médico clínico geral se destacava pela alta resolutividade dos problemas de saúde. Ilustrando uma forma de hierarquização dos níveis de atenção à saúde, o sistema público ficou marcado pela regionalização e integralidade em saúde (MATTA; MOROSINI, 2008).

Dessa forma, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) convocaram no ano de 1978 a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma Ata no Cazaquistão. Este momento é apresentado como um marco histórico para os cuidados primários de saúde por conta do seu produto final conhecido como Declaração de Alma Ata, no qual os 134 países presentes se comprometeram em atingir o maior nível de saúde possível até o ano 2000, por meio da APS (MATTA; MOROSINI, 2008; ABRAHÃO, 2007). Neste documento, entende-se por cuidados primários de saúde

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação (OPAS/OMS, 1978, p. 1).

Uma visão apontada pela literatura, também acerca desses cuidados, é como “principais problemas de saúde da comunidade” (BOTAZZO, 2008, p. 3). Segundo esse autor, a formulação dessa ideia na Declaração de Alma Ata esconde toda a complexidade envolvida e a relação intrínseca entre saúde e política. Assim, a partir do próprio reconhecimento da OMS acerca do não desenvolvimento mundial esperado, fica nítido que houve uma desvinculação de saúde e política desde esse marco histórico, por meio da medicalização da vida, mercantilização da saúde e a tecnificação dos sistemas de saúde (BOTAZZO, 2008).

Com isso, a partir da Declaração de Alma Ata, diversos sistemas de saúde passaram por reformulações nos anos 1980 e 1990, tendo a APS como referência importante para essa reestruturação. Os autores Rocha, Bocchi e Godoy (2016, p. 88) chamam a atenção que, para que se tenha uma APS forte, é necessário

investimento em dois elementos específicos para garantir o acesso aos cuidados primários: “a acessibilidade e o tempo de espera”. Assim, considera-se a acessibilidade como o “ajuste entre as necessidades da população e os serviços”, não só a entrada dos cidadãos no sistema de saúde. Segundo os autores, um dos maiores desafios da APS é o equilíbrio entre a demanda de usuários e a capacidade de cada equipamento. É neste sentido que os autores apresentam o acesso avançado enquanto um modelo de agendamento mais promissor, sendo possível equilibrar demanda e capacidade controlando o tempo de espera.

A partir da compreensão de que acesso é uma categoria multidimensional, as autoras Travassos e Castro (2008, p. 222) compreendem que o acesso vai além das “[...] etapas de procura e entrada no serviço de saúde (domínio restrito)”, também abrange “a qualidade do cuidado, isto é, o processo de cuidado (diagnóstico e tratamento) e o seu resultado”. Nessa direção, as autoras apontam que inúmeros obstáculos são visualizados nesse processo por meio de barreiras organizacionais, culturais, informacionais, geográficas e financeiras.

Além disto, para Rocha, Bocchi e Godoy (2015), a continuidade do cuidado também é um determinante importante para o acesso qualificado, visto que a relação estabelecida com o profissional interfere no processo saúde-doença.

Ter acesso a serviços públicos de saúde resolutivos, humanizados, de qualidade, onde o usuário seja escutado e considerado ativamente na construção de intervenções, além de perpassar a dimensão subjetiva e relacional do trabalho em saúde, está diretamente articulado ao reconhecimento e exercício pleno da cidadania de usuários, profissionais e gestores, sujeitos que cotidianamente, constroem o Sistema Único de Saúde (SOPELETE; BISCARDE, 2013, p. 143).

Com isso, entendendo que as principais metas de todo o sistema de saúde é “[...] otimizar a saúde da população por meio do emprego do estado mais avançado do conhecimento sobre a causa das enfermidades, manejo das doenças e maximização da saúde; minimizar as disparidades entre subgrupos populacionais” (STARFIELD, 2002, p. 19), apresenta-se como importante a compreensão de cada sistema de saúde a partir da realidade social vivenciada pelos usuários em questão.

2.1 CUIDADOS PRIMÁRIOS EM SAÚDE NO BRASIL

A discussão neste tópico será totalmente focada no espectro da política pública e na forma que os cuidados primários em saúde são ofertados pelo

respectivo sistema público de saúde. Faz-se importante, porém, registrar que este estudo não desconsidera as práticas em saúde no âmbito popular presentes no Brasil³³, contudo, como o presente trabalho se refere a um estudo do acesso dos sujeitos à política pública, considera-se imprescindível o aprofundamento apenas nessa questão.

Portanto, entende-se a importância de ilustrar que, em todo o seu processo histórico, nem sempre a política de saúde foi reconhecida enquanto uma política social pública. Até meados de 1930, a saúde não era compreendida como uma demanda social de responsabilidade pública. Sendo assim, as necessidades de saúde eram respondidas no âmbito privado, no ambiente doméstico, no âmbito das práticas de saúde tradicionais, como as realizadas por benzedadeiras e curandeiras, além de nos hospitais filantrópicos e atendimentos médicos mediante pagamento ou iniciativas pessoais, dependente de cada profissional. Apenas os grupos com maior poder aquisitivo tinham condições de garantir o acesso às consultas médicas particulares. As primeiras ações de saúde pública que surgiram no Brasil foram a estruturação de campanhas sanitárias, no intuito de combater epidemias por meio do controle repressivo sobre a população (ELIAS; DOURADO, 2011).

Esse cenário foi se alterando após a década de 1920 com a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) e, posteriormente, do Instituto de Aposentadoria e Pensões (IAPs). Tais serviços possibilitavam assistência médica para um público restrito, constituído apenas de trabalhadores formais e urbanos. Assim, a atenção à saúde pública, se dividia em duas vertentes: saúde pública, vinculada às campanhas sanitárias e de largo alcance, e medicina previdenciária, que dizia a respeito à assistência médica para determinadas categorias profissionais.

Até esse momento, a assistência à saúde era vinculada à medicina curativa, a partir de ações individuais, por um modelo biomédico de lógica do seguro social³⁴. Entretanto, durante o período de ditadura militar, surgiu o Movimento da Reforma Sanitária³⁵ como forma de organização para lutar por uma saúde enquanto

³³ Para maiores informações, acesse as seguintes produções científicas que tiveram o enfoque das práticas populares de cuidados em saúde no Brasil: Badke et al. (2012), Acioli (2006) e Barbosa et al. (2004).

³⁴ Para compreender sobre as possíveis lógicas para a proteção social e suas diferenças: seguro social, seguridade social e assistência social, consultar Boschetti (2012) e Pereira (2016).

³⁵ Conforme Paim (2007), no final da década de 1970, surgiram e se fortaleceram diversos movimentos sociais em torno da temática da saúde, podendo se organizar em quatro segmentos: populares, estudantis, profissionais e intelectuais; movimentos e iniciativas que criaram o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) em 1976, paralelamente com um governo autoritário que implementavam

uma política pública universal, atrelada a um projeto societário.

Segundo Bravo (2006), esse longo processo de mobilização política foi possível através da organização de diversos setores da sociedade, tendo como seu marco temporal a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 contando com a participação de quatro mil sujeitos, sendo profissionais de saúde, representados por suas entidades, o movimento sanitário, com o CEBES e a ABRASCO, os partidos políticos de oposição e os movimentos sociais urbanos. Esse movimento levantava diversas reivindicações no intuito de considerar a saúde como direito social e dever do Estado: o caráter universal e democrático da saúde; a reestruturação do setor pelo Sistema Unificado de Saúde; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal; o financiamento efetivo; a alteração das práticas em saúde, além de compreender a saúde pública com sua perspectiva política.

Com isso, o primeiro resultado dessa fase de transição democrática foi a garantia legal na Constituição Federal de 1988 de uma saúde pública e gratuita. Sendo conhecida como Constituição Cidadã, a Carta Magna apresentou o sistema híbrido de Seguridade Social, constituído pelas políticas de Assistência Social, Saúde e Previdência, firmando uma nova ótica para compreender a sociedade brasileira e o papel do Estado³⁶.

Assim, várias bandeiras de lutas dos sanitaristas foram contempladas no âmbito legal com a Constituição Federal de 1988, a Lei Orgânica de Saúde nº 8.080 de 1990 e a Lei nº 8.142 de 1990. Um dos elementos principais que surgiu com o movimento da reforma sanitária é a nova forma de se pensar a saúde, ou seja, a incorporação de um conceito ampliado de saúde, visando não apenas a seu aspecto físico e biológico, mas também, fatores econômicos, sociais, políticos, entre outros, que influenciam no processo saúde-doença; “sendo a saúde mais do que a simples ausência de doença, o médico deve investigar os hábitos e costumes de seu paciente e guiá-lo para a prevenção e promoção da saúde” (AROUCA, 1975, p. 15). Nessa

políticas racionalizadoras. Dessa maneira, diversos sujeitos constituíram o movimento pela democratização da saúde, com o intuito de pensar e mudar a saúde sob as ciências sociais na perspectiva marxista. Com a criação da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), movimento Diretas Já e conquistas para os médicos, o movimento pela Reforma Sanitária foi se fortalecendo com o final do período autoritário.

³⁶ A autora Boschetti (2012) mostra que a Seguridade Social brasileira deve ser considerada como um sistema híbrido, por constituir direitos de caráter universal (política de saúde), de caráter contributivo (previdência social) e direitos seletivos (assistência social).

direção, são considerados os determinantes sociais de saúde que interferem nas condições de vida e de saúde da população, sendo que a intersetorialidade, a participação social e as intervenções baseadas em evidências científicas são os pilares básicos para o enfrentamento desses determinantes (CARVALHO; BUSS, 2008). Assim, entendendo que a saúde vai para além do aspecto biológico, também foram contempladas nos marcos legislativos as mudanças das práticas em saúde vinculadas à compreensão do usuário dessa política como sujeito participante do processo saúde-doença. Transcendendo a compreensão de paciente como sujeito passivo, o fazer em saúde compreende a potencialidade da construção dos espaços democráticos de participação e controle social.

Essa nova forma de pensar a saúde é acompanhada também de um novo processo de trabalho, ou seja, novas estratégias presentes no exercício profissional em saúde. Com uma proposta de privilegiar equipes multiprofissionais, surgiram alterações no processo de trabalho de maneira que o poder do conhecimento científico não fique concentrado apenas na categoria médica, mas seja transposto em uma relação horizontal entre todos os campos de saberes.

Por isso, foi necessária uma reorganização e reestruturação dos serviços públicos de saúde. Dessa forma, o Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da Lei nº 8.080 de 1990, é pensado conforme os seguintes princípios:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo;
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de

assistência;

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos;

XIV – organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras (BRASIL, 1990).

Neste momento, cabe destacar o princípio IX, refere à legislação que trata da descentralização político-administrativa por meio da descentralização dos serviços para os municípios, regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde (BRASIL, 1990).

Por mais que a hierarquização das formas de atendimento dos serviços de saúde já tenha sido apresentada enquanto pressuposto básico no Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde - Prev-Saúde -, no início da década de 1980 (CORDOBA, 2013), apenas com a construção do Sistema Único de Saúde é que esse princípio foi pautado de forma vinculada a uma nova concepção de saúde, a um diferente uso da categoria território e à novas práticas profissionais em saúde.

A hierarquização do SUS ilustra que a porta de entrada da maior parte da população deve ser, prioritariamente os serviços da Atenção Básica. Apenas a partir da não resolutividade dos problemas de saúde, o usuário deve ser encaminhado para a continuidade do atendimento nos serviços de média e alta complexidade, que usufruem de tecnologias mais especializadas, estabelecendo referências de tratamento e organizando os serviços através da regionalização (CORDOBA, 2013).

Assim, a Atenção Básica, expressa principalmente pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), é reconhecida como o serviço de maior capilaridade na política pública de saúde, por estar mais próximo da população. Com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2011, a Atenção Básica é considerada:

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 na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

Oliveira e Pereira (2013, p. 159) afirmam que a APS é “uma estratégia de organização e reorganização dos sistemas de saúde, nos quais representa o primeiro nível de atenção, e também um modelo de mudança da prática clínico-assistencial dos profissionais de saúde”. Assim, entende-se que a APS rompe com a

percepção de que os serviços de baixa complexidade são destinados ao público pobre, buscando resgatar o caráter universal desse sistema público. É neste sentido que a Atenção Básica no Brasil surge com o intuito de construir um novo modelo de atenção específico e coerente com a 8ª Conferência de Saúde.

Nesse direcionamento, em 1994, surgiu o Programa Saúde da Família (PSF) a partir das referências internacionais em sistemas de saúde com foco na medicina da família em países como Canadá, Cuba, Suécia e Inglaterra (FERTONANI, 2015), apresentando estratégias para romper a hegemonia do modelo biomédico, com o intuito de “[...] traduzir para a organização dos serviços de saúde os princípios delineados na reforma sanitária e na VIII Conferência Nacional de Saúde” (TEIXEIRA; PAIM, 1990). Foi iniciado como um programa, porém foi incorporado em toda a gestão do Ministério da Saúde enquanto “[...] estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde” (ABRAHÃO, 2007, p. 1).

Esse programa apresenta uma assistência à saúde por meio da centralidade na família, compreendendo as condições de vida e de saúde dos grupos populacionais daquele território. Conforme a autora norte americana Starfield (1992), a Atenção Primária em Saúde detém seis princípios fundamentais: o primeiro contato; longitudinalidade; integralidade; coordenação; focalização na família; e, orientação comunitária. Assim, é necessário que haja recursos de tecnologia leve bastante diversificados³⁷. Segundo Merhy (2002), a Atenção Básica é operada exclusivamente pelas tecnologias leves, fortemente vinculadas à interação e à relação sociais, que são mostradas no momento do acesso pela dimensão cuidadora de acolhimento, vínculo e responsabilização.

Para Abrahão (2007), essa reconfiguração solicita às equipes de saúde novas requisições por meio de um processo de trabalho pela via interdisciplinar. Nesse sentido, em 2008, foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), com o intuito de integrar as equipes de Saúde da Família.

Merhy (2002) sinaliza que, para se construir um processo de trabalho rompendo com o modelo médico centrado e hegemônico, é imprescindível ações no

³⁷ O autor Merhy (1999, p. 3) sinaliza a existência de uma “complexa configuração tecnológica do trabalho em saúde”, sendo constituída por tecnologias leves, leve-duras e duras. As tecnologias leves dizem respeito ao “trabalho vivo em ato”, aos modos de produzir acolhimento, responsabilizações e vínculos, sendo chamadas pelo próprio autor de “tecnologias de relações”. Merhy (1999; 2002) afirma que as tecnologias leve-duras seriam os saberes já sistematizados, como a epidemiologia e as clínicas. Por fim, consideram-se enquanto tecnologias duras, “as máquinas, as normas e as estruturas organizacionais” (SCHRAIBER; MOTA; NOVAES, 2008, p. 388).

cotidiano do trabalho em saúde, no trabalho vivo em ato, dando possibilidade para a escuta qualificada, acolhimento e a própria humanização dos atendimentos clínicos. Essas ações devem ser direcionadas constantemente a partir da dinamicidade do território usado³⁸. Por isso, o fazer em saúde na Atenção Primária requisita uma forma diferenciada de comunicação mediante a diversidade da realidade da na sua população de abrangência. Como a “[...] comunicação é um ato social” (ROZEMBERG, 2009) e transpõe a ideia do diálogo verbal, compreende-se que todo fazer estratégico em saúde implica um trabalho comunicativo e possui um processo básico que é a interação.

Assim, considerando a prática do cuidado como o “cuidado no ato”, a prática é exercida por um sujeito que reveste sua prática de sentidos e intencionalidades. Segundo Pinheiro (2008), o cuidado, historicamente, é relacionado com o âmbito doméstico e familiar, ou seja, à esfera privada, e o profissional do cuidado, por conta da divisão sexual do trabalho, também fica interligado ao gênero feminino. Todavia, concordando com Merhy (1999) que o objeto da saúde é a produção do cuidado, acompanhada da proposta de uma concepção ampliada de saúde em um sistema público universal, a responsabilidade pelo cuidado é de todos os atores envolvidos no processo saúde-doença.

Historicamente, “o campo da saúde foi se constituindo como um campo de construção de práticas técnicas cuidadoras, socialmente determinadas, dentro do qual o modo médico de agir foi se tornando hegemônico.” (MERHY, 1999, p. 1). Contudo, em um novo contexto, o autor enfatiza que a produção do cuidado se dá pela combinação de diversos saberes e conforme a maior contemplação de diferentes áreas, “[...] maior será a possibilidade de se compreender o problema de saúde enfrentado e maior a capacidade de enfrentá-lo de modo adequado, tanto para o usuário do serviço quanto para a própria composição dos processos de trabalho”.

Pinheiro (2008, p. 112) alerta que o cuidado em saúde vai além de uma forma de organização e assistência do sistema de saúde, é “[...] uma ação integral que tem significados e sentidos voltados para compreensão de saúde como o ‘direito de ser’”, com toda a diversidade e complexidade envolvidas nestes sujeitos. A prática do cuidado requer relações interpessoais, estando implicado na participação dos usuários, profissionais, gestores e instituições. O cuidado em saúde está

³⁸ A discussão acerca do território usado na política de saúde terá maior foco no terceiro capítulo.

estritamente interligado com a integralidade da saúde, pois o fazer em saúde abrange, além de procedimentos técnicos, o “[...] acolhimento, os vínculos de intersubjetividade e a escuta dos sujeitos” (PINHEIRO, 2008, p. 113).

Produzir saúde e cuidado requer “[...] eficácia técnica e de forma menos prescritiva, menos normativa e com a incorporação da participação das pessoas desde o momento de definição das prioridades até as etapas mais operacionais e voltadas diretamente para defesa da saúde” (CAMPOS, 2001, p. 330), ou seja, um compromisso profissional com o Sistema Único de Saúde a partir de uma atenção centrada no usuário.

É nesse sentido que a produção de práticas coletivas e pedagógicas se apresenta como uma estratégia potencializadora para substituir a tendência biomédica que se pauta por ações isoladas e individuais. Percebe-se que, por meio da educação popular, é possível compreender o “paciente” enquanto um sujeito coletivo e participante do seu próprio processo saúde-doença. Assim, surgem novas ações para auxiliar no processo de aproximação cultural entre os serviços de saúde e a população, além da transmissão de saberes por meio de uma relação hierárquica de poder entre os atores envolvidos. Com isso, a reflexão em novas perspectivas do trabalho em saúde surge atrelada a um projeto político de SUS universal e de uma sociedade mais democrática³⁹.

Assim, por meio do exposto, por mais que a construção do SUS, principalmente por meio da APS, tenha apresentado uma proposta diferenciada de considerar os cuidados primários em saúde a partir de uma discussão centrada no usuário, percebem-se as relações de poder ainda em disputa, visto que há uma disputa do próprio projeto de política pública entre o universal e o seletivo.

Elias e Dourado (2011, p. 123) apontam que a consolidação do SUS se depara principalmente com os seguintes desafios:

- a) a compatibilização entre a política econômica e as políticas sociais;
- b) superação da orientação de responsabilizar as políticas sociais no ajuste dos gastos públicos;
- c) apresentar o gasto social com componente promotor de desenvolvimento;
- d) equalização do *mix* público privado do sistema em benefício do segmento público;
- e)

³⁹ Faz-se necessário sinalizar que essa necessidade transpõe para o campo prático, a partir do momento em que as ações de educação em saúde, no âmbito da Atenção Básica, são destacadas na PNAB de 2011, em decorrência da proximidade do serviço com o território vivido pela população; apresentando-se também como uma atribuição comum de todos os profissionais do referido serviço de saúde (BRASIL, 2017a).

incrementar a integração do SUS com políticas públicas de crescimento e desenvolvimento.

Após 1990, de acordo com as autoras Behring e Boschetti (2011), o Estado brasileiro vivenciou uma contrarreforma, a denominada Reforma do Estado comandada por Bresser Pereira, marcada por retrocessos nos avanços da Constituição de 1988. Nesse período, foi observado “um processo de privatização passiva” (MACIEL, 2017, p. 4) na proposta de saúde pública e universal com o projeto do SUS. Além disso, “[...] é preciso ter consciência [de] que a Reforma do Estado não pode ser reduzida a reformas administrativas, mas sim é preciso olhar para ‘fora do estado’, para a relação entre o Estado e a sociedade, para a prática política” (MACIEL, 2017, p. 5).

De acordo com Maciel (2017), a saúde tem sido um setor utilizado pelo mercado financeiro enquanto fonte de lucratividade capitalista e investimento, na medida em que se precariza a política pública da saúde num processo de mercantilização da própria vida. “Desse modo, configura-se um duplo movimento pendular e contraditório entre as forças em torno da área da saúde, ou seja, o alcance de uma política universal e a contenção de gastos públicos com a saúde” (MACIEL, 2017, p. 7), assim, fica presente uma disputa de forças entre o Projeto da Reforma Sanitária e o Projeto Privatista. Ainda, foi-se construindo uma nova visão de atenção à saúde, que engloba outras questões, entretanto, no seu limite, esbarra no aspecto financeiro.

A partir da contenção de gastos públicos na saúde, tanto no âmbito de recursos financeiros quanto no de recursos humanos, a promoção do acesso universal vai sendo ameaçada, assim como as condições de trabalho dos profissionais de saúde. Com isso, considerando que a promoção e prevenção da saúde ocorrem no cotidiano da prática profissional, principalmente a partir de ações diretas com o território, a privatização da política de saúde, por meio do subfinanciamento do setor público e de altos investimentos no setor complementar privado, interfere e abala a própria produção do cuidado no trabalho em saúde.

Conforme apontado por Giovanella, Franco e Almeida (2020, p.1479), o atual governo de Jair Bolsonaro (2019 até atualmente) apresenta uma agenda expressando o que os autores chamam de “processo de ‘neoseletividade’”, no qual reduz a intervenção estatal, focando em oferta de ações em saúde apenas para a classe social mais pobre do país. Os autores afirmam que “o conjunto de reformas das

políticas sociais, incluindo-se as do setor saúde, empreendidas de forma voraz e açodada pelo governo Bolsonaro acentua e cristaliza iniquidades, e fortalece a mercantilização também na prestação de serviços de APS” (GIOVANELLA, FRANCO, ALMEIRA, 2020, p.1479).

Por meio da Portaria nº 2.979 de 2019, o governo de Bolsonaro instituiu o Programa Previne Brasil, redefinindo novo modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde, impactando também no Nasf-AB. Juntamente com a Nota Técnica nº 3 de 2020, o repasse dos recursos federais para os municípios referentes a Atenção Básica do SUS foi alterado, sendo que não será mais realizado pelo número de equipes de Saúde da Família e de Nasf-AB implantadas. Assim, o repasse será por meio do número de pessoas cadastradas em cada eSF e por meio do desempenho das respectivas equipes, flexibilizando a existência das equipes Nasf-AB, uma vez que estas não são mais requisitos obrigatórios para o repasse de recursos (BRASIL, 2019).

Assim, levando em conta que essa produção do cuidado ocorre coletivamente na vida cotidiana e conforme Franco e Merhy (2012, p. 1), fica perceptível que

os trabalhadores de uma mesma equipe de ESF agem de modo singular, na produção do cuidado, isto é, de forma diferente entre eles, mesmo que estejam sob a mesma diretriz normativa. Isso revelou que o processo de trabalho não segue um padrão, pois as práticas de cuidado se dão pela singularidade de cada um.

Portanto, há diferentes formas de produzir cuidados e práticas em saúde, e essas diferenças ilustram diversos modos de vida, visões de mundo e a própria realidade social que os sujeitos em questão vivenciam. Assim, tomando os espaços de educação em saúde como possibilidade potencializadora de produção do cuidado, o presente trabalho desenvolveu uma oficina de educação em saúde com mulheres, haitianas e brasileiras, com o intuito de refletir a produção do cuidado e permitir trocas entre estes dois grupos de mulheres. Ao se questionar as necessidades para que uma mulher tenha uma boa saúde, ficou perceptível diversos elementos que se assemelham em razão do contexto patriarcal em que os dois grupos de mulheres vivenciam, como questões vinculadas à higiene pessoal, como banho, higiene bucal e limpeza das vestimentas; e à alimentação: “pouco sal, pouco óleo, comida boa, higiene dos alimentos, beber bastante água”.

Contudo, também foi notório que há diferentes práticas em saúde por

conta do próprio corte geracional entre os dois grupos, bem como diferentes raças, diferentes ocupações laborais e as trajetórias de vida que são caracterizadas por diferentes nacionalidades e culturas. As seis brasileiras, de cor branca, aposentadas e com uma média de idade de 60 anos, mencionaram a realização de atividade física, como a participação no grupo de caminhada da UBS⁴⁰; a prevenção de problemas de saúde por meio de “*exames preventivos, sexo seguro e o auto-exame*”; e as “*consultas no posto de saúde*” como importantes elementos para a promoção da sua saúde. Já as haitianas, de cor preta, trabalhadoras - empregadas domésticas ou funcionárias dos frigoríficos de abate de frango - e com a média de idade de 35 anos, sinalizaram o cuidado com a saúde mental, a exemplo de “*pensar em coisas boas*”; além do uso de chás e ervas medicinais.

Com isso, mediante as diferenças e semelhanças entre essas realidades e as estratégias para produzir cuidado na vida cotidiana, se faz imprescindível o aprofundamento nas práticas de saúde dos haitianos, visto que diz respeito a um saber pouco explorado na produção do conhecimento científico brasileiro⁴¹ e no próprio cotidiano de trabalho na política pública de saúde, no intuito de compreender a vida dos haitianos no Brasil.

2.2 CUIDADOS PRIMÁRIOS EM SAÚDE NO HAITI: UM DESTAQUE PARA OS SABERES POPULARES

O processo de saúde, enfermidade e atenção no Haiti não é marcado por um modelo etiológico e terapêutico único e consensual entre os cidadãos deste país. Devido a sua diversidade religiosa, cultural e social decorrente de sua formação sócio-histórica, o Haiti apresenta diversas formas de compreensão da doença, da saúde e do processo de atenção à saúde.

⁴⁰ No momento em que uma brasileira mencionou o Grupo de Caminhada desenvolvido pelo educador físico na UBS enquanto importante para ter uma boa saúde, as haitianas estranham e afirmaram que desconheciam a existência deste grupo. As brasileiras presentes que frequentam este grupo explicaram seu funcionamento e realizaram o convite para o próximo encontro.

⁴¹ Em pesquisa de revisão bibliográfica no indexador de periódicos *Scielo* acerca dos artigos científicos com as palavras-chave “saúde” e “Haiti”, abrangendo o período de 2010 a 2018, surgiram apenas 20 artigos, sendo que 13 no idioma português, 5 em inglês, 1 em espanhol e 1 em francês. Ainda, nessa revisão bibliográfica, foram detectados os seguintes blocos temáticos das referidas produções: cooperação internacional e acordos humanitários (9), acesso à saúde no Haiti (03), acesso dos haitianos à saúde no Brasil (03), aspectos da América Latina (03), desastres naturais (02). Com isto, fica perceptível a baixa produção de artigos científicos no âmbito dos saberes e práticas em saúde no lócus da vida dos haitianos.

Partindo-se do pressuposto de que não há uma única maneira de se entender o processo de adoecimento, as pessoas acabam tendo que eleger entre os diversos sistemas de cura por onde começar a sua busca, e esta escolha fala muito das questões práticas e de como a doença é percebida no grupo social (GIODA, 2017, p. 28).

Nesse sentido, este tópico tem como foco principal a exposição das condições do sistema médico público do Haiti e a própria compreensão de doença e saúde, apresentando a prevalência dos saberes populares nas trajetórias terapêuticas do povo haitiano frente aos cuidados primários em saúde. É nítido que por mais que não haja uma interpretação única do processo saúde-doença entre os haitianos, em poucos casos há uma separação cartesiana entre corpo e espírito (GIODA, 2017).

Conforme esta autora, “[...] em linhas gerais, o conceito tradicional de saúde no Haiti está relacionado ao equilíbrio entre os fatores físico, emocional, social e espiritual” (GIODA, 2017, p. 55). Baseando-se em Colin (2013), Gioda (2017) descreve que, para ter uma “boa saúde”, é importante possuir alguns requisitos de cada um dos âmbitos acima mencionados, tais como: dieta apropriada, exercícios físicos e descanso; cultivar apenas sentimentos causadores de bem-estar; preservação de relações saudáveis com familiares e amigos e zelo por uma boa convivência com o mundo espiritual. Assim, nota-se que a compreensão de saúde não se resume ao “não estar doente”, mas a uma junção de fatores do âmbito individual e relacional com a sociedade. Portanto, o conceito de saúde no Haiti tradicionalmente transcende o conceito de ausência de doença, convergindo para a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), visto que vai além das condições biológicas e físicas.

Contudo, o que pode ser confirmado com os relatos dos sujeitos informantes acerca de sua saúde é que há diferentes compreensões de saúde. Herold e Emitha vinculam seu estado saudável com o fato de nunca terem sido internados, ou seja, à permanência em uma equipamento de saúde de alta complexidade; enquanto que Marcelin vincula a ausência de doença à baixa frequência em consultas médicas; Yolene vincula sua saúde estritamente à ingestão de frutas e alimentos saudáveis, que contribuem para o não adoecimento.

Christa, ao referir que não se considerava uma pessoa saudável, explicou: *“Perdi minha cultura. Aí eu fico tomando remédio demais, minha casa tá cheia de remédio. Lá no Haiti, para tomar remédio, você tem que estar doente de verdade. Sério. Pergunto para o médico... esse remédio é morte, gente. Eu não*

acredito nele".

Assim, é visível que as duas imigrantes, Christa e Yolene, apresentam compreensões de saúde que ultrapassam a ausência de doença, demonstrando vinculações com os determinantes sociais da saúde. Em concordância com a concepção de saúde da OMS, a compreensão de saúde expressa pelo Ministério de Saúde Pública e População no Plano Diretor da Saúde 2012 - 2022 do governo haitiano é a seguinte: "É o resultado de um estado de equilíbrio entre várias forças determinadas pelo ambiente natural e social e pela intervenção da sociedade e das autoridades públicas através da organização do sistema de saúde (HAITI, 2013, p. 11, tradução nossa). Nessa direção, percebe-se que não é consensual, porém há a presença de uma compreensão ampliada de saúde por parte de alguns sujeitos deste processo.

Carvalho e Buss (2008) afirmam que nem sempre há uma vinculação do processo saúde-doença com os processos sociais envolvidos, mesmo a saúde sendo prioridade na agenda pública global. Segundo estes autores, há três modelos de causalidade e intervenção: história natural da doença, social estruturalista e o campo da saúde. Assim, em concordância com o último modelo, para se planejar uma política de saúde, com base na reforma do sistema de saúde canadense dos anos 1970, são necessários três conceitos básicos:

a compreensão de que a saúde resulta de um processo de interação contínua entre o indivíduo e o ambiente físico e social em que vive; o entendimento de que boas condições de saúde consistem em uma responsabilidade compartilhada por todos, indivíduos e poder público; e de que a saúde é um investimento para a sociedade como um todo, e que a diminuição das desigualdades em saúde no país resulta não apenas na efetivação de um compromisso ético, mas também em elemento de desenvolvimento e progresso para toda a nação (CARVALHO; BUSS, 2008, p. 153).

Portanto, para a gestão da política de saúde, o governo haitiano considera como determinantes de saúde, fatores biológicos, ambientais, sociais, econômicos, antropológicos/culturais e organizativos do próprio sistema de saúde (HAITI, 2013). De maneira genérica, o governo haitiano menciona alguns determinantes como: a insegurança alimentar crônica; doenças parasitárias e infecciosas, com o agravamento desde a epidemia de cólera de 2010; a urbanização descontrolada; ausência total de saneamento básico nas cidades. Em relação aos determinantes sociais de saúde, compreendem o acesso aos serviços sociais de saúde, educação, saneamento e água potável.

A partir de documentos oficiais do Ministério da Saúde Pública e População (HAITI, 1987; 2003; 2013; 2018), fica notório que a promoção da saúde foi inserida na agenda pública na última década. Assim, apenas no Plano Diretor de Saúde (2012 - 2022) é que a promoção da saúde aparece enquanto prioridade, sendo estruturada por três grupos: governo, meios de comunicação e população em geral. A efetividade destas ações no sistema de saúde foi pensada atrelada à participação da comunidade, da comunicação e educação em saúde nesta política de saúde (HAITI, 2013).

A promoção da saúde através dos diferentes eixos de desenvolvimento de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes saudáveis, fortalecimento da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades individuais e reorientação dos serviços de saúde fornecem uma estrutura para melhorar a qualidade de vida da população (HAITI, 2013, p. 129, tradução nossa).

De fato, a Constituição do Haiti de 1987, não garante a promoção da saúde, como é visto no artigo 23: “O Estado é obrigado a fornecer a todos os cidadãos de todas as autoridades locais os meios adequados para garantir a proteção, manutenção e restauração de sua saúde através da criação de hospitais, centros de saúde e dispensários” (HAITI, 1987, p. 6, tradução nossa). Assim, através de estratégias que se articulam com os determinantes sociais da saúde, o governo haitiano busca melhorar suas intervenções no processo saúde-doença, em medida que possibilite maior autonomia para os usuários em suas práticas de saúde. Porém, a partir da coleta de dados, foi possível também identificar as formas de cuidados em saúde dos haitianos. Práticas de saúde no âmbito popular se prevalecem, na medida em que os sujeitos mencionam o uso de chás e ervas medicinais, possuindo a maioria dos haitianos uma horta com plantas medicinais em sua casa, pois privilegiam o remédio natural⁴², o que se comprova na seguinte fala: “*nosso corpo não gosta de droga*”⁴³. Questões vinculadas ao uso de alimentação orgânica, higiene, relação com o próprio corpo são apresentadas como cuidados primários em saúde. A produção do cuidado e da saúde, porém, é vivenciada principalmente no cotidiano de cada sujeito, ficando totalmente condicionada às condições de trabalho a que são submetidos,

⁴² É importante mencionar neste momento que de acordo com Haiti (2013), aproximadamente 60% de sua população vivia na área rural, sendo apenas 40% em área urbana. Por mais que o país esteja passando por um processo de urbanização acelerada, sua população ainda permanece com uma relação muito estreita com a área rural e os recursos proporcionados por este meio, como os “remédios naturais”.

⁴³ Christa, ao dizer “*droga*”, está se referindo a medicamentos.

tema que será aprofundado posteriormente.

Além desta determinação alimentar, as condições de saúde implicam em outros elementos, como o trabalho. Para um dos informantes, haitiano, que usou a expressão “*só trabalho*”, sua jornada de trabalho impacta até na sua convivência familiar. Segundo Herold, a esposa trabalha oito horas por dia, no período matutino e vespertino, e a carga horária de trabalho do sujeito em questão é de dez horas diárias no período da tarde e noite. Assim, o imigrante, que praticava atividades físicas, como futebol e natação diariamente no Haiti, relata: “*Eu consigo com a ajuda de Deus de ser saudável né?*”, porque não tem condições objetivas de cuidar de sua saúde.

Como ressaltam Langdon e Wiik (2010), “o sistema de atenção à saúde é tanto um sistema cultural quanto um sistema social de saúde”, visto que é uma associação de terapias tanto da medicina tradicional quanto da biomedicina contemporânea, organizando-se em três grupos principais de saberes sendo eles: i) saberes e formas de atenção biomédicas: médicos, enfermeiras, técnicas de enfermagem, técnicos em fisioterapia, fisioterapeutas, laboratoristas, nutricionistas, atendentes de farmácia e vendedores ambulantes de remédios; ii) saberes e formas de atenção tradicional: *mèdsyn fèy* (MF) e *matròn*; iii) saberes e formas de atenção espirituais: sacerdotes *vodou* (SV), padres e pastores. Assim, a seguir serão explorados estes grupos de saberes e percursos terapêuticos, a fim de compreender os processos de saúde-doença que os imigrantes carregam até o Brasil, em diálogo com a literatura.

2.2.1 Terapeutas tradicionais

Os tratamentos tradicionais dos haitianos se originam no início do século XVI durante o regime escravista com a intenção de curar as enfermidades dos escravos e garantir a sobrevivência destes. Quanto a terapeutas tradicionais, Giorda (2017) aponta o *mèdsyn fèy* e a *matròn*, cuja concepção dominante da causa das doenças se aproxima do modelo etiológico relacional, demarcado por Laplantine, segundo o qual, “[...] a doença não é mais considerada como uma entidade inimiga e estranha (germe, vírus, micróbio, possessão demoníaca, penetração de uma substância enfeitiçante no corpo), mas como um desarranjo, por excesso ou por falta” (LAPLANTINE, 2004, p. 55).

A transmissão dos saberes tradicionais se dá por meio do

compartilhamento cultural entre as gerações, preferencialmente por meio da comunicação oral. Segundo Christa, esses saberes são transferidos de pais para os filhos, prática necessária entre os haitianos, já que “*a gente tem que saber um pouco de pronto socorro*”. A imigrante refere que, pelas dificuldades em acessar o sistema médico de saúde e diante da própria barreira geográfica mencionada, desde sua infância, seus pais a ensinaram a lidar com acidentes domésticos e automobilísticos, por exemplo. Conforme o Boletim de la Oficina Sanitaria Panamericana (1984, p. 368), “[...] quase todos os habitantes do Haiti têm algum conhecimento sobre remédios mágicos que eles usam de tempos em tempos”.

Conhecido como médico das folhas, o *mèdsyn fèy* é um profissional que aderiu a tais práticas através de um sonho e que utiliza de orações durante o próprio atendimento para dar eficácia a seu tratamento. Os saberes reconhecidos como necessários para esses terapeutas tradicionais são o conhecimento dos remédios de plantas, ervas, cascas e raízes locais, juntamente com a capacidade de extrair revelações dos sonhos e de realizar orações. Essa combinação de saberes também reflete uma combinação de modelos etiológicos e terapêuticos. Ainda que o MF use frequentemente tratamentos baseados no princípio homeopático⁴⁴, este também utiliza conhecimentos biomédicos e alopáticos para suas práticas terapêuticas. Considera-se que “se uma boa parte da farmacopeia popular advém da alopatia, certamente são nossas terapias modernas, e em particular nossa quimioterapia, as que vão ainda mais longe nesse procedimento” (LAPLANTINE, 2004, p. 161).

O assessoramento dos espíritos aparece como fundamental em todo processo de cura, porém nesta e em outros discursos reforça-se também a importância da experiência prática do profissional na avaliação das queixas, dos sinais e sintomas do paciente como dados imprescindíveis na identificação da etiologia e prescrição do tratamento (GIODA, 2017, p. 67).

Nesse sentido, é importante destacar que esta terapia tradicional apresenta uma combinação de saberes, visto que o *mèdsyn fèy*, ao mesmo tempo em que está vinculado a um universo místico de tipo religioso, apropria-se também da alopatia dos medicamentos laboratoriais, princípio dominante da biomedicina e sua

⁴⁴ De acordo com Laplantine (2004, p. 161), “toda ação médica, seja ela compreendida no sentido amplo que é o das medicinas tradicionais ou no sentido restrito de nossa (bio) medicina, se esforça sempre por estabelecer uma ligação entre um complexo patológico (o doente ou o órgão doente) e um complexo terapêutico (o tratamento adequado que deve ser prescrito).

lógica. Segundo Christa, sujeita desta pesquisa, a detenção dos saberes do médico tradicional⁴⁵ se torna possível por meio de duas possibilidades, sendo elas: “*dom de Deus... haitiano que nasceu assim mesmo*” ou por meio de um curso de graduação de Medicina Natural, onde ocorre o aprofundamento nos estudos das árvores e plantas medicinais.

Essa haitiana informa que uma consulta com o médico natural, formado em uma universidade, gira em torno de 30 mil *gourdes*⁴⁶, referindo-se a uma grande quantia de dinheiro. Ela relata que, ao cursar medicina natural, a classe social do sujeito ascende, e “*mesmo que você é pobre, uma vez que você estuda medicina natural, você vai ficar rico*”.

Por mais que a medicina tradicional esteja presente na vida dos haitianos de forma genérica, ela ainda não tem o reconhecimento oficial junto ao Ministério de Saúde Pública e População. Contudo, são visíveis as investidas por parte do governo para que ocorra uma aproximação entre a medicina tradicional e o sistema médico convencional. Como exemplo, em 2017, ocorreu a 1ª Conferência de Medicina Natural no Haiti, estando presentes representantes do poder público, da universidade, da medicina tradicional, da OMS, além da população em geral. Esse momento teve como objetivo “harmonizar a medicina científica e a medicina tradicional, para que a população tenha acesso a uma cobertura mais ampla da assistência médica” (HAITI, 2017, p. 1, tradução nossa). Na ocasião, a presente Ministra da Saúde Dra. Roy em seu discurso reconheceu a importância da medicina tradicional no percurso terapêutico, “[...] vários estudos realizados no passado revelam que a medicina tradicional é o primeiro recurso da população a um fenômeno mórbido” (HAITI, 2017, p. 1).

Ainda se tratando de terapias tradicionais, a autora Gioda (2017) apresenta um segundo grupo, o encarnado pela figura da *matròn*, constituído pelas parteiras, as primeiras profissionais tradicionais a serem reconhecidas pelo sistema

⁴⁵ Segundo o Boletim de la Oficina Sanitaria Panamericana de 1984, “a medicina tradicional é um conjunto de tradições sobre a arte de curar que é transmitido de uma geração para a outra”, e origina-se da junção de saberes dos indígenas com os conhecimentos dos escravos negros: “os indígenas do Haiti conheciam bem a medicina tradicional, porém os remédios que utilizavam foram misturados com os trazidos pelos escravos negros africanos” (BOLETIN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA, 1984, p. 368). Conforme essa fonte, durante 1984, em determinadas regiões, havia um médico por 15 mil habitantes, além de 250 curandeiros profissionais para cada 15 mil habitantes.

⁴⁶ 1 Gourde haitiano equivale igualmente a 0,041 real brasileiro (EXCHANGE-RATES, 2019). Assim, 30 mil gourdes equivalem a R\$1.244,13.

de saúde como terapeutas. Conforme afirmado por Freeman (1998 *apud* GIODA, 2017, p. 69 - 70), as parteiras possuem diversos objetivos além da assistência direta ao parto. São também suas funções a administração de chás medicinais ao recém-nascido, os banhos terapêuticos e as orientações de cuidados pós-parto à mãe. Além dessa assistência, as parteiras possuem uma prática voltada também para a prevenção de doenças e proteção de bruxarias, desenvolvida através de rituais e confecção de amuletos de proteção. Analisando as concepções das causas das doenças deste grupo por meio das categorias de Laplantine, podem-se reconhecer, em sua atuação, os modelos etiológicos relacional, já mencionado, e o exógeno, segundo o qual a doença se dá “[...] devido à ação de um elemento estranho (real ou simbólico) ao doente que, a partir do exterior, vem se abater sobre esse último” (LAPLANTINE, 2004, p. 67). Com efeito, as parteiras realizam diversas ações terapêuticas para proteger a gestante e seus filhos de elementos externos, como as doenças sobrenaturais, enviadas por outras pessoas, que será discutido a seguir.

2.2.2 Terapeutas espirituais

Um exemplo de terapeutas espirituais são os Sacerdotes *Vodou* (SV), que também atuam como terapeutas no processo saúde-doença. Segundo Gioda (2017, p. 79), a adesão a essa profissão pode ser influenciada por fatores hereditários, visto que não se pode gerar concorrência profissional entre os próprios familiares; mas, além disto, pode ser influenciada por fatores de ordem econômica. Essa profissão se aproxima a uma ideia de vocação, apresentando também uma certa semelhança com as religiões protestantes. Referente aos saberes necessários ao ofício de sacerdote, Gioda (2017)⁴⁷ descreve que se deparou com divergências entre a literatura e sua realidade da pesquisa de campo. Com efeito, diversos pesquisadores informam rituais de preparação para a prática do sacerdócio, enquanto os sujeitos informantes de Gioda (2017) lhe disseram que treinamentos são “coisa de charlatão” e que a preparação para o ofício de sacerdote se dá apenas por meio de sonhos.

O *vodou* haitiano⁴⁸ trabalha com outras questões além das

⁴⁷ A autora explica que essas divergências entre a literatura e a sua pesquisa de campo podem ser justificadas pelo fato de que o *vodou* é segmentado em três setores, sendo o mais conhecido o *vodou* Ortodoxo, presente na sua pesquisa de doutorado, além do *vodou* Rito Kongo e *vodou* Makaya.

⁴⁸ O *vodou* haitiano surge no contexto de escravidão na colônia de São Domingos. “Foi para os escravos, uma volta imaginária à África dos ancestrais. Eles acharam no vodu o fator unificador, capaz

enfermidades, sendo possíveis diversas revelações e iniciativas particulares até mesmo relacionadas com a questão migratória, como se pode observar no relato a seguir:

Familiares com frequência buscam a resolução de problemas ou enfermidades que afligem algum parente residente em outra cidade ou país, ou ainda, buscam através da intervenção dos espíritos, que seus parentes emigrados enviem somas em dinheiro para a família (GIODA, 2017, p. 97).

Mesmo que essa terapia espiritual apresente semelhanças com o próprio processo de hospitalização e da farmácia, em diversos momentos, ela mostra que a biomedicina não é a única alternativa de cura. Ainda que toda a terapia *vodou* seja possível por meio da intervenção de espíritos e de forças sobrenaturais, estes podem ser tanto bons quanto maus. Embora haja o reconhecimento de um Deus supremo, o todo saber só se obtém pela experiência de conhecimento acumulada por esses espíritos.

Apesar de poder identificar no *vodou* haitiano diversos modelos etiológicos e terapêuticos, aqui será vinculado especialmente ao que Laplantine (2004) define de modelo exorcista. Isso ocorre porque a terapia *vodou* lida com a intervenção de espíritos bons e ruins, como doenças, que foram enviadas por alguém.

Outros sujeitos da terapia espiritual haitiana apontados por Gioda (2017) são os pastores e padres católicos enquanto agentes da saúde na comunidade. Nesse caso, o processo saúde-doença é compreendido em um sentido multicausal, fazendo-se necessário compreender a combinação do pluralismo religioso com o pluralismo terapêutico presentes na sociedade haitiana. Os haitianos que buscam nessa terapia espiritual a cura para suas necessidades em saúde acreditam que, por meio de milagres ou de uma intervenção divina, cuidarão de suas doenças. Como apontado anteriormente, há uma semelhança entre os terapeutas do *vodou* e os das igrejas protestantes e católicas; tanto em sua compreensão das doenças, como em seu modo de combatê-las.

Conforme foi exposto no capítulo anterior, o Haiti passou por um processo de colonização francesa que trouxe diversas implicações à constituição do Estado, deixando-o caracterizado pela sua fragilidade. Além disso, a sua formação social, com tentativas de inferiorizar os indígenas e também os escravos negros, ficou

de levá-los a batalhar, apesar das diferenças, por um bem comum que é a liberdade” (JOSEPH, 2014, p. 78). Este movimento resultou na independência do Haiti em 1804.

marcada por uma diversidade cultural, resultando no sincretismo religioso. De acordo com o autor Joseph (2014, p. 74) expõe que “nem sempre as culturas dos povos deste continente foram consideradas, no início da Evangelização”, representadas pelo sincretismo religioso presente no Haiti. Esse fenômeno fica ilustrado nas manifestações entre os ritos católicos e do *Vodou*. De acordo com o autor, apenas em 2003 que o *vodou* foi considerado juridicamente, por meio de decreto presidencial, como uma religião ancestral a partir da consideração de que “[...] é um elemento constitutivo essencial da identidade nacional” (HAITI, 2003, p. 1, tradução nossa). É nesse sentido que se visualiza a inculturação do Evangelho na religiosidade popular (JOSEPH, 2014), interferindo em todos os âmbitos da vida dos haitianos, inclusive nos processos terapêuticos.

Considerando esse segundo grupo de terapeutas espirituais, foi aproximado também do modelo etiológico subtrativo para compreender a doença neste contexto. Nos baseando em Laplantine (2004, p. 98), entende-se que, para os padres católicos e pastores, a doença se apresenta muitas vezes como ausência de Deus, de fé e da prática da religião em si, visto que a doença no modelo subtrativo significa que o doente “sofre de alguma coisa a menos [...] que é preciso que lhe restituam”. Assim, essa diversidade de saberes em saúde também reflete no percurso terapêutico dos sujeitos, sendo necessárias aproximações nesse campo, por meio de consultas a fontes oficiais, produções científicas e informações coletadas na pesquisa de campo.

2.2.3 Trajetórias terapêuticas dos haitianos

A Constituição da República do Haiti de 1987, em seu artigo 19, define: “o Estado tem a obrigação imperativa de garantir o direito à vida, saúde, respeito à pessoa humana, a todos os cidadãos, sem distinção, de acordo com a Declaração Universal dos Direitos Humanos” (HAITI, 1987, p. 5, tradução nossa). Contudo, a literatura e os sujeitos desta pesquisa apresentam a fragilidade do Estado haitiano e a precariedade do próprio sistema de médico de saúde, insatisfação perceptível na fala do imigrante Marcelin (2019): “*não tá bom não né. Demora, não tem médico. Não tem o básico [...] por exemplo, você tem uma mulher que vai ganhar nenê, chegou lá e não tem luz se você quer fazer cesárea. Não tem luz. Tem pessoa que morreu por causa disso*”. Assim, é importante ressaltar que tais condições são

notadas no cotidiano dos serviços de saúde, sendo de ordem física, relativas à oferta de medicamentos, e também devidas ao déficit de recursos humanos. Em relação aos profissionais de saúde, esse sistema é marcado pela atuação de médicos imigrantes de permanência temporária no Haiti e também por médicos haitianos com formação no exterior, sobretudo, na República Dominicana e em Cuba. Os entrevistados chamam a atenção para a alta qualidade dos recursos humanos, demonstrando que se formam em locais que são referência mundial na formação médica, como Cuba, e que apresentam um diferencial na assistência médica, que é o próprio olhar humanitário.

É imprescindível considerar uma questão importante nesse quesito: a cooperação internacional entre países e sua relação com a própria densidade médica nesses países. É possível observar a presença expressiva de médicos cubanos a partir da Brigada Médica Cubana (BMC), que, diferente das ONGs, opera um serviço permanente, de qualidade, resolutivo e sem cobranças de taxas aos usuários (BORDIN; MISOCZKY, 2015).

Além disto, após o terremoto de janeiro de 2010, foi criada a Cooperação Tripartite Brasil-Cuba-Haiti com o objetivo de “apoiar a reconstrução e o fortalecimento do sistema de saúde e vigilância epidemiológica no Haiti”. Por meio de um Comitê Gestor Tripartite, essa é a “[...] maior cooperação internacional desenvolvida pelo Brasil na área da saúde” (BRASIL, 2020, s/p). Estava previsto que até dezembro de 2014, o Brasil iria auxiliar o sistema haitiano por meio de envio de recursos no valor de US\$60 milhões.

Segundo a mostra fotográfica da Cooperação - Brasil (2020), os valores da cooperação em saúde se baseiam na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde de 1978, já exposta anteriormente, por meio da seguinte reflexão:

Todos os países devem cooperar, num espírito de comunidade e serviço, para assegurar os cuidados de saúde primários a todos os povos, uma vez que a consecução da saúde da população de qualquer país interessa e beneficia diretamente todos os outros países (BRASIL, 2020).

Assim, no âmbito deste projeto tripartite, os principais resultados obtidos de 2010 a 2017 foram a doação de 100 mil doses de vacinas contra hepatite B, 150 mil doses de vacina antirrábica, 4 mil vacinas anticólera, mil testes rápidos orais para detecção do vírus HIV, 15 mil doses de vacinas antirrábicas humanas, para apoio

ao combate à raiva, além de 400 toneladas de medicamentos de emergência às vítimas do terremoto de 2010, 20 mil medicamentos para situações de calamidade e 87 reservatórios de água, após a passagem do Furacão Matthew (BRASIL, 2020).

Um fator que merece destaque nessa cooperação é a participação do Governo de Cuba, país que é reconhecido mundialmente como referência no desenvolvimento da medicina, em que o acesso ao ensino superior é universal. Suas escolas médicas têm formação profissional voltada para a área da saúde da família. O país dispõe de uma rede de cooperação humanitária com diversos países, comprometendo-se com a solidariedade internacional (LAMRANI, 2013). Esse direcionamento da formação dos recursos humanos em medicina é acompanhado também pela alta densidade médica para a população. Como pode ser visto no Quadro 1, o índice cubano se ressalta no cenário mundial, incluindo o Brasil e o Haiti.

Quadro 1 – Densidade médica dos países Cuba, Brasil e Haiti

País	Ano	Médicos por mil habitantes
Cuba	2017	8.2
Brasil	2018	2.1
Haiti	2018	0.2

Fonte: WORD BANK, 2019.

Organização: própria autora.

Também nessa questão, há um reconhecimento por parte dos haitianos sujeitos desta pesquisa da importância e da qualidade dos serviços prestados pelos médicos cubanos, como Herold registra “os *médicos de lá estudam lá em Cuba. Tá preparado para tudo*”. Além disto, Christa, ao mencionar o déficit de recursos humanos no Brasil, propõe: “*eu sei que a população é muito grande. Então, solicita médico em outro país. Lá no Haiti, tem bastante. Solicita lá. É mesmo. E não tem hospital para eles, tá na rua. Pega, vai lá contrata. Faz um contrato. Vai lá na Cuba. Também tem bastante*”. Percebe-se que esses sujeitos compreendem o princípio da solidariedade internacional enquanto parte de seu sistema médico.

O documento Demografia Médica no Brasil, coordenado por Scheffer (2018), ressalta a importância da identificação da densidade médica em cada país, porém sem considerá-la apenas como um fato isolado. Por isso, nem a Organização Mundial da Saúde (OMS) nem a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)

indicam uma taxa ideal para os países, visto que

uma taxa nacional não alcança as desigualdades de concentração de profissionais dentro dos países, que costumam ser maiores ou menores de acordo com a extensão do território, as características do sistema de saúde e as desigualdades socioeconômicas regionais (SCHEFFER, 2018, p. 135).

Mesmo diante de sua limitação, a definição desse indicador é uma parte constitutiva da análise do sistema médico de saúde de cada país e de como sua oferta está estruturada.

Ainda sobre a questão dos recursos humanos que exemplifica a alta qualidade da formação profissional, Herold, durante a entrevista, expõe que cerca de cinco imigrantes haitianos de seu conhecimento faleceram após um procedimento cirúrgico no Brasil. Mesmo não tendo informação da causa dos falecimentos, apenas o acontecimento em si já deixou o sujeito apreensivo, como se constata no relato a seguir:

Eu falei com a minha esposa que se eu tiver com um problema de saúde e pedir para mim fazer cirurgia, eu não faço. Eu volto para o Haiti para fazer. Porque lá a gente faz tranquilo, de boa, só paga... Paga caro, mas se faz, é normal. Os médicos de lá estudam lá em Cuba. Tá preparado para tudo. Eu não falo que aqui não tá preparado, mas eu não entendo porque aqui os haitianos só faz cirurgia e morre depois (HEROLD, 2019).

Outra questão importante a ser pensada neste processo é a humanização do atendimento. Christa refere que há um diferencial da humanização dos profissionais de saúde do Haiti e exemplifica a partir da documentação para acessar a assistência médica. A imigrante informa que no Haiti há um documento semelhante ao Cartão SUS, porém não é um critério obrigatório para o atendimento. Primeiramente, prioriza-se a realização da consulta para tratar aquela necessidade de saúde. Christa ainda coloca que, no Brasil, já foi impossibilitada de retirar medicamentos por conta da ausência do Cartão SUS. Para a imigrante, esse fator representa uma forma de “*excessiva burocracia*” do sistema brasileiro e de um atendimento humanizado do sistema haitiano. Contudo, segundo os fluxos de atendimento no Manual de uso do Cartão SUS (BRASIL, 2012), o atendimento ao usuário não pode ser negado pela ausência do documento.

Christa destaca também a conduta dos profissionais nessa situação: “*Fazem visita domiciliar se necessário... O grupo médico vai ver onde mora esse paciente, porque ele sabe o endereço, mas não sabe onde nasceu, se mãe morreu,*

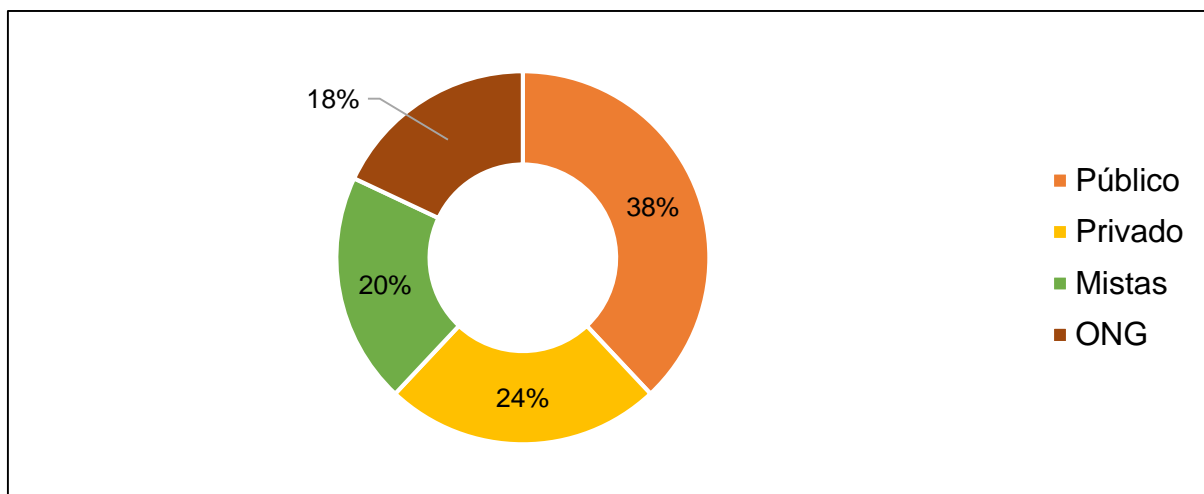
se não tem pai... então ele vai para dar um apoio, uma visita [...] Aí você se sente amigável com o médico, né?'. A importância do instrumento técnico operativo, a visita domiciliar, será trabalhada no Capítulo 2, porém já é perceptível essa estratégia como potencializadora para a aproximação dos sujeitos e profissionais.

Entretanto, conforme Haiti (2018), o principal obstáculo para uma cobertura universal dos serviços de saúde haitianos é o déficit de recursos humanos e financeiros. O próprio governo federal já aponta que uma das soluções seria um financiamento mais efetivo no sistema de saúde. Ainda nesse sentido, a Ministra da Saúde Dr. Marie Gréta Roy Clément em um evento no ano de 2018, fez uma recomendação para os profissionais de saúde:

Quem bate às portas dos serviços de saúde deve encontrar uma resposta favorável. Em um esforço para levar a saúde às comunidades, a Dra. Roy os convida a ir de porta em porta nas casas para aconselhar, educar e entregar mensagens importantes ao público. Essa estratégia tem um impacto no comportamento da população e torna as pessoas mais responsáveis, porque a prevenção é melhor do que remediar (HAITI, 2018, p. 2, tradução nossa).

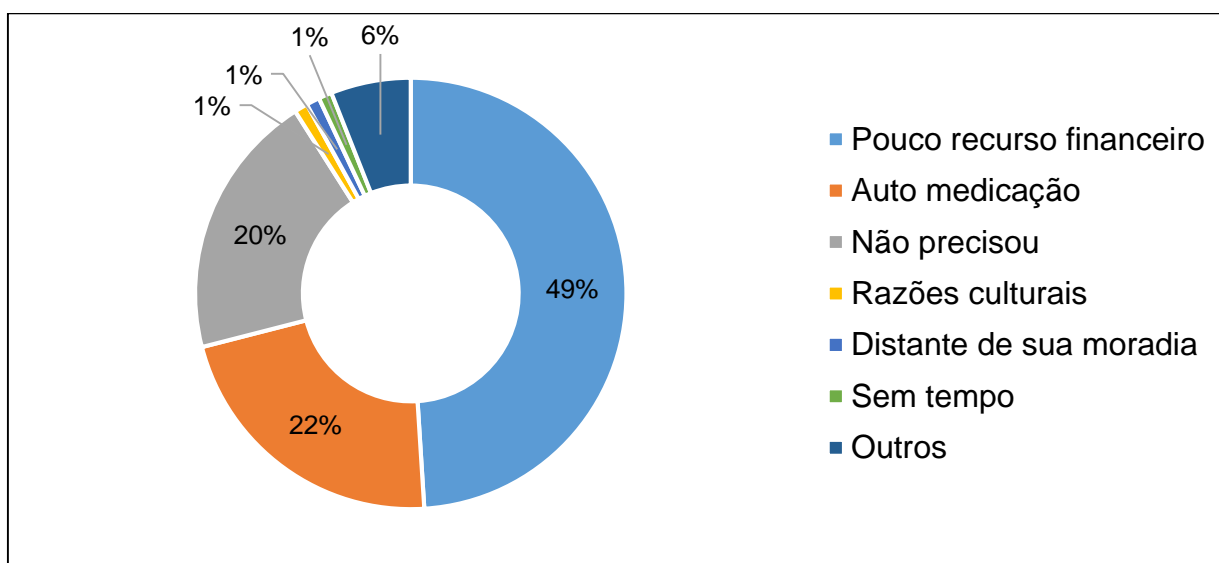
Ainda quanto às soluções para a ampliação da cobertura do sistema de saúde, a implantação das Equipes de Saúde da Família em todas as unidades de saúde, construção de hospitais e a disponibilidade de ambulâncias são mencionadas como estratégias importantes neste processo.

Em vista dessa precariedade na estrutura do sistema médico de saúde haitiano, ocorre a responsabilização da família pelos cuidados do enfermo e da própria manutenção do serviço de saúde em relação à higienização (GIODA, 2017). Segundo o Gráfico 8, percebe-se que o Estado haitiano se mostra tímido em relação às suas investidas em política pública de saúde, assim, a maioria da população haitiana necessita arcar com recursos financeiros para acessar assistência em saúde.

Gráfico 8 – Instituições de saúde segundo sua natureza

Fonte: BANQUE MONDIALE, 2017, p. 32, tradução nossa.

A oferta de serviços públicos de saúde representa apenas 38%. Analisando o Gráfico 9, constata-se que 49% dos sujeitos não acessaram qualquer serviço de saúde devido ao baixo poder econômico, que não é suficiente para acessar o direito à saúde, mesmo sendo previsto na Constituição do Haiti de 1987. Assim, o Estado haitiano frágil, como Vaz (2015) define, possui uma atuação pequena no âmbito do sistema da saúde para uma população empobrecida.

Gráfico 9 – Obstáculos citados no acesso aos serviços de saúde pelos respondentes da pesquisa

Fonte: BANQUE MONDIALE, 2017, p.56, tradução nossa.

Frente a essa deficiência na assistência oferecida pelo sistema biomédico público, os cidadãos haitianos, quando enfrentam alguma enfermidade,

constroem um itinerário terapêutico com base no pluralismo religioso e no próprio pluralismo “médico”, etiológico e terapêutico, a partir de uma mistura de diagnósticos e tratamentos. Conforme a entrevistada Christa, apenas em “*caso perdido que a gente vai no médico*”, e ainda que “*vai orar no hospital, porque sabe que o médico não vai fazer nada de verdade. Porque só com um milagre, porque ele sabe que não tem jeito*”. Além disso, Herold, que residia em uma “*cidade do interior*”, afirma que nunca teve experiências de acessar o sistema público de saúde, visto que os serviços públicos de saúde não são de fácil acesso para quem reside longe das metrópoles e da capital Porto Príncipe.

Como foi citado anteriormente, a maior parte da população haitiana reside na área rural (HAITI, 2013) e, os serviços de saúde médicos atingem apenas cerca de 60% da população, por meio de 637 equipamentos: unidades de saúde, centros de saúde e hospitais. O restante, 40% da população, utiliza exclusivamente práticas tradicionais em saúde. Os autores Bordin e Misoczky (2015), baseados em documentos do MSPP, mencionam que cerca de 20% dos usuários tiveram que caminhar cerca de 5km até o equipamento de saúde em 2007.

Assim, com diversas barreiras para acessar o sistema médico de saúde, segundo a literatura, os haitianos traçam um percurso terapêutico diverso. Inicialmente, os haitianos procuram uma intervenção contra suas enfermidades no âmbito doméstico, principalmente considerando sua proximidade com as práticas das *mèdsyns fèys* enquanto recurso terapêutico. Assim, os conhecimentos do uso das ervas e das folhas se apresentam como um modelo homeopático médico popular que já está intrínseco na realidade do povo haitiano, visto que, segundo a explanação de Gioda (2017, p. 199), na área rural, “todo sujeito é um pouco doutor fèy e além dos saberes passados entre gerações, agregam as orientações especializadas vindas dos próprios profissionais”. Ainda sobre os cuidados em saúde inseridos na vida dos haitianos, Christa reafirma que os haitianos recebem uma formação na infância por meio da convivência familiar de forma que todos saibam os primeiros socorros em caso de acidentes de trânsito.

Nas práticas curativas dos haitianos, também está presente o modelo terapêutico que Laplantine (2004) define como aditivo, visto que eles acreditam que

A atenção ao horário de exposição ao sol, o uso seletivo da água para consumo, o rigor com a higiene corporal, o cuidado na combinação de alimentos foram algumas das ações citadas como preventivas de doenças naturais. A elas se uniram comportamentos que, em sua

análise final, tentam também salvaguardar a saúde do indivíduo, preservando-o de doenças de origem mística (GIODA, 2017, p. 200).

Além disso, considerando que há doenças culturais, também chamadas doenças místicas, eles priorizam a busca pelo *mèdsyn fèy* e do modelo terapêutico homeopático ritual, através do conhecimento das folhas. A homeopatia ritual é “[...] inspirada por um processo rigorosamente idêntico ao precedente, mas que é executado desta feita através de um cerimonial ou de uma gesticulação” (LAPLANTINE, 2004, p. 166). Nesses eventos, a alopatia e homeopatia “[...] se encontram e se opõem ao mesmo tempo” (LAPLANTINE, 2004, p. 167). Sendo doenças de causas sobrenaturais, o povo haitiano também acredita que essas doenças foram mandadas por alguém por ação dos espíritos maus, respondendo a um modelo etiológico maléfico, que terapeutas espirituais, como os sacerdotes *vodou*, sabem como tratar; normalmente, recorrendo a práticas que remetem ao que Laplantine (2004) chama de modelo exorcista: “[...] em que quem cura é um combatente engajado em uma verdadeira guerra contra a doença, que ele procura extrair do corpo ou do espírito de seu cliente e anulá-la” (LAPLANTINE, 2004, p. 187).

Ainda, antes de procurar saberes biomédicos por meio dos serviços de saúde e dos próprios profissionais especializados, os haitianos buscam uma solução nas farmácias alopáticas ou nos vendedores ambulantes de medicamentos, ou seja, aproximam-se do modelo terapêutico que Laplantine (2004) chama de alopático, no âmbito informal.

No entanto, há também o reconhecimento de determinadas doenças naturais que se apresentam fora do controle do indivíduo, conhecidas também como doenças de hospital, visto que determinadas enfermidades são reconhecidas pelo povo haitiano como padecimentos “para o hospital”, a exemplo de febre, dor de cabeça, gripe, dor de barriga e fraturas. Nesse contexto do sistema biomédico de saúde, o único modelo terapêutico de que se aproximam é o alopático formal, por meio de indicação de medicamentos, dirigidos para contrastar enfermidade. Isso ocorre, apesar de Herold afirmar que “*a gente não gosta de injeção, de remédio, a gente não gosta*”.

Uma imagem que auxilia na compreensão dos critérios de circulação dos haitianos por esses diferentes sistemas médicos é a que Christa oferece através do que pode ser chamado de “regra dos três dias”. Durante os três primeiros dias de enfermidade, o haitiano utiliza plantas e chás medicinais para se cuidar. Caso não

tenha resolvido dentro destes três dias, *“é porque aí você tá doente de verdade. E lá, brincadeira não vai no médico”*. Christa aponta que o serviço público brasileiro não compreende todo o caminho terapêutico que o haitiano constrói: *“Isso que o serviço daqui não entende da gente, por isso que tá morrendo bastante haitiano. [...] Haitiano não brinca na doença, quando ele fala pra você ‘estou doente’ é porque acabou os três dias de espera”*.

Mesmo exposta esta combinação de modelos etiológicos e terapêuticos, não há uma universalidade no percurso terapêutico dos sujeitos, que podem juntá-los de diversas formas. Contudo, o que se apresenta como importante é a compreensão de todos os elementos que influem no processo saúde e doença, considerando o âmbito econômico, cultural, social, religioso e a própria organização do sistema de saúde haitiano.

3 CUIDADOS PRIMÁRIOS EM SAÚDE E IMIGRANTES HAITIANOS: DEBATE NECESSÁRIO SOBRE O ACESSO

O debate sobre o acesso dos imigrantes haitianos aos cuidados primários em saúde perpassa diversas questões complexas, para além da oferta de um serviço de saúde e a necessidade em saúde do usuário. Como foi trabalhado nos outros capítulos, os imigrantes haitianos apresentam uma pluralidade de modelos etiológicos e terapêuticos, que interferem diretamente no acesso aos serviços básicos de saúde. A autora Starfield (2002) declara que para medir o potencial da atenção primária, é possível seguir por quatro elementos estruturais, sendo acessibilidade, variedade de serviços, população eletiva e continuidade; e dois elementos processuais, sendo utilização e reconhecimento do problema.

Ainda, é importante reiterar que no Brasil, optou-se por uma proposta de Atenção Primária com foco no caráter universalista, afirmado pela Declaração de Alma-Ata, sendo contrário a um modelo de assistência seletivo à população pobre (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). As necessidades em saúde apresentadas na Atenção Primária são diversas, de estágios e doenças mais diferenciadas, além de que muitas demandas não são relacionadas a sistemas orgânicos específicos, estando vinculadas ao contexto social que o usuário vive.

A atenção primária aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar. Ela integra a atenção quando há mais de um problema de saúde e lida com o contexto no qual a doença existe e influencia a resposta das pessoas a seus problemas de saúde. É a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde (STARFIELD, 2002, p. 28).

De acordo com a autora, a Atenção Primária em Saúde possui como atributos essenciais: atenção ao primeiro contato, integralidade, longitudinalidade e coordenação; e como atributos derivados: orientação familiar e comunitária e a competência cultural. Esse capítulo, baseado nesses eixos estruturantes de modelo assistencial, está construído em quatro tópicos de análise: acessibilidade e utilização do serviço básico de saúde; atendimento integral da população imigrante; território e saúde e, imigração haitiana e sua relação com os determinantes sociais de saúde. No início de cada tópico, serão apresentados relatos do diário de campo da referida investigação que colaborem com o debate necessário acerca de cada eixo analítico.

Será discorrido acerca das vivências na pesquisa empírica, considerando todos os instrumentos de coleta de dados, como: as entrevistas semiestruturadas, os prontuários clínicos, a observação participante na UBS em questão, a oficina de educação em saúde com as mulheres e a observação participante em um culto religioso.

3.1 ACESSIBILIDADE E UTILIZAÇÃO DO SERVIÇO BÁSICO DE SAÚDE

Novembro de 2019. Era a última entrevista que havia planejado realizar durante aquele momento da pesquisa de campo em curso. Ainda não conhecia o sujeito que estava a encontrar, visto que tinha sido indicação do entrevistado anterior. Assim que eu cheguei, Herold se mostrou disposto a colaborar com este estudo, porém um tanto quanto sucinto com suas informações pessoais. Ao questioná-lo sobre o conhecimento e as percepções pessoais que tinha acerca do SUS, ele expôs uma visão diferente da dos demais entrevistados. Herold, com a clareza de que este sistema de saúde se referia a uma política pública de caráter universal, falou sobre o seu descontentamento, pois era um direito dele acessar um serviço de qualidade, visto que “a gente paga, desconta, paga INSS”. Ainda mencionou que, recentemente, comparecera à UBS de referência com sua companheira para solicitar a realização de teste de gravidez, porque ela estava com sua menstruação atrasada há mais de dois meses e o casal desejava uma gestação naquele momento. Herold falou: “eles [os profissionais da UBS] falam que não tem hora, não tem dia para marcar, que tá tudo agendado, que não tem um teste para fazer para ver se ela tá grávida”. Naquele momento da entrevista, o sujeito se exaltou em sua fala e a sua angústia pela dúvida da possível gestação ficou notória. Herold disse que havia comprado um teste de gravidez na farmácia, contudo não tinha orientação de como poderia realizar esse procedimento no âmbito doméstico. Afirmou que não iria retornar à UBS em razão da desassistência vivenciada. Por fim, ele opinou: “eu não posso falar nada. Eu não tô no Haiti. Mas se fosse no Haiti, o povo não ia aceitar qualquer coisa não. Aqui, a gente tá pagando, tá descontando...”.

No cenário descrito, são visíveis diversos elementos que interferem na acessibilidade a um serviço de saúde. Mesmo sendo um sujeito que compreende o SUS enquanto uma política pública por meio do pagamento de impostos, após uma experiência marcada pela falta do Teste Rápido de Gravidez⁴⁹ e pela ausência de

⁴⁹ De acordo com o Guia técnico Teste Rápido de Gravidez na Atenção Básica (BRASIL, 2013, p. 9), há um fluxograma de acolhimento e oferta do Teste Rápido de Gravidez (TRG) no interior das UBS, sendo possível a entrega deste recurso à mulher adulta, jovem, adolescente ou à parceria sexual, além disto, esse procedimento pode ser “realizado dentro ou fora da unidade de saúde, respeitando o direito de autonomia e sigilo”. E, segundo o documento, o “acolhimento deve ser realizado pelo profissional de saúde no sentido de garantir informação qualificada e fortalecer o vínculo com a usuária”, mesmo que não seja desejável aquela gravidez e mesmo que tenha dado negativo o TRG.

acolhimento, esse usuário teve sua relação com o serviço de saúde prejudicada. Ainda, a imigração se apresenta como um agravante na situação vivenciada, visto que o sujeito compreende que sua nacionalidade limita o seu direito, além de afastá-lo do equipamento público.

No intuito de investigar esses elementos experienciados pelos imigrantes, este tópico discute a acessibilidade desses sujeitos aos serviços básicos de saúde, considerando que ela pode ser mediada por diversos âmbitos: geográficos, organizacionais, socioculturais e econômicos (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). Nas palavras de Starfield (2002, p. 225), acessibilidade é o que “possibilita que as pessoas cheguem aos serviços” e acesso seria “a forma como a pessoa experimenta esta característica de seu serviço de saúde”.

A acessibilidade neste tópico será trabalhada a partir de três eixos estruturantes definidos por Starfield (2002), que seriam a atenção no primeiro contato, a longitudinalidade e a coordenação. Parte-se do reconhecimento da Atenção Primária como, preferencialmente, a porta de entrada⁵⁰ para todos os problemas de saúde, visto que diversos estudos já apontaram que os serviços básicos são capazes de resolver cerca de 80% das necessidades em saúde de uma determinada população (OPAS/OMS, 1978; STARFIELD, 2002; CAMPOS *et al.*, 2004).

Compreende-se que atenção ao primeiro contato seria a resolução de uma necessidade em saúde a partir da utilização de serviços de saúde, podendo ser definido como a porta de entrada do serviço ou primeiro recurso a ser buscado. Alguns fatores interferentes nesse momento seriam a distância, o tempo e o custo do deslocamento até o equipamento público, tipo de agendamento e sua morosidade, horário de funcionamento, o conhecimento sobre o próprio corpo e sobre oferta dos serviços de saúde, dificuldades de comunicação com os profissionais de saúde, entre outros. São diversas as questões que oferecem atenção ao primeiro contato para que os usuários em potencial reconheçam este serviço como acessível e se utilizem dele.

Em relação ao horário de funcionamento da UBS referida, que funciona durante 12 horas, apenas um sujeito entrevistado afirmou como “ótimo”, dois imigrantes opinaram como “*bom*” e outro haitiano disse “*ok*”. Apenas um sujeito

⁵⁰ Neste momento, vale registrar que Starfield (2002) aponta que a questão da porta de entrada em cada sistema de saúde é controversa frente aos diversos tipos de organização de atenção à saúde. Assim, fica demonstrado que não há uma relação intrínseca entre a satisfação com o sistema de saúde e o fluxograma do sistema a partir da priorização da atenção primária.

considerou como “*ruim*”, justificando que diversos haitianos trabalham nos frigoríficos em escalas de trabalho incompatíveis com o horário do equipamento de saúde. Em relação à insatisfação de alguns usuários com o horário oferecido pela APS, os autores Rocha, Bocchi e Godoy (2015) apontam diversas pesquisas internacionais que demonstram que flexibilizar o agendamento e possibilitar consultas noturnas durante a semana ou consultas aos sábados não tem resultado significativo no sistema de agendamento, isto é, não aumentando a demanda. Assim, compreende-se que o ideal seria a articulação entre a Saúde do Trabalhador e a APS, a exemplo da possibilidade de realizar consultas médicas nos horários de trabalho como uma das ações de saúde do trabalhador, sem ter que abdicar da convivência comunitária e familiar e os momentos de lazer.

Nesse aspecto, a acessibilidade geográfica ao equipamento de saúde também é um elemento considerado, visto que um dos fatores para que a Atenção Primária seja considerada resolutive é a capilaridade de seus serviços. Os imigrantes reconhecem a proximidade, pois a distância entre a UBS e suas respectivas residências varia de 290 a 900 metros⁵¹, o que lhes permite ir a pé, conforme relato de Christa (2019): “*eu admiro. Eu nunca vi isso na minha vida: um hospital, um posto de saúde, um lugar só para pegar sua pressão estar tão perto de mim. Isso tá resolvido*”.

De acordo com Starfield (2002), um desafio para medir a atenção ao primeiro contato é realizá-la de acordo com a população e não segundo o equipamento de saúde, considerando-se que os não acesso são decorrência das dificuldades. Uma das maneiras de investigar esse aspecto é por meio da frequência registrada nos prontuários clínicos e dos relatos nas entrevistas com os sujeitos. Isso torna possível analisar ao menos aqueles usuários que já acessaram a UBS e têm baixa frequência. Quanto aos sujeitos entrevistados, três comparecem à UBS anualmente uma vez, um frequenta bimestralmente e outro, semestralmente.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2014), a frequência de consultas médicas para cada usuário por ano deve ser de 2 a 3 consultas. Esse indicador deve ser considerado pela equipe de saúde para avaliar sua oferta de atenção à saúde, entretanto, é importante pensar nesse parâmetro como uma

⁵¹ Para esse cálculo, foi utilizado o *Google Maps*.

referência a ser problematizada a partir do contexto social em que o serviço está inserido.

Sugere-se, portanto, que cada município faça uma reflexão sobre quais são as necessidades de saúde de sua população, e da cobertura e produtividade de consulta médica, de enfermagem e odontologia para suprir tais necessidades, adequando o indicador número de consultas por habitante/ano ao contexto regionais e/ou locais de acordo com realidades epidemiológicas e financeira (BRASIL, 2014, s/p).

Quanto a esse ponto, Christa (2019) observou o seguinte: “*não tenho costume em ir com frequência. Segundo, o tempo não me dá, tá? O tempo não me dá trabalhando... e ir no posto de saúde por nada? Eu não gosto de faltar no meu serviço*”. Assim, em mais um momento, fica notória a posição prioritária que o trabalho ocupa na vida desses imigrantes. Posteriormente, essa questão será discutida com mais profundidade, porém já se pode ser afirmar que as condições e a organização de seu trabalho são determinantes na relação do sujeito com o serviço de saúde. Nesse sentido, ao questionar: “*ir no posto de saúde por nada?*”, Christa expressa a sua concepção de saúde a partir de uma visão curativista; por isso, não deveria dedicar um tempo de sua vida à prevenção e à promoção de sua saúde. Ou seja, de fato, os imigrantes apresentam baixa frequência no serviço de saúde.

Uma questão que seria importante analisar nesse processo é se as consultas são resultado de algum encaminhamento de serviços de urgência e emergência ou se foram iniciativa do usuário. Tais informações são escassas nos prontuários médicos, porém, dos 49 documentos consultados, apenas 3 foram resultado de encaminhamento da UPA e 1 enquanto encaminhamento do médico do trabalho.

Mesmo diante o relato da imigrante, nota-se que todos os sujeitos acessaram a UBS por questões de saúde reprodutiva, diretamente por meio de exames preventivos ou indiretamente como acompanhantes de suas esposas que realizaram o pré-natal. Em relação às necessidades em saúde, os sujeitos também mencionaram procedimentos odontológicos e dores musculares vinculadas a movimentos repetitivos no ambiente de trabalho enquanto demandas para o equipamento público. Contudo, mesmo que se apresente uma aproximação desses sujeitos com os serviços, a acessibilidade organizacional é apontada enquanto uma barreira de acesso dos sujeitos, uma vez que todos os usuários criticam a morosidade do agendamento do atendimento necessário.

É nesse sentido que três imigrantes entrevistados referem ter acessado consultas médicas e odontológicas por meio de clínicas médicas populares⁵² ou consultórios particulares. Assim, percebe-se que a acessibilidade organizacional interfere na própria acessibilidade econômica, uma vez que os sujeitos informam que, em alguns momentos, para ter acesso agilizado a consultas, medicação e exames, tiveram gastos financeiros. Ainda nessa direção, todos os imigrantes opinaram que, se tivessem estabilidade econômica, teriam a preferência de obter plano de saúde para sua família, por conta da agilidade do atendimento à sua necessidade em saúde, como é possível visualizar pelo relato de Yolene (2019): *“se eu tenho dinheiro, é para ir pro rapidinho, eu faria um plano de saúde. Para pagar todo mês, então quando a pessoa precisa de uma consulta, meu filho, minha filha também, a pessoa marca rapidinho. A pessoa não precisa esperar”*. Percebe-se que o fator determinante para a preferência pelo o sistema privado é a agilidade, não sendo mencionada a qualidade do serviço. Essa preferência reproduz referências do próprio sistema de saúde haitiano, uma vez que os serviços públicos são insuficientes e o atendimento, no âmbito privado, é mais ágil. Fica nítido que a sucateamento da política pública de saúde também está presente em todos os contextos migratórios e afeta todos os usuários, indistintamente.

Segundo pesquisa do CFM e Datafolha (2018), cerca de 45% dos brasileiros concordam que o SUS possui recursos suficientes para atender bem a todos, porém apenas 13% afirmam que há uma boa gestão do dinheiro destinado ao SUS. A mesma pesquisa afirma que cerca de 73% da população não possui plano de saúde e 27% sim. Afirma, ainda, que cerca de 97% dos sujeitos buscaram o SUS nos últimos dois anos da pesquisa, principalmente para acesso a vacinas (80%) e atendimento nos postos de saúde (78%). Essa pesquisa também aponta a demora para atendimento como o principal motivo para o mau atendimento do SUS (24%), seguido pelo financiamento insuficiente.

Cerca de 39% dos sujeitos estão aguardando para agendamento ou realização de consulta, exames laboratoriais ou procedimentos cirúrgicos pelo SUS. É possível visualizar um aumento desse percentual nas pesquisas dos anos de 2014

⁵² As clínicas médicas populares surgiram em torno de 1996 enquanto um serviço alternativo, concentrado na periferia dos municípios, para a parcela da sociedade que não possui renda suficiente para pagar planos de saúde e está descontente com o sistema público (MELO; MACEDO; GRAÇA FILHO, 2016).

e 2015. Mesmo quem possui plano de saúde está aguardando também algum atendimento público.

Enquanto prioridades das autoridades políticas, os sujeitos da pesquisa acreditam que “Combater a corrupção na saúde” (26%) e “Reduzir o tempo de espera por consultas, exames e cirurgias eletivas e outros procedimentos” (18%) devem ser considerados como necessidades prioritárias para aperfeiçoar o SUS.

É importante sinalizar que a ANS definiu, na Resolução Normativa nº 259 de 2011, as regras de assistência à saúde por meio dos planos privados, assim como transporte, credenciamento dos serviços nos municípios, além do tempo máximo para os usuários terem acesso a agendamentos de consultas e procedimentos clínicos. Portanto, os planos de saúde possuem esse parâmetro que definem a agilidade em sua assistência médica, como pode ser visto a seguir:

Art. 3º A operadora deverá garantir o atendimento integral das coberturas referidas no art. 2º nos seguintes prazos:

I – consulta básica - pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia: em até 7 (sete) dias úteis;

II – consulta nas demais especialidades médicas: em até 14 (quatorze) dias úteis;

III – consulta/sessão com fonoaudiólogo: em até 10 (dez) dias úteis;

IV – consulta/sessão com nutricionista: em até 10 (dez) dias úteis;

V – consulta/sessão com psicólogo: em até 10 (dez) dias úteis;

VI – consulta/sessão com terapeuta ocupacional: em até 10 (dez) dias úteis;

VII – consulta/sessão com fisioterapeuta: em até 10 (dez) dias úteis;

VIII – consulta e procedimentos realizados em consultório/clínica com cirurgião-dentista: em até 7 (sete) dias úteis;

IX – serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial: em até 3 (três) dias úteis;

X – demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial: em até 10 (dez) dias úteis;

XI – procedimentos de alta complexidade - PAC: em até 21 (vinte e um) dias úteis;

XII – atendimento em regime de hospital-dia: em até 10 (dez) dias úteis;

XIII – atendimento em regime de internação eletiva: em até 21 (vinte e um) dias úteis; e

XIV – urgência e emergência: imediato (BRASIL, 2011).

Além disso, durante a observação participante na UBS, uma profissional relatou que o tempo de espera para atendimento aumenta quando há haitianos, em decorrência da comunicação, visto que “*eles não falam direito, daí a consulta demora mais*”. Considerando que a demora no atendimento é uma queixa antiga dos usuários do SUS, vê-se que o profissional culpabiliza o usuário imigrante por um problema estrutural dos serviços, não realizando uma avaliação crítica do

impacto que o desmonte da política pública causa no direito à saúde, assim o que seria uma questão pontual, acabou por ser identificada como central. Dessa forma, afeta todos os usuários indistintamente.

Algo a ser considerado pertinente no processo de estabelecimento da relação com o serviço é a própria referência e a compreensão do que aquele equipamento público representa para o usuário. Na atual pesquisa de campo, cerca de 80% dos sujeitos demonstraram que não compreendem a totalidade e a complexidade do SUS como um sistema integrado de política pública, apenas relaciona o “Cartão SUS” como uma forma burocrática e controladora do acesso, além de imprimir uma visão restrita à gratuidade do serviço. A centralidade no Cartão SUS está vinculada a uma forma de controle de acesso e é reproduzida pelos haitianos da forma que assimilaram dos seus informantes acerca do sistema.

De todos os entrevistados, apenas Herold afirma que foi um brasileiro que explicou o funcionamento do SUS quando estava adoecido. Os outros 4 sujeitos tiveram as informações necessárias acerca do sistema por meio de outros haitianos, que já residiam no Brasil. Assim, percebe-se, pelos relatos desses 4 sujeitos, que há uma reprodução de percepções do sistema de saúde brasileiro, vinculada ao Cartão SUS, a partir dos próprios haitianos, que não são diferentes das apreensões de muitos usuários brasileiros. A questão dos mediadores e informantes entre os serviços e os usuários será problematizada no tópico 4.3, porém já se pode afirmar que as informações sobre o SUS que chegam aos imigrantes não são comunicadas pelos agentes públicos, ou seja, há a reprodução de experiências isoladas, de contextos diferentes, que tendem a repercutir um imaginário social do SUS-problema. É visível uma falta de comunicação dos profissionais da UBS, uma vez que cabe a esses agentes públicos o acolhimento que incorpora a explicação sobre o atendimento e o sistema em si. Ainda, os autores Silva e Raserá (2011) apontam o papel da mídia enquanto formadora de opinião. Por mais que seja importante mencionar os problemas desta política pública em forma de denúncia, isso também contribui para a descrença e o caos no sistema público de saúde.

Segundo os autores, os meios de comunicação apresentam uma “[...] compreensão simplista, descontextualizada e imediatista do Sistema, que não contribui para a participação do usuário, via controle social, nem para a efetivação do Sistema” (SILVA; RASERA, 2011, p. 12). Ainda que se façam importantes os questionamentos e reflexões acerca do SUS, percebe-se que, após sua construção

no Movimento da Reforma Sanitária, não houve um investimento em melhor comunicação e divulgação dos propósitos desse sistema. Assim, a população vê essa política apenas em relação à sua gratuidade, não quanto à prevenção e à promoção, por exemplo.

Na questão da percepção dos imigrantes acerca do sistema, também deve ser considerado que, como foi exposto anteriormente neste trabalho, ao se referir ao Haiti, é necessário entender que se fala de um Estado frágil, que não constrói políticas públicas fortalecidas e efetivas. Assim, esses haitianos chegam ao Brasil com essa referência de sistema de saúde, deparando-se também com o SUS real, que, mesmo tendo sido construído na direção da universalidade do direito, possui diversos problemas em sua operacionalização, permeada por intencionalidades políticas que justificam o sucateamento da política pública.

Contudo, tendo informações por meio de um brasileiro, Herold problematiza essa gratuidade com o pagamento de impostos, como foi mencionado no início deste tópico. Não causa estranhamento que um homem tenha recebido informações de um brasileiro, visto que estudos migratórios já mencionam que majoritariamente, os homens estão na vida pública, em espaços de relevância social, e as mulheres permanecem no âmbito privado, ocupando trabalhos domésticos (DUTRA, 2013).

Uma das formas de medir a atenção ao primeiro contato é por meio de sua extensão, sendo chamada de longitudinalidade (STARFIELD, 2002), ou seja, a continuidade da relação entre os profissionais de saúde e os usuários. Nessa relação, interferem elementos como a comunicação entre esses sujeitos, de forma que todos compreendam a mensagem emitida e a recebida; a relação horizontal e de confiança entre os profissionais e usuários, na medida em que estes se sentem confortáveis para expressar suas vontades e suas preocupações, inclusive de outras esferas de sua vida para além da enfermidade.

Contudo, uma relação de longa duração não é sinônimo de uma relação avaliada positivamente, é necessária uma análise de outros fatores. Além disto, “[...] a continuidade não é necessária para que esta relação exista; as interrupções na continuidade da atenção, por qualquer motivo, necessariamente não interrompem esta relação” (STARFIELD, 2002, p. 247). É preciso considerar o usuário enquanto um sujeito ativo nesse processo, protagonista de sua própria vida.

A partir da longitudinalidade, é possível uma maior precisão de diagnósticos e tratamentos, reconhecimento de determinados tipos de problemas. A autora Starfield (2002, p. 254) aponta que essa relação interpessoal auxilia no processo de adesão, visto que facilita a observância da medicação prescrita, já que “[...] a identificação de uma fonte de longitudinalidade melhora a extensão na qual os pacientes completam o processo de encaminhamento, voltando ao médico que os encaminhou”.

Essa relação entre trabalhadores da saúde e usuários é possível a partir de um cotidiano de trabalho em que haja a produção do cuidado coletivo. Oliveira e Pereira (2013) demonstram que, por meio do acolhimento, pode-se planejar o alcance da longitudinalidade pessoal, desde que se repensem os processos de trabalho. Esse acolhimento está totalmente relacionado à comunicação em saúde, por meio da consideração dos diferentes saberes e práticas em saúde presentes no território de abrangência daquele serviço público.

Contudo, a longitudinalidade não é intrínseca a um período de tempo, porque “[...] é possível, na visão deles, ter uma relação de longa duração baseada num relacionamento ruim e que um bom relacionamento possa se desenvolver até mesmo em um curto período de tempo” (STARFIELD, 2002, p. 267). Há diversos desafios na avaliação da longitudinalidade, sobretudo referente ao usuário imigrante. “A longitudinalidade da atenção não é tão bem alcançada por determinados segmentos da população, especialmente indivíduos de classe social mais baixa e outros grupos relativamente desprovidos” (STARFIELD, 2002, p. 283).

No que se refere ao usuário haitiano, há de se considerar que o seu fluxo migratório neste município investigado se iniciou por volta do ano de 2012 e, até a presente pesquisa de campo, a gestora local se refere a esse grupo como “população itinerante”, porém esta fala também é recorrente em outras pesquisas (BETTIOL LANZA; FAQUIN; RIBEIRO, 2018), justificando a ausência de ações específicas por conta do seu caráter temporário. Juntamente com esse fator, também é visível um acesso expressivo aos serviços de urgência e emergência e, de forma tardia, aos serviços básicos de saúde, em razão da falta de informações dos equipamentos públicos da Atenção Primária. Os profissionais utilizam tais elementos para justificar o acolhimento desses usuários específicos, resultando na inexistência de reconhecimento destes sujeitos por parte de qualquer profissional da UBS.

De acordo os estudos de Pierantoni *et al.* (2015), a rotatividade da população economicamente ativa é um fenômeno presente na realidade brasileira e a categoria médica também segue nessa direção, sendo a maior dinamicidade visível nos municípios com indicadores econômicos baixos. Essa questão apresenta maior percentual nas regiões Sul e Sudeste e a menor média é da região Norte. Para os autores, as razões para essa alta rotatividade são a satisfação com a função exercida, relacionada com as condições e a própria organização do trabalho. Embora seja necessário um aprofundamento desta investigação, em decorrência do contexto em que esse profissional de saúde está inserido, é notória a dificuldade de fixação desses trabalhadores, sobretudo dos médicos no SUS.

Assim, a continuidade da atenção com os mesmos profissionais facilita para o próprio reconhecimento dos problemas. Entretanto, isso nem sempre é possível, o que mostra a importância do registro completo nos prontuários médicos para que o próximo profissional a atender aquele usuário tenha informações referentes ao histórico de saúde, além de um conhecimento prévio de sua trajetória de vida.

É nesse sentido que Starfield (2002, p. 63-64) questiona a sistematização das informações nos prontuários clínicos:

Os prontuários médicos contêm informações pertinentes ao atendimento dos pacientes? Existe aumento do reconhecimento de problemas associado à melhor continuidade? Este reconhecimento aumentado é função de prontuários melhores, da continuidade com um profissional usual, ou de ambos?

Assim, o eixo estrutural de coordenação se baseia na organização de sistemas de informação interligados entre os serviços de saúde, de diferentes níveis de complexidade, demonstrando a atenção compartilhada e o estabelecimento de fluxos de atendimento com toda a rede. Oliveira e Pereira (2013, p. 162) mencionam o “[...] desenvolvimento de protocolos assistenciais e construção das linhas de cuidado”. Isso seria feito por meio de trabalho em rede de saúde, através da articulação de diversos serviços e ações de saúde. Para os autores,

a operacionalização das redes de atenção em saúde dá-se pela interação de três elementos constitutivos: população adstrita a uma determinada região de saúde, estrutura operacional, que inclui pontos de atenção e ligações entre os pontos de atenção e um modelo de atenção à saúde (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013, p. 161).

A partir da consulta aos prontuários clínicos⁵³, foi possível observar a ausência de diversos dados pertinentes para o conhecimento da realidade desses imigrantes, a exemplo da raça. Cerca de 51% dos prontuários não informam qual é a raça dos sujeitos; 40% registra a cor preta; 4% a parda e 4% a branca. Referente à nacionalidade, em 77% está registrado como natural do Haiti, 16% que não foram informados, 4% como “Aiti” e 2% como “estrangeira”.

Contudo, o que mais se destaca é de que, em 77% dos prontuários clínicos consultados, não há qualquer informação acerca da trajetória migratória do usuário. Em 12% dos registros, a única anotação sobre a particularidade desse sujeito é a falta do domínio da língua portuguesa, sendo apresentada enquanto uma barreira comunicacional. Em 6% dos prontuários há referência a crianças e relatam que seus pais biológicos faleceram no terremoto de 2010, fazendo com que não haja conhecimento de seu histórico familiar. Por fim, em apenas 4% há a informação sobre a data de ingresso no Brasil.

Para Starfield (2002), “[...] todos os profissionais de saúde devem manter registros completos e precisos e serem responsáveis pelo conteúdo por eles gerado. A atenção primária é especial apenas pela responsabilidade de conhecer os elementos essenciais dos registros gerados em outros níveis de atenção” (STARFIELD, 2002, p. 65). Segundo a autora, os sistemas de prontuário médico são utilizados e projetados para facilitar, representando, principalmente, o meio burocrático da política social.

Compreende-se que não é em todos os momentos que os profissionais da atenção primária e da especializada irão entrar em consenso com as ações adequadas a um usuário em específico, visto que cada trabalhador apresenta uma assistência em saúde focalizada em seu objetivo. Por isso, ante da rotatividade médica e as diversas possibilidades de condutas profissionais, reitera-se a necessidade de uma sistematização completa e comprometida com a realidade social do usuário nos prontuários clínicos. Além disso, vê-se a importância de que o usuário, durante este processo, seja um sujeito ativo, como foi exposto acima, na medida em que ele, ou seu representante, pode decidir sobre sua vida a partir do conhecimento de todas as alternativas possíveis.

⁵³ O prontuário clínico é estruturado inicialmente com os seguintes dados de identificação do usuário: nome, sexo, estado civil, data de nascimento, naturalidade, nacionalidade, cor e profissão.

De acordo com Starfield (2002, p. 409), “[...] alcançar a coordenação é um desafio para profissionais de atenção primária devido à multiplicidade de tipos de motivos para encaminhamento e das dificuldades técnicas na transferência e reconhecimento de informações geradas em diferentes lugares”. Geralmente, os usuários consultam-se em outros serviços de saúde e com outros profissionais, seja por meio de encaminhamento ou por sua vontade própria e, frequentemente, as informações acerca dos atendimentos não são repassadas.

3.2 OFERTA DE ATENDIMENTO INTEGRAL AOS IMIGRANTES

Fevereiro de 2019. A intenção era realizar a segunda oficina de educação em saúde com as mulheres, haitianas e brasileiras, mas nenhuma usuária compareceu. As ACS não expressavam envolvimento suficiente para que aquela abordagem grupal fosse desenvolvida, visto que se manifestavam com falas do tipo: “essas mulheres não gostam de grupo”, “não dá certo grupo”, “ninguém quer nada com nada”. Ao reunir as ACS e a Coordenadora para avaliarmos os rumos das atividades, uma ACS reagiu: “os haitianos não querem saber qual é o direito deles, eles já são privilegiados demais. Até Bolsa Família, têm alguns que recebem”. Os haitianos relatam que nunca foram convidados a participar de atividades grupais na UBS, com exceção desta tentativa. Os haitianos residem naquele território há cerca de seis anos. Nos prontuários e durante a imersão no serviço de saúde, não foi possível identificar qualquer articulação com a política de Assistência Social para que se pensasse na oferta de ações integradas de proteção social para a população imigrante, considerando a intersetorialidade das demandas dos próprios usuários.

Entende-se que a fragmentação do atendimento ao usuário em determinadas políticas sociais e o isolamento entre estas políticas setoriais impossibilitam o atendimento integral da população imigrante. Considera-se, porém, que esse contexto é produto do sucateamento do Sistema Único de Saúde, o que não é uma notícia recente, visto que, diariamente, estudos científicos e determinações governamentais apontam como o desmonte dessa política pública interfere no cotidiano de trabalho desses profissionais e imprime ações focalizadas na doença e individuais, contra as prerrogativas da Reforma Sanitária. Além disso, o ideário neoliberal demonstrado por meio do financiamento insuficiente da saúde brasileira tem estimulado no servidor público e na própria população a descrença no equipamento público.

Logo, faz-se importante discutir como tem se dado o atendimento da população migrante, considerando o princípio da integralidade. Conforme Oliveira e Pereira (2013, p. 161), o eixo estruturante da integralidade se daria por meio de quatro dimensões, sendo elas: “primazia das ações de promoção e prevenção, atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica, articulação das ações de promoção, proteção e prevenção e abordagem integral do indivíduo e das famílias”. Assim, a integralidade seria a partir da construção das Redes de Atenção à Saúde (RAS), imprimindo a concepção ampliada de saúde por meio da consideração dos determinantes sociais de saúde.

Para Cecílio (2004), a integralidade, a universalidade e a equidade se apresentam enquanto um conceito tríplice interligado que expressa os valores do Movimento da Reforma Sanitária. O autor destaca que pensar nesses princípios é refletir nos aspectos importantes do cotidiano de trabalho, no processo de planejamento e gestão da política e na construção de novos saberes em saúde. Cecílio (2004) menciona duas concepções de integralidade: a integralidade focalizada e a integralidade ampliada, as quais são definidas a partir da perspectiva de trabalho apresentada.

A integralidade focalizada seria a dimensão que pensaria na atenção à saúde a partir do espaço de um serviço de saúde específico, ou seja, como se daria o encontro das necessidades em saúde de um usuário e sua família com a equipe profissional daquele equipamento. A gestão e a organização do trabalho deveriam pensar na produção do cuidado, por meio do acolhimento, estabelecimento de vínculo e responsabilização, no sentido de escutar aquela demanda (MERHY, 1999). Pela compreensão ampla da saúde que a APS apresenta, essa demanda pode ser de forma variada, de maneira que a equipe precise escutar e acolher aquelas informações para planejar o seu fazer estratégico em saúde.

Assim, importante reiterar que esse processo só terá êxito na integralidade focalizada a partir de um trabalho multiprofissional, com todos os profissionais envolvidos nas ações e dinâmica do serviço de saúde.

é necessário ter em conta que a integralidade nunca será plena em qualquer serviço de saúde singular, por melhor que seja a equipe, por melhores que sejam os trabalhadores, por melhor que seja a comunicação entre eles e a coordenação de suas práticas. Em particular, a batalha pela melhoria das condições de vida e o acesso a todas as tecnologias para melhorar e prolongar a vida, por mais competente e comprometida que seja a equipe, jamais poderá ser

plenamente bem sucedida no espaço singular dos serviços (CECÍLIO, 2004, p. 5).

É nesse sentido que o autor apresenta a segunda dimensão da integralidade da atenção, a integralidade ampliada, pensada em um contexto mais “macro”, uma rede de serviços sociais, podendo ser da política de saúde ou não. Tal perspectiva parte da compreensão de que não há um espaço físico para se pensar a ação profissional, mas diversas tecnologias e dinâmicas institucionais a serem consideradas com base na intersectorialidade.

Assim, a intersectorialidade aparece enquanto uma estratégia para se pensar a integralidade na ampliação das ações em saúde, considerando o usuário como um todo. É possível, porém, observar que não há registros nos prontuários médicos consultados pela presente pesquisa, de qualquer encaminhamento para outra política social, ou reuniões de estudo de caso. A atenção ao imigrante se dá de forma fragmentada entre as políticas públicas, na medida em que não há um diálogo para a interação desses sujeitos, além de haver uma ausência de articulação da política migratória, por meio da Lei nº 13.445 de 2017, com as outras políticas sociais. Os profissionais e gestores desconhecem a existência desta legislação citada e de que há recomendações e diretrizes para o atendimento ao imigrante.

Também se faz pertinente registrar, neste momento, que, no desenvolvimento das oficinas de educação em saúde por meio do Projeto de Extensão Migrar com Direitos (2018), a equipe profissional, com o intuito de estabelecer parcerias e aproximações para que fossem possíveis essas atividades, contatou diversos serviços básicos de saúde, além de serviços da política de Assistência Social e organizações da sociedade civil dos territórios com concentração de imigrantes. Contudo, das onze oficinas realizadas com os imigrantes, apenas uma atividade foi realizada no interior de uma UBS; cinco foram desenvolvidas em Cursos de Português; duas em Centros de Referência de Assistência Social (CRAS); duas em comunidades religiosas e uma na Universidade. Isso é apenas um exemplo de como a política de saúde na região de Londrina tem se colocado frente às demandas desses imigrantes, mesmo quando o foco são necessidades em saúde (FAQUIN; BETTIOL LANZA, 2018; SANA *et al.*, 2017; SANA; RODRIGUES; BETTIOL LANZA, 2018).

Com isso,

é necessário pensar o ‘sistema’ de saúde menos como ‘pirâmide’ de serviços racionalmente organizados de forma hierarquizada e mais como uma rede com múltiplas entradas, múltiplos fluxos, para cuja

construção as representações e necessidades individuais são muito importantes (CECÍLIO, 2004, p. 6).

Mesmo considerando fundamental a hierarquização dos serviços no sentido da própria organização da assistência à saúde e seu financiamento, não é possível dedicar a discussão da integralidade apenas a esse quesito, visto que ela vem para que garantir o acesso do usuário a todos os tipos de serviços de saúde conforme os seus problemas e necessidade.

Com base nos prontuários, 16% dos usuários já foram encaminhados para a UPA, destes, 50% tiveram seu deslocamento por meio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), e apenas 2% foram encaminhados para a Santa Casa do município em questão, outros 2% foram para a atendimento fisioterapêutico e apenas 2% foram encaminhados para serviço de saúde mental como o Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil (CAPSi). Ainda nesse sentido, cerca de 40% tiveram suas necessidades em saúde encaminhadas para uma atenção especializada, principalmente oftalmologia, dermatologia, endocrinologia e urologia.

É por meio de um modelo assistencial hierarquizado, descentralizado e fortalecido com referência e contrarreferência que a integralidade pode ser pensada. Todavia, observa-se que não há uma assistência à saúde integrada aos imigrantes, pois os sujeitos relatam falta de informações do próprio funcionamento do sistema de saúde, reproduções de estereótipos e diversos casos de discriminação, como é possível comprovar no diálogo estabelecido com Herold (2019):

Mas na UPA talvez tenha [diferença no atendimento] [...] Quando a gente vai lá, se a gente tem alguma coisa que não vai bem, não é porque a gente fica doente assim... Mas a questão deles é mais atestado né? Acho que eles já colocaram na cabeça que o haitiano vai lá na UPA só por atestado. Mas não é não. Talvez tem algum que só vai lá para pegar atestado, mas não é todos não. Mas o brasileiro também. Não é bem assim né [...] Então, você chega lá e eles têm dificuldade para dar atestado. Mais eles, os médicos mais velhos... Tem um médico mesmo que assim que eu vou na UPA e vejo que é ele que vai atender, eu pego e volto.

Mas por que? Você já teve algum problema com este profissional?

Ele atende mal. Eu chamo ele de racista.

Mas você acha que ele atende mal por vocês serem negros, por serem haitianos?

É, por ser haitiano mesmo. Negro não, porque aqui tem negro também. Mas eu acho que é porque é haitiano. Isso eu... Eu não quero fazer pecado, não vou pecar, mas isso eu tenho certeza.

Mas já aconteceu alguma situação constrangedora? Ele já foi preconceituoso?

É, duas vezes. De eu chegar uma vez e ele pedir para mim sair do serviço, né? Para mim sair do serviço... “o que eu fazia no Haiti?” Que era pra mim sair do serviço para eu voltar para o Haiti e trabalhar lá. Perguntar o que eu fazia lá... Que era para eu sair do serviço. Mas o cara não paga meu salário e vai pedir para eu sair do serviço?

Nesse relato, fica visível uma atitude discriminatória do trabalhador de saúde, em que o próprio haitiano considera um momento muito tênue entre xenofobia e racismo. Dialogando profundamente sobre o racismo institucional presente na política de saúde⁵⁴ posteriormente, percebe-se já a reprodução de mitos e práticas discriminatórias para com esta população, que nesse caso, determina o não acesso à UPA por parte de Herold, quando esse médico estiver em seu horário de trabalho. Assim, o imigrante tem a integralidade do seu atendimento comprometida por um posicionamento inadequado com a lógica do próprio sistema.

Nessa direção, Cecílio (2004) destaca que a integralidade por si só não é suficiente, ela vem atrelada com a equidade para que,

[...] no limite, conseguissem escutar e atender, da maneira mais completa possível as necessidades das pessoas, no sentido de buscar a máxima integralidade (possível) da atenção (integralidade ampliada), a inequidade haveria de ser reconhecida naturalmente, expressa em singulares necessidades de saúde não atendidas (CECÍLIO, 2004, p. 12).

Contudo, no que diz respeito ao atendimento desses imigrantes nos serviços de saúde, é frequente os profissionais e gestores se manifestarem no sentido de atender o imigrante igual ao brasileiro, conforme banco de dados do Grupo Ser Saúde. Até mesmo os sujeitos entrevistados mencionaram que não há diferenciação. Vê-se, porém, que, devido a toda a sua trajetória, o imigrante precisa de um atendimento planejado e voltado para suas demandas.

A integralidade do cuidado depende da redefinição de práticas, de modo a criar vínculo, acolhimento e autonomia, o que valoriza as subjetividades inerentes ao trabalho em saúde e às necessidades singulares dos sujeitos, como pontos de partida para qualquer intervenção, construindo a possibilidade do cuidado centrado no usuário (OLIVEIRA, PEREIRA, 2013, p. 161).

Considerando que a integralidade não focalizada a centralidade do cuidado em saúde na medicalização e no atendimento procedimental, no texto inicial deste tópico é possível notar que os profissionais, sujeitos desta pesquisa, justificaram a ausência de atividades coletivas de prevenção e promoção da saúde por conta das

⁵⁴ Consultar: Almeida (2018); Werneck (2016); Batista; Werneck; Lopes (2012); Silva (2017).

condições objetivas de trabalho, ressaltando o déficit de recursos humanos. Ainda, na reunião geral com todos os profissionais, ao discutir acerca desta pesquisa de campo, uma ACS informa “*nem temos ACS direito, como vamos desenvolver essa atividade?*”.

Contudo, em outro momento, ao questionar a coordenadora do serviço sobre o déficit de recursos humanos, a enfermeira explicou: “*não tem funcionário faltando, mas a questão é que quando alguém tira licença para saúde, férias, essas coisas, a dinâmica fica sobrecarregada né?*”

A UBS em questão possui duas Equipes de Saúde da Família (ESF) com Equipe de Saúde Bucal (ESB), correspondendo à ESF modalidade I com ESB, e o serviço tem uma população adstrita total de 7.900 cidadãos em seu território.

Quadro 2 – Comparativo entre quantidade mínima de profissionais na ESF - I e a realidade estudada

Profissional	Quantidade mínima	ESF - Área 1	ESF - Área 5
Médico da Estratégia da Saúde da Família ou Médico Generalista	02	01	01
Enfermeiro	01	01	01
Auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem	01	01	01
Agente Comunitário de Saúde	12	2	4
Cirurgião Dentista	01	01	01
Auxiliar em Saúde Bucal	01	01	01

Fonte: Dados coletados na pesquisa de campo com a coordenadora; BRASIL, 2011. Portaria nº 703.

O índice apontado pela legislação é que seja, no máximo, 750 usuários para cada ACS. No atual quadro, há seis ACS, mas duas estão em licença médica há mais de seis meses. Ou seja, faltam dois médicos e, pelo menos, 18 ACS (BRASIL, 2011). Diante desse quadro, a gestão municipal toma medidas racionais, como corte das licenças e aposentadorias, para amenizar o déficit de recursos humanos. Isso demonstra a perversidade do impacto desse sucateamento por meio da suspensão temporária de direitos trabalhistas e indica que as medidas neoliberais afetam a vida de todos os envolvidos. Representa a dificuldade em discutir a própria política de saúde em equipe como uma das faces da precarização do trabalho. Por

meio da racionalização da gestão e flexibilização da lógica do trabalho, ocorre a despolitização da política.

Considera-se que “[...] a unidade de atenção primária deveria estar equipada para reconhecer e manejar todos os problemas de saúde comuns em sua população, não importando de que tipo” (STARFIELD, 2002, p. 485), de curta ou de longa duração. Além disso, é importante investigar o “desempenho de atividades relacionadas ao atendimento das necessidades da população” (STARFIELD, 2002, p. 485), ou seja, verificar se aquele equipamento de saúde está ofertando atividades de prevenção e promoção da saúde, a partir de abordagens coletivas, de educação em saúde, por exemplo.

Nesse sentido de prevenção e promoção da saúde, é certo que os sistemas de saúde haitiano e brasileiro ofertam diferentes serviços, como foi trabalhado no capítulo anterior. De acordo com as entrevistas, no Haiti, as mulheres têm direito a exames preventivos, mas, no Brasil, três sujeitos não tiveram orientação sobre prevenção de maneira geral. Por outro lado, dois sujeitos foram orientados, porém disseram que não usam preservativos, porque “[...] não gostam, mesmo não querendo engravidar” (MARCELIN, 2019). Além disso, ao abordar essa temática com Christa, a usuária afirmou:

Lá no posto de saúde, na verdade, não dá informação pra gente. Vou te falar a verdade. Eles não passam informação pra gente. Eles não fazem serviços sociais completo. Tem haitiano que não sabe essa palavra que você tá falando... Preventivo. A gente não faz essas coisas.

Assim, mesmo tendo referência de atendimentos preventivos pelo sistema haitiano, Christa expressa que esses usuários ainda acessam o serviço de saúde apenas em meio à enfermidade. Em todos os registros clínicos consultados, apenas quatro usuárias acessaram a UBS por conta de demandas de prevenção.

Aqui no Brasil eu não entendo o modo de saúde, na verdade. Saúde mesmo... quando você fala em saúde, eu só penso nos serviços sociais. Aqui não fala. Aqui todo mundo fica plantado dentro de um hospital. Lá não é assim. Um país que é pequeno tem uma estrutura de serviços sociais mais ampla. Um país que não é rico... Eu penso assim “é porque a gente é pobre? Por isso que a gente pensa assim? É mesmo?” Porque eu tenho que pensar que ele tá sofrendo. Se eu não sei o que é sofrimento, como é que eu vou pensar em sofrimento? Eu acho que é esse ponto que é por isso que aqui todo mundo fica plantado dentro de um prédio muito grande. Lá no Haiti, não é assim. Lá no Haiti, é por semana que tem serviços sociais. Por semana. (CHRISTA, 2019).

É nesse processo que se faz presente o reconhecimento dos problemas em saúde da população adstrita no planejamento, o fazer estratégico em saúde. Esse reconhecimento pode ser realizado por meio de diversas técnicas, como visitas domiciliares, entrevistas individuais e familiares, registros nos prontuários e até mesmo com a elaboração de diagnóstico socioterritorial.

Durante as observações participantes realizadas no decorrer dessa pesquisa, um fator que se destacou foi a ausência de conhecimento da realidade dos imigrante. Considerando que isso diz respeito a uma UBS, que está próxima do território por sua capilaridade, essa questão será trabalhada no item abaixo.

3.3 TERRITÓRIO E SAÚDE: A CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE A PARTIR DA DINÂMICA TERRITORIAL

Novembro de 2018. Com a aprovação do Comitê de Ética e a autorização da Secretaria Municipal de Saúde como instituição co-participante, iniciei minha imersão no serviço de saúde, que, naquele momento, seria, preferencialmente, no interior da UBS por meio da aproximação com os trabalhadores, além do planejamento e execução de oficinas de educação em saúde para as mulheres, de qualquer nacionalidade. Como eu buscava contemplar as especificidades das haitianas daquele território, eu fiquei conhecida como “a menina dos haitianos” na equipe de saúde. Mesmo deixando claro que eu não tenho domínio da língua francesa, menos ainda do créole, profissionais se diziam aliviados quando chegava um imigrante para atendimento e eu estava na Unidade, porque eu “saberia me comunicar com eles”. Antes da atividade grupal que realizamos com 16 mulheres no mês de janeiro de 2019, a ACS que estava me acompanhando questionou: “você que conhece eles... é normal as mulheres [haitianas] não usarem roupas na casa delas?” demonstrando reprodução de diversos estereótipos. Ainda, depois da oficina com as mulheres, no corredor na UBS, uma técnica em saúde bucal me abordou: “Julia, então você é uma assistente social feminista?” e explicou: “você fazendo esta atividade com as mulheres, defendendo o direito delas...”. Ao expor sobre a minha pesquisa e o trabalho que estava desenvolvendo, essa mesma trabalhadora me perguntou: “Então, o que te alimenta? É que não é um trabalho fácil e querendo ou não, tem coisas que “enfraquecem” tudo isso. Por exemplo, vem aqui toda disponível, mas como você tava falando, as nossas condições objetivas de trabalho aqui não favorecem isso, e acabam enfraquecendo esses projetos, porque nós não conseguimos dar o suporte que é preciso”. As trabalhadoras ali presentes confirmam que as condições objetivas e o cotidiano de trabalho interferiam e paralisavam a ação profissional na direção da promoção da saúde. Algumas semanas se passaram e retornei à UBS para realizar uma segunda atividade com as mulheres. Ao me deslocar até a sala das ACS, espaço onde realizaria a oficina, todas as profissionais estavam reunidas em volta da mesa, durante o horário de expediente,

realizando atividades que não diziam respeito ao trabalho delas, como consultas em revistas de cosméticos.

Com esse relato, fica notória a percepção dos profissionais da APS acerca da realidade dos imigrantes e também o envolvimento e o interesse desses trabalhadores ao realizar atividades de prevenção e promoção da saúde que possibilitariam uma aproximação com aqueles usuários. Também é possível refletir nos processos de trabalho no interior daquele serviço de saúde e de como tem sido desenvolvida a territorialização de saúde.

Assim, este tópico será trabalhado por meio do embasamento teórico em Starfield (2002) que sinaliza os três atributos derivados importantes para o fortalecimento da APS: orientação comunitária, centralidade na família e competência cultural. Considera-se, então, que:

O conhecimento da família oferece não apenas o contexto para avaliação dos problemas dos pacientes e ajuda para isolar a probabilidade de diversos diagnósticos possíveis, mas também é importante na decisão a respeito de uma intervenção apropriada, porque as famílias podem diferir em sua capacidade de realizar diferentes tratamentos e manejar estratégias (STARFIELD, 2002, p. 120).

Com isso, a partir da capilaridade deste serviço e da forma como é pensado, pode-se ter conhecimento do histórico familiar das doenças, desenvolvendo ações em um determinado contexto social conhecendo a realidade existente, que, para Starfield (2002), caracteriza-se como orientação para a comunidade. A autora também demarca que, em muitos momentos, os usuários não entendem que necessitam acessar os serviços de saúde, pois falta a percepção da importância de intervenções preventivas, ou também por não compreenderem sua necessidade como um todo. Nessa perspectiva, sinaliza a importância da competência cultural dos trabalhadores em saúde para que seja possível “o reconhecimento das necessidades especiais das subpopulações que podem não estar em evidência devido a características étnicas, raciais ou outras características culturais especiais” (STARFIELD, 2002, p. 487).

Ao considerar esses três elementos que a autora Starfield (2002) aponta como atributos derivados, seria possível que o atendimento ao imigrante se desse de forma equânime a partir das condições sociais, culturais, econômicas e políticas que ele apresente. Os usuários imigrantes possuem outro elemento para não compreenderem que o serviço de saúde os auxiliaria em sua necessidade, uma vez

que eles não possuem uma referência de política pública integrada e articulada em diversos níveis, vivenciando no Haiti apenas a oferta de serviços focalizados no cuidado com as doenças e enfermidades, como pôde ser visto no capítulo anterior.

Por isso, é imprescindível que os profissionais sejam formados e capacitados permanentemente para a produção do cuidado em seu cotidiano de trabalho, sendo qualificados para detectar as necessidades culturais dos usuários do serviço, além de conhecer a necessidades de saúde da comunidade, estando informados e envolvidos com a dinâmica territorial. A escassez de conhecimentos, porém, limita o desenvolvimentos de ações efetivas e acesso oportuno direcionado aos imigrantes com ganhos em relação às suas condições de saúde. Percebe-se que o foco do trabalho em saúde tem se dado verticalmente, por meio da sobreposição dos saberes médicos sob os conhecimentos populares, ocorrendo uma inversão do ideário da Reforma Sanitária.

Como já foi explorado por diversos estudos e já apontado neste trabalho (GUIMARÃES, 2008; MONKEN *et al.*, 2008; BRAVO, 2006; NOGUEIRA; MIOTO, 2009), o SUS foi construído a partir de uma nova forma de fazer saúde, apresentando princípios para uma gestão horizontalizada e territorial. Assim, este tópico está estruturado compreendendo, principalmente, esse direcionamento, visto que, a partir dessa perspectiva da APS brasileira, é possível desenvolver ações orientadas para a comunidade, tendo a centralidade do cuidado na família e reconhecendo a competência cultural dos trabalhadores em saúde. Assim, para Sposati (2013, p. 13),

De fato, o serviço é parte das condições das relações que estão postas para o coletivo que vive em um dado território. A categoria território vai além da unidade familiar ou do princípio da matricialidade familiar, pois se constitui da porta para fora, é sócio relacional, ainda que o ambiente da família também seja relacional.

Portanto, concorda-se com a definição de Santos (2001) acerca da categoria território.

O território é o chão e mais a população, isto é, uma identidade, o fato e o sentimento de pertencer àquilo que nos pertence. O território é a base do trabalho, da residência, das trocas materiais e espirituais e da vida, sobre os quais ele influi. Quando se fala em território deve-se, pois, de logo, entender que se está falando em território usado, utilizado por uma dada população (SANTOS, 2001, p. 97).

Compreendendo a constituição da política de saúde a partir do território usado, tem-se que ele é permeado por relações de poder e uma construção

histórica que expressa “[...] vivências, significados e relações que constroem identidades individuais e coletivas” (SPOSATI, 2013, p. 6). Logo, é necessário um olhar atento para a diversidade manifestada nesse território por meio de modos de vida, religiosidades, saberes em saúde e, até mesmo, de cultura.

Quanto aos imigrantes, também devem ser considerados os processos de territorialização desses sujeitos, na medida em que, ao se deslocarem, se deparam com novas realidades, nas quais não se apoiaram em sua trajetória histórica, passando inicialmente por um processo de estranhamento, que Santos (2006) nomeia de desterritorialização. Assim, o sujeito, dotado de múltiplas estratégias, precisa se adaptar a um novo território - processo chamado de reterritorialização (SANTOS, 2006) – e, para isso, organiza-se em redes sociais migratórias para que este momento seja o menos agressivo possível. É dessa forma que é possível observar a constituição de diversas redes migratórias de apoio e solidariedade, além do fortalecimento de espaços religiosos identitários. Para os autores Durand e Lussi (2015, p. 51), a construção das redes migratórias é uma expressão indicativa de que “[...] seus atores recriam soluções, desfrutam possibilidades e (re) inventam percursos de sociabilidade, mobilidade e reelaboração identitária”.

Nessa pesquisa, durante a imersão na UBS, principalmente por meio do planejamento das atividades grupais, foi possível observar uma centralidade das decisões na gestão, uma vez que os profissionais eram apenas informados das ações que seriam realizadas. Nesse sentido, uma auxiliar de serviços gerais colocou que a equipe não havia sido informada da realização da oficina de educação em saúde e que estranharam a movimentação no serviço naquela data. Entretanto, essa hierarquização da gestão não impacta apenas no processo de trabalho, mas também fragiliza a atenção à saúde ao usuário e faz com que a produção de cuidado fique restrita ao espaço físico da UBS.

Essa (ir)racionalidade gerencial induz tais serviços a se responsabilizar pelos usuários apenas enquanto estão dentro de seu espaço físico - nem antes de entrarem nem depois de saírem, e pouco contribui para a responsabilização sanitária territorial das populações (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013, p. 159).

O financiamento dos serviços de saúde é baseado na sistematização dos dados quantitativos, sendo o número de procedimentos clínicos e consultas médicas um exemplo. Assim, “[...] contratos com base em encargos sobre uma

população que habite certo território e que valorizem atividades em conjunto entre os diversos serviços da rede para pacientes compartilhados” (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013, p. 159) são raros. Isso leva diversos gestores e profissionais a justificarem a ausência de ações voltadas ao público imigrante com base no baixo número desses sujeitos em determinado território.

Entende-se que um dos grandes desafios para as pesquisas e estudos migratórios contemporâneos é a dificuldade na obtenção de dados oficiais quantitativos referentes à mobilidade humana, justificada pela própria invisibilidade e a dinamicidade do fenômeno. Os autores Durand e Lussi (2015, p. 59) afirmam que “[...] a demografia não tem se destacado entre as principais disciplinas que estudam a mobilidade humana”, embora os dados quantitativos sejam de fundamental importância para compreender, de fato, a realidade do fenômeno migratório.

Neste trabalho, observou-se tal dificuldade durante a imersão no serviço de saúde. Na etapa de sistematização dos prontuários clínicos dos haitianos, usuários daquele serviço, em decorrência da impossibilidade de obter um relatório com a nacionalidade filtrada por meio do E-SUS, foi solicitado a todos os ACS um levantamento dos nomes dos haitianos referentes a cada microárea. A primeira reação foi questionar se a pesquisadora tinha autorização da Secretaria Municipal, além da coordenação da UBS, para tal consulta, demonstrando que a colaboração para a pesquisa seria apenas por conta da de uma obediência da gestão hierarquizada.

Com a confirmação da autorização de Secretaria, os profissionais fizeram o levantamento requisitado no mesmo momento e disponibilizaram dados referentes a vinte e três imigrantes. A partir da localização destes prontuários, foi possível identificar mais tantos vinte e seis usuários, sendo que em contato com liderança religiosa haitiana do território, o sujeito informou que a Igreja havia registros de cerca de cento e cinquenta haitianos. Além da notória divergência quantitativa entre os sujeitos, também é necessário refletir sobre a total ausência de sistematização dos usuários.

Deve-se considerar também que muitos imigrantes ainda não possuem prontuários clínicos na UBS, porém a discrepância entre os dados apresentados pelas ACS e o documentado pela igreja é significativa. Assim, a comunidade religiosa haitiana é uma forma de organização legítima do próprio território. Essa igreja se constitui como o único espaço de sociabilidade entre os

imigrantes, e a maioria da equipe de saúde não tem qualquer informação acerca da comunidade, mesmo se configurando como um potencial espaço para se aproximar da realidade social, da religiosidade, das formas de expressão e dos modos de vida destes sujeitos.

Assim, identificada a ausência de informações sobre a população imigrante por parte da equipe, a oficina de educação em saúde, realizada com as mulheres haitianas e brasileiras, foi planejada no intuito da territorialização em saúde, para que o território fosse compreendido de forma concreta e complexa para construir as futuras ações em saúde, visando intervenções mais efetivas e mais próximas da realidade das usuárias. Essa ação foi pensada considerando o papel importante dos usuários durante esse processo de reflexão e planejamento das estratégias para a intervenção. Em concordância com Sana, Rodrigues e Bettiol Lanza (2018, p. 277), “[...] os imigrantes se territorializam de forma solitária, a partir de suas redes pessoais e outros mecanismos, não sendo possível registrar a presença do setor público nesse processo”, visto que a política de saúde não tem se responsabilizado pelo cuidado com o imigrante, culpabilizando os próprios sujeitos.

Dar voz aos imigrantes, ouvir suas trajetórias de vida, suas queixas e dificuldades faz questionar o porquê do “abandono” do território e da territorialização enquanto orientadora das práticas em saúde nos serviços. Defende-se que não é preciso propostas inéditas, pois nesses campos há elementos suficientes para que equipes em saúde coloquem a temática das migrações em seu cotidiano de trabalho, bem como sejam corresponsáveis por sua inclusão na agenda pública do planejamento em saúde nos territórios (SANA; RODRIGUES; BETTIOL LANZA, 2018, p. 278).

Com esta perspectiva, um instrumento técnico-operativo do cotidiano de trabalho dessa equipe e que se apresenta enquanto uma estratégia possível para a construção de uma leitura territorial e de um diagnóstico socioterritorial é a visita domiciliar. De acordo com os autores Abrahão e Lagrange (2007), a atenção domiciliar à saúde, além de possibilitar a assistência contínua de cuidados em saúde com os acamados, por exemplo, também é uma estratégia que auxilia na construção do planejamento de ações em saúde considerando a realidade local. Dos cinco entrevistados desta pesquisa, Emitha e Christa, afirmam que nunca receberam visita domiciliar de qualquer profissional da UBS. Herold teve visita de um ACS para realizar o cadastro da família. Marcelin e Yolene relatam ter tido visita em suas casas por conta do período de acompanhamento de gestação. Todos afirmam que, durante o dia

inteiro, há pessoas em suas respectivas residências que poderiam atender os profissionais do serviço.

É claro que há de ser considerado o impacto das precárias condições de trabalho na prática cotidiana desses profissionais e que a assistência domiciliar tem ficado concentrada no trabalho das ACS. No entanto, essa abordagem poderia potencializar um fortalecimento dos profissionais enquanto uma equipe multiprofissional. Cunha e Sá (2013, p. 67) afirmam que é a partir das visitas domiciliares que os ACS possuem autonomia no seu trabalho, tornando-se “os ‘olhos’ da equipe no território”. Por conta dessa aproximação com os usuários, tornam-se possuidores de mais poder sobre o território do que os profissionais de nível superior. No caso desta UBS, a realidade não se difere do estudo das autores apontados anteriormente, pois apenas os ACS e os técnicos em enfermagem realizam visitas domiciliares, priorizando grupos específicos, como grávidas, recém-nascidos, acamados, usuários com diabetes ou hipertensão.

Também é por meio desse instrumento que se faz possível a construção compartilhada do projeto terapêutico e se esse projeto irá na direção de uma prática que considera a dinâmica de vida das pessoas ou focalizada no saber do médico (CUNHA; SÁ, 2013). Assim, a partir da identificação das próprias lideranças e organizações da comunidade, seria possível pensar um atendimento mais equânime e humanizado, considerando que diferentes grupos populacionais podem expressar, por meio da epidemiologia, diferentes condições e compreensões de cuidado em saúde.

O intuito de identificar as lideranças e os imigrantes de referência é para que, além de facilitar a aproximação entre o equipamento público e esse grupo, possam ser realizadas parcerias para melhorar os cuidados primários de saúde e, conseqüentemente, promover a saúde. O sujeito Marcelin disse que, muitas vezes, é designado como tradutor nos atendimentos da população imigrante: “*por isso eu quase moro no hospital, porque eu fui muitas vezes*”. E o sujeito ainda vincula a essa situação a expressão de solidariedade entre os “*irmãos da Igreja*”.

A comunicação apresenta-se como uma das principais problemáticas no atendimento a esses sujeitos. Cabe, porém, neste momento, destacar que comunicação é mais que a tradução da mensagem emitida, pois a fala traz diversas entonações e sentidos. E, nessa perspectiva do imigrante, a figura de um mediador

cultural tem sido debatida em alguns locais, a exemplo do município de São Paulo - SP.

A política migratória municipal desta capital deve ser evidenciada como a pioneira no cenário nacional ao apresentar, em 2016, com seu decreto, uma perspectiva dos direitos humanos, antes mesmo da Lei de Migração de 2017. Por meio da Lei nº 16.478 de 2016, reiterada no Decreto nº 57.533 de 2016, na tentativa de assegurar o atendimento qualificado da população imigrante às políticas públicas, o governo municipal de São Paulo define no artigo 4 enquanto uma das ações administrativas: “IV - designação de mediadores culturais nos equipamentos públicos com maior afluxo de imigrantes para auxílio na comunicação entre profissionais e usuários (SÃO PAULO, 2016). Assim, na 2ª Conferência Municipal de Políticas para Imigrantes da cidade em questão, realizada em 2019, a contratação de mediadores culturais se fez presente com expressividade nas propostas deliberadas na plenária final. No eixo de acesso à saúde integral, lazer e esporte, a discussão acerca dessa contratação compreendeu de que essa função deve ser realizada, preferencialmente, por imigrantes, porém brasileiros também podem exercê-la, desde que seja capacitado e sensibilizado para tal:

E8_Pr6: Promover a contratação de mediadoras/es interculturais, preferencialmente imigrantes, que atuem como matriciadores para as equipes na atenção humanizada e que respeitem as diferentes culturas nos equipamentos de saúde, implementando o artigo 4º inciso IV da Lei Municipal 16.478/2016 e o artigo 10 do Decreto Municipal 57.533/2016 (SÃO PAULO, 2019, s/p).

Essa discussão merece destaque, principalmente, na Atenção Básica de Saúde porque, conforme Starfield (2002) menciona, são processos de trabalho diferentes, visto que o processo de diagnóstico dos problemas em saúde deve ser diferente na atenção primária, em comparação com a atenção mais especializada dos outros níveis de complexidade. A autora explica que, na APS, a possibilidade de não observar uma enfermidade e de obter um diagnóstico atrasado é maior, enquanto a atenção especializada fica mais suscetível a erros no tratamento por meio de diagnósticos inadequados, exames excessivos e a “[...] desnecessária ansiedade por parte dos paciente” (STARFIELD, 2002, p. 66).

Assim, fica nítida a forma hierarquizada de fazer gestão. Logo, os imigrantes, que não reconhecem o SUS em seu caráter de sistema integrado, vêm o SUS através dessa gestão verticalizada e distante de seu cotidiano, na qual não há

espaço para construção democrática nem dos usuários nem dos profissionais em saúde, o que é possível constatar no diálogo a seguir:

Pesquisadora: Você acha que falta alguma coisa no SUS, por exemplo?

Yolene: Eu vou te falar... Ninguém pessoa pode trocar a lei, só o governo [risos]. Porque o médico que trabalha lá, ele não sabe... ele não pode decidir nada, ele é do trabalho só. Só o governo pode trocar a lei.

Pesquisadora: Mas você acha que poderia mudar alguma coisa?

Yolene: Eu não [risos]. O governo que sabe tudo isso.

Esse diálogo mostra que os imigrantes não compreendem o seu papel político no processo de construção da política de saúde. Há um distanciamento e um endurecimento da relação entre os usuários e a política pública em si. Portanto, mesmo os espaços de controle social, que possibilitariam uma gestão mais democrática e participativa, não se apresentam como uma realidade para os imigrantes. Estudos demonstram que o esvaziamento da participação dos usuários nesses espaços, de forma geral, é uma realidade do controle social desde a sua consolidação após a Constituição Federal de 1988 (ALMEIDA;TATAGIBA, 2012; OLIVEIRA, 2008; CORREIA, 2008). Contudo, no que diz respeito aos imigrantes, mesmo que tais sujeitos que não ocupem esses espaços, não foi possível detectar essa temática como uma dificuldade no cotidiano de trabalho.

Bettiol Lanza, Faquin e Ribeiro (2018), a partir de pesquisas na RMLO, sinalizam que são poucos os profissionais sensibilizados por esse contexto para captar os determinantes sociais e culturais dos imigrantes, mas os trabalhadores agem a partir de estratégias individuais e se vinculam com organizações da sociedade civil, de cunho religioso e voluntário. Assim, é possível visualizar ações isoladas e restritas, permeadas por uma relação hierárquica em todos os âmbitos: entre os entes federados, em que a gestão municipal aguarda protocolos elaborados pela União para atendimento ao imigrante; entre a própria gestão local, quando os secretários municipais observam se os profissionais irão tensioná-los, e os profissionais esperam recomendações dos seus gestores; entre os profissionais e os usuários.

Esse cenário pode levar tanto à sobreposição de políticas públicas - com as três esferas de governo atuando, ao mesmo tempo, de maneira descoordenada - como a um 'jogo de empurra' entre os entes federativos, onde cada um tenta repassar à outra esfera de governo a responsabilidade pela promoção de políticas sociais (FRANZESE, 2011, p. 35).

Contudo, os múltiplos territórios são como “[...] palcos privilegiados do processo de reconfiguração do mundo do trabalho” que exigem “novas interferências no âmbito do governo local” (KOGA, 2011, p. 250). É nesse sentido que a APS brasileira foi pensada e estruturada, para que, pelo processo de descentralização e municipalização da política pública fossem considerados os diferentes atores e seu contexto social. Faz-se importante, portanto, construir políticas territoriais, que sejam pensadas na lógica específica daquele território, considerando que o lugar deve ser o agente motor da engrenagem das políticas públicas e que o território deve definir a forma da gestão para que seja possível “definir áreas prioritárias para execução de programas e projetos predefinidos, mas também para definir as próprias diretrizes e ações das áreas de intervenção” (KOGA, 2011, p. 258).

Em vista da ausência do papel político e ativo do imigrante, cabem os seguintes questionamentos: a UBS conhece a população abrangente? Os profissionais sabem quem são os sujeitos que residem ali e quais são suas compreensões de saúde? Como se expressam? Quais são as práticas populares de saúde? Nessa perspectiva, o diálogo abaixo com Christa representa a percepção da imigrante frente a esse distanciamento da equipe de saúde:

Você achou que a UBS estava preparada para te atender? No começo.. até agora... eles não estão preparados [risos]. Por que você acha que não? Na questão de entender a gente... eles não estão preparados. Mas no sentido da comunicação, do idioma? Não, em tudo. Exemplo, [...] o Ministério de Saúde, nem to falando do posto em si, mas o Ministério da Saúde, quem vai mandar reclamação para ele é o posto né? “A gente tá tendo tal dificuldade... O posto de saúde tá recebendo essa dificuldade... O número de estrangeiro é tal...” Aí deveria preparar esse posto para esses estrangeiros [...] Você não vai jogar “ah, tem um posto de saúde e não tem nenhuma pessoa que fala espanhol pelo menos”. Todo mundo fala português. “Ah não importa”... Então ele não ta preparado nesse ponto. Segundo, é que tem que passar para ele... não sei se aqui, mas tem que fazer alguma coisa de cultura [...] Esse médico sabe minha cultura? Tem que fazer... uma palestra, chama tudo eles uma vez por trimestre para falar dos haitianos. Para entender nossa cultura, como eles funciona, tudo. Então, você não sabe nada de mim. Você não tá me entendendo, como você vai me consultar?... Eles não me conhecem, como vão me atender? [...] Você não me conhece. Entendeu? Aí ele não entende a gente. Não tá preparado para isso. Infelizmente.

Demonstrando em sua fala a importância da competência cultural no fazer estratégico em saúde, Christa destaca e apresenta estratégia para que ocorra essa aproximação e a equipe profissional conheça estes sujeitos. Assim, seria responsabilidade da gestão local estimular a dinamicidade das práticas em saúde,

visto que a tecnificação do trabalho interfere na reflexão acerca de novos grupos populacionais. “É necessário um tipo de gerência que não faça o profissional se desinteressar pelo ato cuidador. Um profissional de saúde que trabalhe de forma automática tende a não se interessar pela promoção da saúde e a qualidade do atendimento tende a cair” (ABRAHÃO, 2007, p. 2).

Nessa perspectiva, um elemento dos saberes e práticas em saúde dos haitianos que se destacou durante esta pesquisa foi o conhecimento que os sujeitos possuem de plantas para uso medicinal. Christa (2019) afirmou que eles possuem “*plantinhas para tudo. A gente tem planta para dor de cabeça, para febre, para anemia, para coisa de tripa*”. Segundo ela, no Haiti, todos costumam ter acesso a uma horta, seja em sua casa ou no vizinho. Com o deslocamento para o Brasil, Christa afirma que o grupo de haitianos conta com a colaboração de um jovem imigrante que possui um vasto conhecimento das plantas, que localiza no território quando é necessário. Além das plantas medicinais, os haitianos referem adoecimento por conta da alimentação de produtos industrializados e com agrotóxicos.

Contudo, no município de investigação, há um Programa de Hortas Comunitárias que foi implantado pela prefeitura há trinta e sete anos e, no território em questão, há duas dessas hortas, mas nenhum dos entrevistados tinham conhecimento do funcionamento delas. Entende-se que a UBS tem a possibilidade e capacidade de ser a mediadora para o uso desse espaço, além de utilizar esses saberes dos haitianos para realizar atividades intersetoriais de integração social e também de promoção da saúde.

Compreende-se que diversos problemas vivenciados pela UBS poderiam ser resolvidos com uma abordagem coletiva, focada na promoção e prevenção da saúde, de forma que considerasse o território usado, sua dinâmica, seus atores, as relações de poder e os saberes da população em saúde populares.

3.4 IMIGRANTES INTERNACIONAIS E OS DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE

Maio de 2019. Durante a imersão no serviço básico de saúde, ao solicitar levantamento dos imigrantes para as ACS referente a cada microárea, a única ACS negra da UBS me respondeu “não tem nenhum haitiano na minha área não, eu sou o próprio Haiti”, em tom de ironia.

Outubro de 2019. Após o término da entrevista com Christa, a haitiana me questiona “Julia, aqui não pode olhar no olho da polícia?”.

Inicialmente, não entendi o que ela estava tentando dizer. Assim, me explica que seu amigo haitiano tinha sido abordado pela Polícia Militar, e sofrido violência por abuso de poder, justificado que “haitianos não podem olhar nos olhos dos policiais”.

Novembro de 2019. No final da entrevista com Emitha, a sujeita se desculpa por acreditar que não tenha contribuído muito para a pesquisa, visto que “sou quase uma desconhecida para a UBS, fui poucas vezes”; além de me questionar se já escutou relatos de discriminação vivenciados por haitianos. Ao responder que sim, Emitha se manifestou prontamente “*é mentira, muito haitiano é racista mesmo*”, comentando que muitos haitianos não compreenderem a língua portuguesa direito, e acabam tendo várias interpretações errôneas.

Nos diversos relatos acima, é possível observar reproduções sociais de estereótipos, de mitos e de padrões socialmente construídos acerca dos imigrantes. Negro, pobre e imigrante são questões que trazem para o sujeito o peso da culpabilização pela discriminação, deixando-o em um lugar de suspeito e/ou errado na maioria das situações. Nos quatro momentos, são demonstrados elementos diversos que interferem no acesso à proteção social, em especial, aos serviços da política de saúde. Elementos como a criminalização da pobreza, que gera sentimento de medo e insegurança; o racismo que reforma os lugares sociais construídos para o negro; e a própria neutralidade política que Sayad (1988) menciona, que gera a prática do silêncio e passividade dos migrantes.

Nesse modo, percebe-se que a saúde é resultado de uma “complexa produção social” (CARVALHO; BUSS, 2008, p. 141), sendo fundamental a discussão da saúde no âmbito global, atrelada com os determinantes sociais de saúde. Os seguintes autores mencionam que a partir do século XVII, a saúde passou a ser um interesse dos Estados, por meio do desenvolvimento de políticas de proteção contra riscos sociais e ambientes. Assim, “[...] a compreensão da determinação social da saúde e da doença é anterior à medicina científica ou medicina experimental” (CARVALHO; BUSS, 2008, p. 144).

De acordo com Buss e Pellegrini Filho (2007, p. 78) e como já foi abordado aqui, a partir de 1948, a OMS apresenta uma concepção ampla de saúde, indo além do foco centralizado na doença. Assim, os autores definem os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) como “[...] os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (BUSS;

PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 78). E para além disto, utiliza a figura abaixo para argumentar toda a complexidade da saúde.

Figura 2 – Determinantes sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead



Fonte: BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007.

Nessa perspectiva, os autores Buss e Pellegrini Filho (2007, p. 81) mencionam que ao considerar a relação intrínseca entre determinantes sociais e saúde há diversos desafios a serem enfrentados, sendo o principal é a definição de uma hierarquia entre os elementos apresentados na figura acima, contudo, considera-se que “não é um relação direta de causa-efeito”. E para os estudos dos DSS, há diversas abordagens possíveis, sendo: os aspectos físico-materiais, fatores psicossociais, enfoques ecossociais e os multiníveis, além do capital social.

Essa discussão tem tido um reconhecimento consensual de sua importância para compreender a dimensão social na saúde. Contudo,

A compreensão destes processos continua sendo limitada, as intervenções para combater as iniquidades sociais em saúde são insuficientes e continuam predominando narrativas biologicistas e culturalistas nas abordagens dominantes no campo da saúde pública e, mais especificamente, da epidemiologia (BORDE; HERNÁNDEZ-ÁLVAREZ; PORTO, 2015, p. 842).

Assim, mesmo tendo uma crescente referência às iniquidades sociais em saúde, no entanto, são perceptíveis as abordagens ainda hegemônicas na epidemiologia, sobretudo, reproduzindo o foco na biomedicina. E é na dificuldade na articulação entre processos sociais, DSS e processo saúde-doença, que surgem outras propostas para compreender a saúde como um todo, a exemplo da “Determinação Social dos processos saúde-doença”, que por mais que apresente muitas diferenças com a discussão dos DSS, reconhece também as “iniquidades sociais em saúde como desigualdades sistemáticas, evitáveis, injustas e desnecessárias” (BORDE; HERNÁNDEZ-ÁLVAREZ; PORTO, 2015, p. 842).

Borde, Hernández-Álvarez e Porto (2015) sistematizam diversas críticas em relação a abordagem dos DSS, sobretudo em relação ao trabalho da CDSS no Brasil, considerando o importante papel desta comissão após sua formação em 2005. Os autores apontam que a CDSS apresentou uma proposta segundo os determinantes estruturais e determinantes intermediários, sendo que aqueles são os “macrodeterminantes econômicos e sociais [...], mecanismos que geram e reforçam hierarquias sociais que definem o poder” e que por determinantes intermediários, considera-se os “fatores comportamentais e fatores biológicos, circunstâncias materiais (condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos, moradia e etc.), e fatores psicossociais” (BORDE; HERNÁNDEZ-ÁLVAREZ; PORTO, 2015, p. 844). Nesse quesito, entende-se que de acordo com a posição socioeconômica e até mesmo do sistema de saúde, há diferentes efeitos no processo saúde-doença. A desigualdade social é perpetuada em diferentes escalas no fluxo migratório, a exemplo de que os imigrantes residem nas periferias dos municípios brasileiros, em bairros empobrecidos.

Entre muitos desafios para o enfrentamento dos DSS, os autores Borde, Hernández-Álvarez e Porto (2015) sinalizam de que a proposta da CDSS não apresenta uma análise compreendendo todas as relações de exploração, dominação e marginalização a partir das categorias analíticas de classe social, etnia e gênero, reproduzindo uma visão a-histórica. Desta forma, há “[...] falta de consideração de processos considerados centrais na produção e reprodução das iniquidades sociais em saúde como, por exemplo, a migração” (BORDE; HERNÁNDEZ-ÁLVAREZ; PORTO, 2015, p. 846). Nessa pesquisa, ficou nítido que os haitianos são desconhecidos pelos serviços de saúde, como foi trabalhado nos tópicos acima. Os

trabalhadores em saúde demonstram um raso conhecimento da realidade dos imigrantes, das causas da diáspora haitiana e da situação sócio econômica desse país, reproduzindo o senso comum, sendo que são informações relevantes para interpretar e agir no processo saúde-doença desses sujeitos. É nesse sentido que os autores Buss e Pellegrini Filho (2007, p. 81) mencionam como desafio a análise das diferenças dos DSS de grupos e populações específicas, visto que “as diferenças no estado de saúde dos indivíduos não explicam as diferenças entre grupos de uma sociedade ou entre sociedades diversas”.

Dessa forma, esse tópico irá trabalhar com a relação dos determinantes sociais de saúde e a migração internacional. Concorde-se com Ventura e Yujra (2019, p. 39), “[...] a saúde do migrante conta com determinantes sociais específicos [...] é preciso avaliá-los nos diferentes momentos do deslocamento de uma pessoa humana”, visto que a violação dos direitos e também os riscos sociais são diferentes em cada período desta trajetória migratória.

Os autores Borde, Hernández-Álvarez e Porto (2015) enfatizam que para compreender a saúde é necessária uma leitura crítica de seus determinantes sociais, a fim de entender as formas de reprodução do sistema capitalista e colonial a partir de cada contexto social em referência ao mundial. Assim, classe social, gênero, etnia e raça são constitutivas dessa reprodução, tendo suas hierarquias de dominação. Percebe-se que a posição econômica e social do Haiti no contexto mundial interfere na oferta das políticas públicas, no mundo do trabalho, além das condições de vida dos seus cidadãos. Experiências do colonialismo e de marginalização imprimem marcas na construção daquela sociedade. No caso do Haiti, o ato de migrar e algumas rotas, como para a República Dominicana, ficaram naturalizadas no cotidiano daqueles sujeitos.

Contudo, o Brasil aparece na rota migratória dos haitianos em uma contexto internacional que envolve interesse políticos e econômicos por parte dos governantes; porém, que ao longo dos anos, demonstrou a falta de políticas de integração claras e efetivas. Além disso, o discurso comovente de prestar suporte legal humanitário aos haitianos encobriu todos os fatores relacionados à sua exploração e heranças coloniais.

De acordo com Ventura e Yujra (2019, p. 39), além de todos estes determinantes já mencionados, “[...] a saúde do migrante e do refugiado depende da existência de uma legislação que assegure o seu direito à saúde, independentemente

de sua situação migratória”. Assim, mesmo que tenham todas as legislações internacionais já citadas, o imigrante depende da política migratória do Estado Nação que se encontra.

No caso do Brasil, em sua Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) já garante o acesso dos imigrantes ao sistema de proteção social e a Lei nº 13.445 de 2017 reafirma em seu artigo 4, enquanto um dos direitos do migrante: “acesso a serviços públicos de saúde e de assistência social e à previdência social, nos termos da lei, sem discriminação em razão da nacionalidade e da condição migratória” (BRASIL, 2017, s/p), assim confirmando o direito do imigrante ao acesso à política de saúde, independentemente de sua situação migratória.

Como Sayad (1998) afirma, considera-se o sujeito que migra a partir de uma dupla perspectiva, da lógica do imigrante e do emigrado. Assim, um dos determinantes sociais da saúde que se apresenta para o imigrante é a sua própria trajetória migratória, para se considerar todos os contextos migratórios vivenciados. Entretanto, esse percurso de deslocamento é considerado pelo Estado como provisoriedade, ou seja, o imigrante está no Brasil de caráter temporário. É como se ele não pertencesse a nenhum lugar e por outro lado, pensando no acesso como uma forma de garantir os cuidados primários em saúde, a distância e o desconhecimento entre equipes dos serviços de saúde, que poderia contribuir para uma melhor integração, acabam por reforçar esse sentimento de marginalização da sociedade.

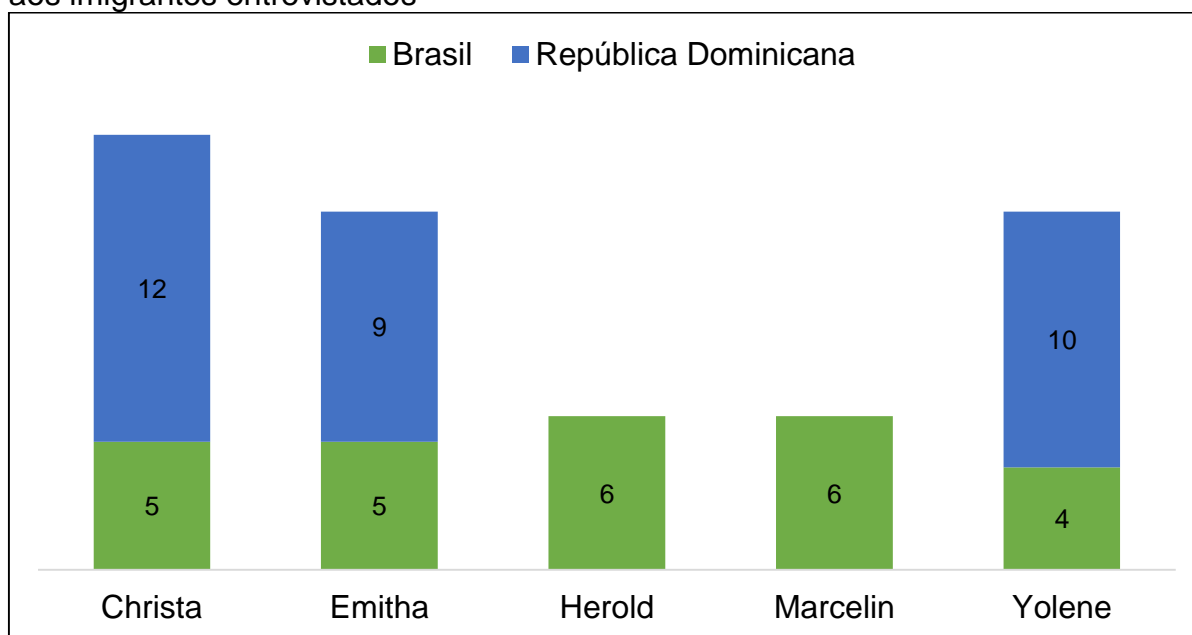
Assim, Marcellin refere que por conta da violência e questões de segurança pública, tão problemáticas no país, como demonstrado anteriormente, pode afirmar que suas condições de vida melhoraram. Porém, compreendemos que as condições de vida podem se diferenciar das condições de saúde, uma vez que o sujeito tem a possibilidade de melhorar suas condições de vida se submetendo a trabalhos precários, que sobrecarregam sua saúde física e mental, ou seja, a prioridade é a sua renda mensal, podendo ter implicações a longo prazo na sua condição de saúde. Como Villen (2015, p. 253) menciona, uma das características marcantes dos imigrantes recentes é “[...] a necessidade imediata, extrema e ininterrupta de trabalhar”. A precarização das condições de trabalhos em conjunto com a Emenda Constitucional nº 95 de 2016, que congela os gastos públicos durante vinte anos, e a Reforma Trabalhista de 2017 e as alterações no sistema previdenciário constituem uma conjuntura favorável para a “[...] superexploração e a desproteção do trabalho em âmbito geral” (BETTIOL LANZA; RODRIGUES, 2018, p.10).

Entretanto, em retomada de Sayad (1988), o imigrante não se reduz à sua condição de venda da força de trabalho, remetendo à própria visão economicista deste sujeito, retirando suas dimensões política e subjetiva. Além dos compromissos econômicos com os que ficam, esses imigrantes representam famílias separadas, vínculos afetivos rompidos, que mesmo que as redes sociais permitem a comunicação entre esses sujeitos, o trânsito migratório nunca cessa, na medida em que o autor refere a condição provisória definitiva desse sujeito.

Da forma que Ramos e Koga (2011) afirmam a importância de identificar as trajetórias de vida para compreender o território como um todo, entende-se neste trabalho a necessidade de considerar toda a trajetória migratória, todo o percurso realizado e seu contexto social para entender as condições de saúde dos imigrantes e como estes sujeitos constroem o seu acesso ao SUS.

Ainda nessa direção, é possível observar que o deslocamento humano não se dá como um projeto individual, mas sim, enquanto um projeto coletivo e familiar. Este elemento é visto por meio da responsabilidade que o migrante carrega de contribuir financeiramente com seus familiares por meio de remessas de dinheiro e além disso, do processo de reunião familiar, na medida em que há uma dinamicidade para que toda a família se reúna no país de acolhimento. Assim, é visível no gráfico abaixo a trajetória migratória dos sujeitos entrevistados referente ao tempo de permanência em cada país de migração, sendo citados apenas o Brasil, o Haiti e a República Dominicana.

Gráfico 10 – Tempo de permanência (anos) em cada país de migração, referente aos imigrantes entrevistados



Fonte: A própria autora.

Percebem-se que todos os sujeitos emigraram do Haiti há pelo menos seis anos como Herold e Marcelin, tendo inclusive Christa que deixou de morar em seu país de nascimento há dezessete anos. Essa relação distante temporalmente com seu próprio país de nascimento interfere na relação que vai sendo estabelecida com o Brasil. Como já foi abordado, estes imigrantes não apresentam uma referência clara de política pública de saúde, não compreendendo a totalidade do serviço de saúde, interferindo diretamente em suas decisões para acessar o equipamento público. Além disto, estes imigrantes já vivenciaram uma diversidade de sistemas de saúde, tanto públicos, privados e populares, que se encontram em um momento de ter que se adaptar ao sistema de saúde presente no Brasil, sendo que trazem consigo toda uma bagagem de saberes e práticas em saúde, como por exemplo, o uso de chás e ervas medicinais que são desconhecidos pela equipe de saúde, além do desconhecimento de serviços de promoção e prevenção que poderiam estar disponibilizados como forma de cuidado em saúde.

Com a análise de 49 prontuários, foi perceptível que os profissionais não consideram a trajetória migratória do sujeito enquanto determinante para o acesso à saúde, bem como não compreendem a importância de conhecer o imigrante como um todo. Em 77% dos prontuários clínicos, não havia qualquer registro acerca do fluxo migratório, sendo que em apenas 4% estava anotada a data de chegada ao Brasil,

em 12% foi relatado dificuldades referente a barreira comunicação, inclusive solicitando acompanhante para tradução na consulta seguinte e por fim, 6% tiveram em seus prontuários registrado o desconhecimento do histórico familiar, uma vez que seus pais biológicos faleceram no terremoto de janeiro de 2010 no Haiti. E, como já foi citado, o registro completo nos prontuários clínicos contribui para as melhorias no atendimento ao imigrante e além disto, para os processos de trabalho. No intuito de aprimorar a acessibilidade da população imigrante, garantir a longitudinalidade e um atendimento integral, entende-se que não está sendo considerado os determinantes sociais específicos de saúde que este grupo possui, além de que questões como vínculos e responsabilização na produção do cuidado acabam sendo negligenciadas, prevalecendo somente a perspectiva procedimental.

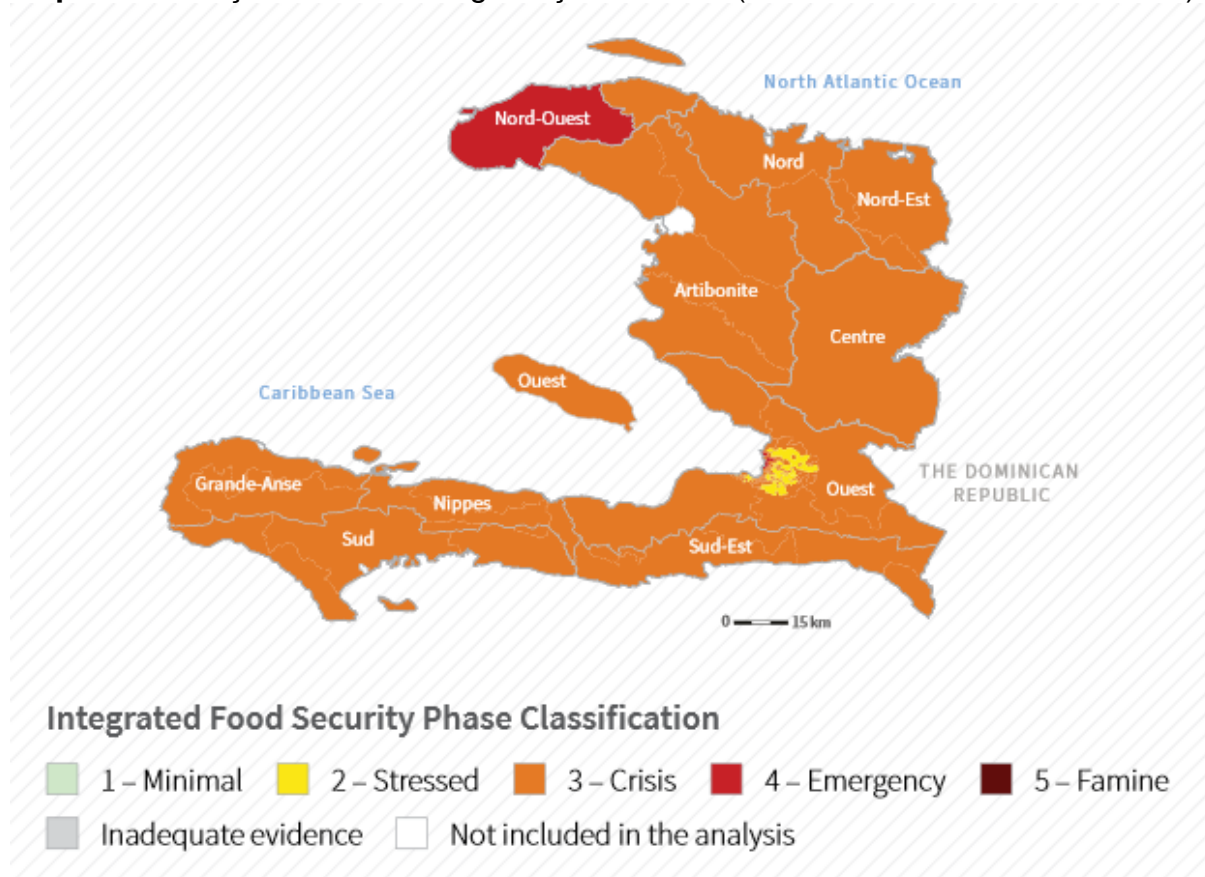
Para Borde, Hernández-Álvarez e Porto (2015, p. 845), “[...] no marco conceitual da CDSS, o sistema de saúde também é considerado um determinante intermediário da saúde, reconhecendo principalmente a influência das barreiras de acesso”.

Entre uma das questões que os sujeitos dessa pesquisa chamaram a atenção referentes às mudanças no estilo de vida após a migração foi a alimentação. Christa comenta que muitos imigrantes adoeceram por conta do consumo de alimentos industrializados e transgênicos no Brasil, visto que estavam acostumados a ingerir produtos de agricultura familiar, orgânicos e naturais no Haiti. De acordo com a informante, no Brasil há uma oferta abundante de alimentos industrializados a baixo custo que eles não tinham contato no Haiti e com isso, causa um estranhamento e adoecimento. Assim, em realidades sociais diferentes há determinantes de saúde diferentes, bem como compreensões diferentes sobre uma questão.

Além disso, conforme foi exposto no decorrer deste trabalho, quando o sujeito se desloca geograficamente, ele também migra entre sistemas de saúde e trazem consigo referências cuidado e de práticas em saúde. Para os haitianos, os alimentos “saudáveis” são uma forma de cuidados primários em saúde associada à agricultura de subsistência, mas o Brasil reforça o consumo industrializado de baixo custo em detrimento de alimentos orgânicos de valor bem superior. Dessa forma, embora reconheça os benefícios do primeiro, sua condição de vida e trabalho, impede de acessá-los, tampouco há ofertas públicas de incentivo e valorização à essas práticas alimentares às camadas populares.

Nesse sentido, também se faz pertinente expor os dados acerca da fome no Haiti e no Brasil. Como pode ser visto no Mapa 2, maior parte do território haitiano se encontra em crise na insegurança alimentar, sendo um dos focos de intervenção da ONU. Contudo, a conjuntura brasileira também tem apresentado riscos nessa direção. Em 2014, o país saiu do Mapa da Fome divulgado pela FAO (Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação), que demonstram quais países há mais do que 5% da sua população ingerindo uma quantidade diária de calorias inferior ao recomendado. Entretanto, a partir do relatório da FAO (2020b), a organização apresentou que há risco do país voltar ao próximo Mapa da Fome, em decorrência de diversos fatores dos anos 2015 a 2017: alta do desemprego, avanço da pobreza, corte de 1,1 milhão de beneficiários do Bolsa Família e o congelamento dos gastos públicos por até 20 anos.

Mapa 2 – Situação atual de insegurança alimentar (Outubro 2019 - Fevereiro 2020)



Fonte: FAO, 2020a.

A partir dessa discussão apresentada, percebem-se diversos determinantes sociais que implicam no processo saúde-doença, visto que os

imigrantes partem de uma realidade social, com condições sociais, econômicas, culturais e políticas diferentes das do Brasil, interferindo totalmente em suas condições de saúde. O mapa 2 ilustra a própria organização do Estado haitiano que não tem sido capaz de proteger de forma integral seus cidadãos.

Outro elemento que se destacou nas entrevistas foi a convivência comunitária, na medida em que os imigrantes residem em certas concentrações do território, próximos geograficamente; além de o único espaço de sociabilidade que eles frequentam neste território é a igreja, comunidade religiosa neopentecostal organizada pelos e para os haitianos. A partir da consolidação dessas redes de apoio e solidariedade, os imigrantes não possuem relações interpessoais com os outros moradores do território. Esse distanciamento ficou nítido durante a oficina de educação em saúde com as mulheres haitianas e brasileiras na UBS. As mulheres brasileiras comentam, no final da atividade, que nunca tinham conversado com alguma haitiana e que gostariam de ter momentos de maior aproximação e diálogo com essas mulheres, para conhecê-las. Novamente, de forma geral, os serviços públicos não têm contribuído para um espaço acolhedor e para a integração social desses sujeitos, todavia, caso houvessem, novas formas de relacionamento entre os grupos poderiam gerar novas formas de sociabilidade.

Com o sentimento de provisoriedade que o autor Sayad (1988) apresenta, o Estado não tem apresentado ações concretas de longo prazo para esses sujeitos e que sua inserção na sociedade brasileira seja pela via do direito social. Assim, as ações públicas são restritivas, tanto de acolhimento como de assistência, sendo que as ações voluntárias e filantrópicas são expressivas, resultando na própria organização dos imigrantes, ou no apoio de organizações da sociedade civil.

Contudo, os imigrantes, sujeitos dessa pesquisa, informaram que há dois anos, cerca de quinze famílias financiaram um terreno em um loteamento habitacional, no mesmo bairro da atual residência. O financiamento tem duração de doze anos e os próprios imigrantes estão construindo as casas aos sábados, único dia da semana livre desse grupo, visto que trabalham de segunda à sexta-feira e aos domingos, tem o culto religioso. Os haitianos estão construindo duas a três casas geminadas em um mesmo terreno e sua construção envolve todos os adultos, na medida em que os homens ficam responsáveis pela mão de obra e as mulheres, pela alimentação durante o dia todo. O princípio de solidariedade fica presente nesse momento, porque as famílias se ajudam entre si na construção da obra. Enfim, a

construção dessa moradia financiada quebra o mito de que esses sujeitos estão temporariamente no Brasil.

Em observação participante em um culto da comunidade religiosa haitiana, o pastor haitiano fez sua pregação pautada na caridade e na vida em comunidade, pediu aos seus fiéis que fortalecessem o Comitê de Serviço Social da respectiva igreja. Essa igreja é estruturada em comitês para que realizem um trabalho de acolhimento dos haitianos recém chegados para além dos cultos. Esse Comitê de Serviço Social é responsável pela arrecadação de produtos de necessidades básicas como a cesta básica para doação aos haitianos que possuem essa demanda. A liderança enfatizou o sentimento de partilha, pregando: “[...] não posso comer se o irmão do meu lado está passando fome”. Esse é um dos exemplos das formas de organização dos haitianos para a sua própria sobrevivência frente a omissão do Estado brasileiro e é a partir dessa solidariedade entre os “irmãos” da Igreja que as condições de vida e de trabalho são garantidas minimamente. Da mesma forma, por meio dessa rede de apoio, os imigrantes relatam que ao chegarem no Brasil residiram temporariamente na moradia de outros haitianos até que conseguissem um emprego e se estabilizassem financeiramente.

a exposição diferencial a condições de vida e trabalho insalubres não pode ser considerada aleatória, mas deve ser reconhecida como sistemática e funcional à expansão e consolidação do regime de acumulação capitalista e assente nos vários mecanismos de dominação (LANDER, 2005), e na divisão internacional do trabalho (BORDE; HERNÁNDEZ-ÁLVAREZ; PORTO, 2015, p. 850).

Como foi explanado no início desse trabalho, todos os haitianos informantes referem que migraram ao Haiti em razão das oportunidades de trabalho, e entre tantos mitos reproduzidos socialmente sobre esses sujeitos, a sociedade aponta que os imigrantes estão roubando os empregos dos brasileiros e estão trazendo doenças. Além de criar um sentimento de rivalidade e até culpabilização entre as diferentes nacionalidades, como já foi pontuado em outros trabalhos (BETTIOL LANZA *et al.*, 2018), os haitianos têm adoecido após o deslocamento ao Brasil.

Contudo, algo a ser destacado é que condições materiais de vida se diferem a condições de saúde. É visível que em detrimento das condições de saúde, as condições de vida melhoraram, como renda familiar para garantir alimentação, entre outros. Segundo o The World Bank (2020), a expectativa de vida no Haiti em

2016, era de 63 anos, e, no Brasil, 75 anos. Esses doze anos refletem as próprias condições de vida disponíveis em cada território a partir da segregação de lugares.

Percebe-se, assim, no discurso dos imigrantes, de que o trabalho é a prioridade deles. Com isso, pelas próprias condições de trabalho precárias, a alimentação, o bem estar e a convivência familiar não é priorizada. Os imigrantes vivenciam baixos salários, cargas horárias extrapoladas e poucos direitos trabalhistas.

Em relação às condições de trabalho, os autores [Solar e Irwin (2010)] afirmam que existem marcadas diferenças sociais no que concerne a exposição a agressores físicos, mentais, químicos e ergonômicos no local de trabalho e ainda destacam a vulnerabilidade diferenciada de trabalhadores em economias informais (BORDE; HERNÁNDEZ-ÁLVAREZ; PORTO, 2015, p. 844).

Na mesma direção, o autor Harvey (2011, p. 57) afirma que “[...] a força de trabalho potencial, tem gênero, raça, etnia e tribo ou se divide pela língua, orientação sexual e crença religiosa, e tais diferenças emergem como fundamentais para o funcionamento do mercado de trabalho”.

É nessa direção que Christa e Yolene comentam casos de adoecimento mental de familiares e amigos após seu deslocamento até o Brasil. Em decorrência da separação da família acarretada pelo deslocamento, Christa ainda refere que no Haiti, não era comum pessoas com doenças mentais e que causou um estranhamento com a realidade dos brasileiros.

Às vezes eu passei coisa sem comer, eu tenho muita amizade que passa fome, não tem roupa, não tem sandália. Nenhum de nós resolveu se matar! Eu nunca vi essa história de matar na minha vida. Nunca escutei, nunca. Mas eu vi essas coisas aqui no Brasil...É, mas essa depressão existe aqui muito grande. Não tem miséria, tem arroz, tem feijão, mas tanto paciente com depressão. Vai lá no meu país que não tem arroz e nem feijão. Vai lá! Por que eles não se matam? E nós não temos medo de morrer. E sempre falamos... “vai, nós vamos conseguir, vamos sair dessa”. Você pode se levantar um dia e só cantar, mesmo não tendo nada para comer... A gente não mata... A gente fala “amanhã vai ser outro dia” (CHRISTA, 2019).

Entre diversos fatores vinculados ao adoecimento mental, que não cabem nesse trabalho, a migração tem aparecido enquanto um agravante. Nesse sentido, Starfield (2002, p. 25) menciona que de fato, apenas o fato econômico não interfere exclusivamente nas condições de saúde, visto

Uma maior riqueza nacional não garante as condições socioeconômicas que produzem um alto nível de saúde. Os Estados Unidos, por exemplo, estão entre os países mais ricos, mas sua população não colhe os benefícios disso em termos de uma melhor saúde. A falta de uma relação consistente entre vários aspectos do

estado de saúde e a riqueza global do país está bem documentada (STARFIELD, 2002, p. 25).

Para reduzir as iniquidades sociais em saúde, a CDSS apresenta algumas propostas: “o financiamento justo [...]; as responsabilidades do mercado; a equidade de gênero; a tomada de decisões imparcial a partir de um empoderamento que garanta uma ampla participação na tomada de decisões referente à equidade em saúde e à boa condução governamental global” (BORDE; HERNÁNDEZ-ÁLVAREZ; PORTO, 2015, p. 850), além de emprego justo, trabalho decente, equidade no início da vida, moradias saudáveis e acesso universal à assistência médica. Porém, os autores apresentam que é equivocado esse posicionamento da CDSS, visto que “[...] desconhece os processos, os contextos sócio-históricos e as lutas sociais” (BORDE; HERNÁNDEZ-ÁLVAREZ; PORTO, 2015, p. 851). Assim, é de fundamental importância refletir a redução das iniquidades sociais em saúde atrelada a uma contextualização histórica dos avanços na mobilização social, a fim de superar o causa-efeito que permanece na epidemiologia convencional ainda. É preciso considerar os processos saúde-doença a partir dos determinantes sociais, contextualizado com a saúde no âmbito global que reflete as reproduções de dominação e exploração do sistema capitalista, sobretudo em relação ao seu recorte de classe, gênero e raça.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa buscou analisar o acesso dos imigrantes aos cuidados primários em saúde a partir da visão dos profissionais e usuários haitianos, residentes da Região Metropolitana de Londrina/PR. Para tanto, foram construídos três capítulos, trabalhando com revisão de bibliografia e dados da pesquisa empírica em todos os momentos. O percurso metodológico da pesquisa participante apresentou diversos desafios para a construção desse trabalho, porém, apenas por meio dessa investigação, foi possível aproximação de todos os atores envolvidos nos cuidados primários em saúde da população haitiana, os próprios usuários, os trabalhadores em saúde e o gestor local. Esse processo de imersão no campo foi importante para a pesquisa em articulação com os serviços de saúde e imigrantes, em decorrência de outras experiências investigativas. Foi possível alcançar resultados importantes no tocante ao objeto dessa pesquisa, que são os cuidados primários em saúde dos imigrantes haitianos.

Inicialmente, por meio da retomada da imigração internacional haitiana no Brasil, foi possível identificar que as formações sócio históricas do Haiti e do Brasil são marcadas pelo colonialismo, por reproduções de relações de dominação e exploração, ficando localizados no capitalismo periférico no cenário mundial. Assim, o deslocamento humano é uma das marcas da história de ambos os países, tanto no processo de constituição de sua sociedade quanto nos dias atuais.

Pelos dados apresentados, vê-se que entre diversas dificuldades vivenciadas pelos imigrantes em sua inserção na sociedade brasileira, o trabalho e o idioma se apresentam com maior ênfase. Ações da sociedade civil, sobretudo do campo religioso, tem se responsabilizado em detrimento da ausência do Estado no processo de acolhimento dos imigrantes, tendo na realidade investigada papel expressivo da Rede Cáritas do Brasil e da Pastoral do Imigrante. Ainda, foi possível identificar a organização dessa população imigrante no campo religioso por meio da constituição de igrejas pentecostais, exercendo em muitos momentos o acolhimento necessário. Destaca-se a importância desses espaços para o fortalecimento desse grupo, contudo, é necessário refletir acerca do risco de afastá-lo da lógica pública e da política, tendo em vista que são ações pautadas no assistencialismo e personalismo, e não do direito, como de fato, somente as ações públicas tem o dever de desenvolver nessa direção.

Mesmo tendo diversos arsenais legislativos na proteção dos direitos humanos no âmbito do direito internacional, percebe-se uma conjuntura de fechamento de fronteiras e restrição de políticas migratórias. Assim, permeada por uma intencionalidade política, o Brasil apresenta uma política migratória brasileira em 2017, por meio da Lei nº 13.445, contudo, pela conjuntura atual de acirramento do desmonte das políticas públicas, Reformas Trabalhistas e Previdenciárias aprovadas, há um isolamento da política migratória das políticas sociais. Entende-se que os imigrantes têm acesso aos direitos sociais como os brasileiros, contudo, a sua condição de imigrantes com suas particularidades de raça, trajetória de vida, gênero e classe social não têm sido levadas em conta na prestação de ações em saúde.

Nesse sentido, reitera-se que Sayad (1988) afirma que a sociedade visualiza o imigrante apenas como uma força de trabalho, provisória, em trânsito. Assim, os trabalhadores em saúde têm utilizado dessa característica como justificativa da ausência da política pública voltada a essa população diante essas perspectivas. Entretanto, o que tem sido observado é que os imigrantes estão há cerca de oito anos no território e demonstram interesse em permanecer no Brasil, a exemplo da compra de terrenos para construção de moradia própria.

O mapeamento do acesso dos imigrantes ao serviço básico de saúde foi possível principalmente por meio da análise de quarenta e nove prontuários clínicos dos usuários haitianos. Inicialmente, esse processo de coleta de dados já demonstrou a falta de sistematização de dados por parte da equipe de saúde. Além da impossibilidade de identificar os usuários de acordo com a sua nacionalidade nos sistemas de informação do SUS, os trabalhadores em saúde demonstraram ausência das informações segundo nacionalidade também, não obtendo qualquer conhecimento sistematizado dos haitianos naquele território. Ainda, após diversas fontes de informações, foi possível analisar 49 prontuários, sendo possível afirmar que de fato, há poucos registros acerca do fluxo migratório e das particularidades da condição de imigrante.

Ao investigar de forma geral o acesso dos imigrantes haitianos aos serviços de saúde, é possível afirmar que os haitianos acessam com pouca frequência, apresentando necessidades em saúde principalmente na área da saúde reprodutiva e nas especialidades oftalmologia e neurologia. As informações que possuem do sistema não foram fornecidas pelos trabalhadores em saúde e agentes públicos, além de que as mulheres haitianas têm acessado mais os serviços do SUS

do que os homens haitianos, assim como as mulheres brasileiras; justificado pela responsabilidade das mulheres no mundo do cuidado. Além disso, todos os sujeitos dessa pesquisa afirmaram que suas condições de saúde não melhoraram após o fluxo migratório e em paralelo com outras pesquisas (DIAS; GONÇALVES, 2007), há necessidade de quebrar o mito do imigrante não saudável.

Na tentativa de aprofundar os estudos sobre o acesso, os cuidados primários em saúde foram destacados, configurando-se pela sua possibilidade de proximidade da realidade social de seus usuários. A oferta dos cuidados primários em saúde no Brasil têm lugar de destaque, por meio da política pública, ou seja, pela Atenção Básica do SUS. Assim, foi visto que a UBS apresenta uma grande capilaridade no território, contudo, não tem se organizado de forma próxima de fato da população imigrante. Sem oferta de atividades de educação em saúde e ações que pense na comunicação em saúde, a Atenção Básica desse território tem se estruturado para atender demandas imediatistas e individuais. Fica visível a ausência da diretriz da territorialização dos serviços e da competência cultural; conhecimento dos territórios com suas fragilidades e potencialidades e no caso dos imigrantes, adequação das rotinas às condições específicas desse grupo.

Como foi visto no decorrer desse trabalho, os haitianos apresentam diferentes formas de produzir cuidados em saúde, ressaltando os saberes populares. A prevalência do uso dos chás e ervas medicinais expressa o pluralismo terapêutico e religioso, juntamente com a precariedade dos serviços ofertados pelo sistema médico público do Haiti. Assim, os cuidados primários em saúde são expressos como uma ação privada e pessoal a partir do uso que o sujeito faz das terapias disponíveis.

Outro elemento encontrado nessa pesquisa é que por mais que o SUS tenha sido construído no sentido da concepção ampliada de saúde, de uma gestão democrática e participativa, por meio da valorização dos territórios e assim, considerando os saberes populares, é visível que o agir em saúde nessa UBS estudada permanece centrada no saber biomédico e na visão curativista, pela sobreposição da lógica procedimental à produção do cuidado no cotidiano. Essa dedicação ao cuidado em saúde envolve acolhimento, responsabilização e vínculos (MEHRY, 1999) e por meio da análise da realidade investigada, percebe-se pouca interação da equipe com os imigrantes daquele território.

Há uma grande concentração de haitianos no território, porém a equipe da UBS não sistematiza as informações referentes desses sujeitos por parte

da UBS. Além de baixo cadastro na unidade estudada, os profissionais apresentam poucas informações e uma reprodução de estereótipos sobre esse grupo populacional, demonstrando que o trabalho de acompanhamento das famílias está defasado. Os registros incompletos dos profissionais e a ausência de ações educativas como potencialidades para aproximação e acolhimento dos imigrantes são elementos que demonstram as poucas informações que os serviços possuem, dificultando o planejamento das ações da equipe.

Foi observada a seguinte realidade na UBS investigada: de um lado, a lógica do sucateamento do sistema, com tendência à focalização, que se expressa em mecanismos de racionalização da gestão, reprodução de práticas individuais e curativistas, precarização dos processos de trabalho, práticas discriminatória; e, de outro, fragilização, quando não inviabilização, dos demais princípios, que afetam de forma diferenciada os imigrantes a partir de sua inserção no território. Assim, na tentativa de apreender as estratégias utilizadas pelos profissionais em saúde diante da nova reconfiguração do território com a chegada dos imigrantes, nota-se que há uma paralisia dos profissionais de saúde a partir de reprodução de ações individuais e imediatistas, justificada pelas precárias condições de saúde.

Sabe-se que o SUS foi construído no sentido da Reforma Sanitária, mas dentro dos projetos em disputa está a universalidade, que é ameaçada permanentemente; já os princípios de integralidade e equidade são pouco pautados. O impacto mais visível do desmonte da política de saúde nesse serviço público é o déficit de recursos humanos, por meio da falta de pelo menos dois médicos e dezoito ACS.

Durante essa pesquisa, deparou-se com uma diversidade de informações e relatos divergentes entre os imigrantes, demonstrando a impossibilidade de construir generalizações quando se refere a esses fluxos migratórios. Essas múltiplas percepções se deve à heterogeneidade entre os sujeitos, além disso diferentes formas de inserção na sociedade brasileira, visto que se referem a sujeitos que se diferem em relação a gênero, ocupação no mercado de trabalho, religião, tempo de permanência no Brasil, dentre outros.

Outra questão que se destacou na pesquisa empírica é como a trajetória migratória se apresenta como um determinante social para o processo saúde-doença e acesso aos cuidados primários, uma vez que os sujeitos mantêm diferentes relações com o Haiti e outros países, desenvolvendo diferentes estratégias

de manutenção de sua vida a partir de sua condição de classe, gênero e raça. São demonstradas as implicações dos imigrantes periféricos no países de capitalismo periférico, por meio da reprodução de relações sociais de exploração e dominação; Estados com políticas públicas frágeis por motivos diferenciados, mas reservam certa similaridade; e que produzem iniquidades em saúde ao não se comprometerem com a proteção social integral dos sujeitos. Ainda, é apresentada ao imigrante uma expectativa de neutralidade política, na medida em que o sujeito precisa lidar com os “nacionais” de forma cordial com espaços limitados estipulados, com destaque para as organizações religiosas específicas, reforçando a segregação entre as nacionalidades.

Por fim, essa pesquisa demonstra diversos desafios, tanto no âmbito de desenvolver pesquisa participante e construir uma relação horizontal com todos os sujeitos envolvidos, além de realizar estudos migratórios comprometidos com os direitos humanos e as políticas públicas.

Dessa maneira, fica notória a necessidade da discussão antropológica da saúde na formação dos recursos humanos em saúde, com o objetivo de sensibilizar e capacitar os futuros trabalhadores em saúde com a pluralidade nos processos saúde-doença, já que a competência cultural é um dos componentes da Atenção Primária. E, no intuito de identificar as potencialidades no território nessa nova configuração na Atenção Básica, os haitianos poderiam contribuir para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde e com a consciência sanitária dos sujeitos, por meio do vasto conhecimento de plantas para uso medicinal, terapias espirituais e tradicionais.

Entende-se que o desmonte das políticas públicas traz a descrença de que o serviço público pode ser efetivo, precarizando os processos de trabalho, repercutindo na vida de toda a sociedade, na medida em que o SUS atinge todo o território. Contudo, esse trabalho reafirma que o cuidado em saúde é produzido no cotidiano da vida do sujeito, e que há potencialidade na troca de saberes entre todos esses sujeitos por meio da mediação cultural. Com isso, compreende-se que o fortalecimento da APS possui uma intencionalidade política que reconheça a formação de recursos humanos sensibilizados com a produção dos cuidados primários, com a promoção e prevenção da saúde e que defenda um sistema público universal.

O investimento na Atenção Primária e nos cuidados primários em saúde, a partir do que está proposto na UBS, poderia contribuir para uma melhor forma

de integração dos imigrantes à sociedade brasileira. A política de saúde, especialmente nesse nível de atenção, tem um espaço privilegiado de encontro, diálogo e troca de saberes, que se direcionam para uma sociedade diversa culturalmente, capaz de acolher a todos.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, A. L. Atenção primária e o processo de trabalho em saúde. **Informe-se em promoção da saúde**, v. 3, n. 1, p. 1-3, jan./jun. 2007.

ABRAHÃO, A. L.; LAGRANGE, V. A visita domiciliar como uma estratégia da assistência no domicílio. *In*: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. A. (org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p.151-71.

ACIOLI, S. Sentidos e práticas de saúde em grupos populares e a enfermagem em saúde pública. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 21-26, jan./mar. 2006.

ACNUR; IMDH; CDHM. **Políticas Públicas para as Migrações Internacionais: migrantes e refugiados**. 2. ed. Brasília, dez. 2007.

ALMEIDA, C.; TATAGIBA, L. Os conselhos gestores sob o crivo da política: balanços e perspectivas. **Serviço Social e Sociedade - Sociedade Civil e Controle Social**, São Paulo, v. 109, p. 68-92, jan./mar. 2012.

ALMEIDA, G. F.; SOUSA, M. T. C. A proteção interna do imigrante ilegal: garantia e efetividade dos direitos humanos no Brasil. **Publica Direito**, 2014. Disponível em: <http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=89dddcb3bee5793>. Acesso em: 20 jan. 2019.

ALMEIDA, S. L. **O que é racismo estrutural?** Belo Horizonte: Letramento, 2018.

ANTUNES, R. A. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 8. impr. São Paulo: Boitempo, 2006.

AROUCA, A. S. S. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. 1975. 197 f. Tese (Doutorado em Medicina Social) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1975.

ASSIS, G. O.; SASAKI, E. M. Novos migrantes do e para o Brasil: um balanço da produção bibliográfica. *In*: CASTRO, M. G. (org.). **Migrações Internacionais: contribuições para políticas**. Brasília: CNPD, 2001. p.615-666.

Associação Brasileira de Proteína Animal (ABPA). **Mercado Externo**: a técnica de abate Halal. São Paulo, 2019. Disponível em: <http://abpa-br.com.br/setores/avicultura/mercado-externo/a-tecnica-de-abate-halal>. Acesso em: 20 mar. 2019.

Associação Brasileira de Proteína Animal (ABPA). **Relatório Anual 2018**. São Paulo, 2018. Disponível em: <http://abpa-br.com.br/setores/avicultura/publicacoes/relatorios-anuais/2018>. Acesso em: 20 mar 2019.

BADKE, M. R. *et al.* Saberes e práticas populares de cuidado em saúde com o uso de plantas medicinais. **Texto contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 363-370, abr./jun. 2012.

BANQUE MONDIALE. **Mieux dépenser pour mieux soigner**: um regard sur le financement de la santé em Haiti. Estados Unidos, 2017. Disponível em: <http://documents.worldbank.org/curated/en/835491498247003048/pdf/116682-WP-v2-wb-Haiti-french-PUBLIC-fullreport.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2019.

BARBOSA, M. A. *et al.* Crenças populares e recursos alternativos como práticas de saúde. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 38-43, 2004.

BASSO, P. Uma pantomima que denuncia guerras. **Jornal da Unicamp**, Campinas, 7 a 13 set. 2015.

BATISTA, L. E.; WERNECK, J.; LOPES, F. (org.). **Saúde da população negra**. 2 ed. Brasília, DF: Associação Brasileira de Pesquisadores Negros(ABPN), 2012.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política Social**: fundamentos e história. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BEIDACK, A. R. S.; FRESCA, T. M. Reestruturação urbana e novas centralidades: um estudo sobre a zona norte de Londrina-PR. **Boletim de geografia**, Maringá, v. 29, n. 2, p. 147-163, 2011.

BETTIOL LANZA, L. M *et al.* Os imigrantes internacionais na região metropolitana de Londrina: os mitos e os fatos. *In*: Encontro Nacional de Pesquisadoras/es em Serviço Social, XVII, Vitória. **Anais [...]**. Vitória, ES: ABEPSS/CFESS, 2018.

BETTIOL LANZA, L. M.; FAQUIN, E. S.; RIBEIRO, P. B. A. Imigrantes nos territórios: problematizações sobre intervenções profissionais nas políticas de seguridade social. **Revista Katálisis**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 271-280, maio/ago. 2018.

BETTIOL LANZA, L. M.; SANTOS, A. B.; RODRIGUES, J. R. Imigração, território e as políticas de seguridade social. **Argumentum**, Vitória, v. 8, n. 3, p. 54-66. set./dez. 2016.

BETTIOL LANZA, L.; RODRIGUES, J. O acesso ao trabalho de imigrantes na região metropolitana de Londrina PR: divergências e convergências. *In*: **20 anos depois: a contemporaneidade do pensamento de Abdelmalek Sayad**, 2018, São Paulo.

BOLETIN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. **Medicina tradicional y medicina moderna em Haiti**. 1984. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/17005/v96n4p368.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 10 nov. 2019.

BORDE, E.; HERNÁNDEZ-ÁLVAREZ, M.; PORTO, M.F.S. Uma análise crítica da abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde a partir da medicina social e saúde coletiva latino-americana. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 841-854, jul./set. 2015.

BORDIN, R. ; MISOCZKY, M. C. Sistema Nacional de Saúde do Haiti - Uma introdução. *In*: MISOCZKY, M. C. ; BORDIN, R. ; BARCELOS, R. **Fortalecimento da rede de serviços de saúde**: um relato da cooperação Brasil/Cuba/Haiti. Porto Alegre: Publicato Editora, 2015. p. 27-42.

BOSCHETTI, I. Os desafios para alcançar universalização de Seguridade Social. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da 1ª Conferência Mundial sobre o Desenvolvimento de Sistemas Universais de Seguridade Social**. Brasília: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 2012. p. 175-203.

BOTAZZO, C. Sobre a Atenção Básica: os cuidados primários de saúde no contexto da Reforma Sanitária brasileira. *In*: BOTAZZO, C. ; OLIVEIRA, M. A. (org.). **Atenção básica no Sistema Único de Saúde**: abordagem interdisciplinar para os serviços de saúde bucal. São Paulo: Páginas & Letras Editora e Gráfica, 2008. p. 1-12.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 1988.

BRASIL. Centro Cultural do Ministério da Saúde. **Apresentação da mostra**. 2020. Disponível em: <http://www.ccms.saude.gov.br/haiti/apresentacaodamostra.html>. Acesso em: 29 jan. 2020.

BRASIL. Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil, de 16 de julho de 1934. Nós, os representantes do povo brasileiro, pondo a nossa confiança em Deus, reunidos em Assembléia Nacional Constituinte para organizar um regime democrático, que assegure à Nação a unidade, a liberdade, a justiça e o bem-estar social e econômico, decretamos e promulgamos a seguinte. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 16 jul. 1934.

BRASIL. **Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

BRASIL. **Lei nº 9474, de 22 de julho de 1997**. Define mecanismos para a implementação do Estatuto dos Refugiados de 1951, e determina outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 jul. 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa - RN nº 259, de 17 de junho de 2011**. Dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde e altera a instrução normativa - IN nº 23, de 1º de dezembro de 2009, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTc1OA==>. 2011. Acesso em: 22 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Assessoria de Assuntos Internacionais em Saúde. **Haiti**. Disponível: <http://www.saude.gov.br/assessoria-internacional/relacoes-bilaterais/haiti>. Acesso em: 29 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção Primária à Saúde. **Quais as recomendações para o cálculo da média de consulta/ habitante/ ano ou consulta/ habitante/**

hora para os atendimentos médicos, de enfermagem e de odontologia em uma equipe de ESF? Disponível em: <https://aps.bvs.br/aps/quais-as-recomendacoes-para-o-calculo-da-media-de-consultahabitanteano-ou-consultahabitantehora-para-os-atendimentos-medicos-de-enfermagem-e-de-odontologia-em-uma-equipe-de-esf/>. Acesso em: 15 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.820**, de 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2009/01_set_carta.pdf. Acesso em: 01 abr. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436**, de 21 de setembro de 2017a. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 20 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488**, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2488-%5B5046-041111-SES-MT%5D.pdf>. Acesso em: 06 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.979**, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>. Acesso em: 10 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Teste rápido de gravidez na Atenção Básica:** guia técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/teste_rapido_gravidez_guia_tecnico.pdf. Acesso em: 20 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 9 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 703**, de 21 de outubro de 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt0703_21_10_2011.htm. Acesso em: 20 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Portaria nº 243**, de 25 de setembro de 2015. Dispõe sobre o Curso Introdutório para o Agente Comunitário de Saúde e Agente de Combate às

Endemias e seu conteúdo. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sgtes/2015/prt0243_25_09_2015.html.
Acesso em: 09 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Informática do SUS. **Cartão Nacional de Saúde: normas e procedimentos de uso** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Informática do SUS. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012.110 p.

BRASIL. Ministério das Relações Exteriores. **República do Haiti**. Disponível em:
<http://www.itamaraty.gov.br/pt-BR/component/content/article?id=5221:re>. Acesso em:
20 jan. 2019.

BRASIL. Ministério de Desenvolvimento Social. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. **Relatórios de Informações Sociais**. 2017c. Disponível em:
<https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/Rlv3/geral/relatorio.php#Contato da Gestao Municipal>. Acesso em: 20 out. 2017

BRASIL. **Resolução Normativa CNlq nº 97** de 12 jan. 2012b. Dispõe sobre a concessão do visto permanente previsto no art. 16 da Lei nº 6.815, de 19 de agosto de 1980, a nacionais do Haiti. Brasília: Conselho Nacional da Imigração, 2012.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. *In*: Mota, A. E. *et al.* (org.). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006. p. 88-110.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CAMPOS, G. W. S. Sobre um novo modo para pensar e fazer saúde pública. Comentários. *In*: VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, Sobral: Uva, 2001. p. 330-332.

CAMPOS, R. T. O. *et al.* Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade na perspectiva dos usuários. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 252-264, out. 2014.

CARVALHO, A. I.; BUSS, P. M. Determinantes sociais na saúde, na doença e na intervenção. *In*: GIOVANELLA, L. (org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 141-66.

CECÍLIO, L.C.O. **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde**. Comunidade de prática dos Oticis, 2004. Disponível em: <http://eps.otics.org/material/entrada-outros-ofertas/artigos/integralidade-e-equidade-na-atencao-a-saude-prof-dr-luiz-cecilio/view>. Acesso em: 31 jan. 2020.

CFM; DATAFOLHA. **Opinião dos brasileiros sobre o atendimento público na área de saúde**. 2018. Disponível em:
http://portal.cfm.org.br/images/PDF/datafolha_sus_cfm2018.pdf. Acesso em: 10 jan. 2020.

CISCON-EVANGELISTA, M. R.; MENANDRO, P. R. M. Trânsito religioso e construções identitárias: mobilidade social de evangélicos neopentecostais. **Psico-USF**, v. 16, n. 2, p.193-202, 2011.

CORDOBA, E. **SUS e ESF: Sistema Único de Saúde e Estratégia Saúde da Família**. São Paulo: RIDEEL, 2013.

CORRÊA, M. A. S. *et al.* Migração por sobrevivência: soluções brasileiras. **REMHU - Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana**, Brasília, ano XXIII, n. 44, p. 221-36, jan./jun. 2015.

CORREIA, M. V. C. Controle Social na Saúde. *In*: MOTA, A. E. *et al.* (org.). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 3. ed. São Paulo: Cortez; Brasília-DF: OPS, OMS, Ministério da Saúde, 2008. p. 111-138.

COSTA, G. **Memória da chegada de imigrantes haitianos a Manaus, 2010-2014: presença da Pastoral do Migrante**. São Paulo: Centro de Estudos Migratórios, 2016.

COSTA, G.A. Haitianos no Brasil. *In*: CUTTI, D. *et al.* **Migração, trabalho e cidadania**. São Paulo: EDUC, 2015. p. 59-87.

CUNHA, M.S.; SÁ, M.C. A visita domiciliar na Estratégia de Saúde da Família: os desafios de se mover no território. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, v. 17, n. 44, p. 61-73, jan./mar. 2013.

DIAS, S.; GONÇALVES, A. Migração e Saúde. **Revista Migrações - Número Temático Imigração e Saúde**, Lisboa, n. 1, p.15-26, set. 2007.

DIEME, K. *et al.* Autorizações concedidas a imigrantes pelo Conselho Nacional de Imigração (CNIg). *In*: CAVALCANTI, L.; OLIVEIRA, T.; MACEDO, M. (org.). **Imigração e Refúgio no Brasil**. Relatório Anual 2019. Brasília, DF: OBMigra, 2019. Série Migrações. p. 43-49.

DURAND, J.; LUSSI, C. **Metodologia e Teorias no Estudo das Migrações**. Jundiaí: Paco Editorial, 2015.

DURKHEIM, E. **As regras do método sociológico**. São Paulo: Abril Cultural, 1978.

DUTRA, D. **Migração internacional e trabalho doméstico: mulheres peruanas em Brasília**. Brasília: CSEM; Sorocaba- SP: OJM, 2013.

ELIAS, P. E. M.; DOURADO, D. A. Sistema de saúde e SUS: saúde como política social e sua trajetória no Brasil. *In*: IBÁÑEZ, N.; ELIAS, P. E. M.; SEIXAS, P. H. D. **Política e gestão pública em saúde**. São Paulo: Hucitec Editora: Cealag, 2011. p. 101-125.

EXCHANGE-RATES. **Taxas de câmbio entre Reais Brasileiros (BRL) para Gourdes do Haiti (HTG) em 25 de outubro de 2019**. 25 out. 2019. Disponível em: <https://pt.exchange-rates.org/Rate/BRL/HTG/25-10-2019>. Acesso em: 30 out. 2019.

FABIEN, J. Exército vermelho: a caminhada para a degenerescência social dos conflitos armados em citéssoleil?. *In*: Fórum do Programa de Pós-Graduação em

Sociologia do IFCH/Unicamp, 4, 2017, Campinas, SP. **Anais [...]**. Campinas, SP: UNICAMP/IFCH, 2017.

FAO. **Haiti**: Response overview - January 2020. 2020a. Disponível em: <http://www.fao.org/3/ca7636en/CA7636EN.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2020.

FAO. **Hunger and food insecurity**. 2020b. Disponível em: <http://www.fao.org/hunger/en/>. Acesso em: 20 jan. 2020.

FAQUIN, E. S.; BETTIOL LANZA, L. M. Imigrantes e seus “Acessos” às Políticas de Seguridade Social: reflexões acerca da Região Metropolitana de Londrina/PR. **O Social em Questão**, Ano XXI, n. 41, p. 131-154, maio/ago. 2018.

FERNANDES, D.; CASTRO, M. C. G.; RIBEIRO, C. Migração haitiana para o Brasil: Minas Gerais como destino, a fala dos haitianos. *In*: Seminário sobre Economia Mineira, XVI, 2014, Diamantina, MG. **Anais [...]**. Diamantina: CEDEPLR/UFMG. 2014.

FERNANDES, D; CASTRO, M. C. **Projeto de estudos sobre a migração haitiana no Brasil**: diálogo bilateral. Belo Horizonte: Ministério do Trabalho e Emprego. PUC Minas, 2014.

FERNANDES, F. **A Integração do Negro na Sociedade de Classes**. São Paulo: Ática, 1978. v. 1 e 2.

FERREIRA, D.G. Negritude e diferença no caso da imigração haitiana no sul do Brasil. **PERIPLoS - Revista de Investigación sobre Migraciones**, Brasília, v. 1, n. 1, 2017, p. 118-125.

FERTONANI, H. P. *et al.* Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 20, n. 6, p. 1869-1878, 2015.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado. *In*: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**: textos reunidos. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 151-171.

FRANZESE, C. Administração Pública em contexto de mudança. *In*: IBAÑEZ, N.; ELIAS, P. E. M.; SEIXAS, P. H. D. (org.). **Política e gestão pública em saúde**. São Paulo: Hucitec Editora: Cealag, 2011. p. 19-53.

GAJARDO, M. Pesquisa participante: propostas e projetos. *In*: BRANDÃO, C.R. (org.). **Repensando a pesquisa participante**. 2 ed. São Paulo: Editora brasiliense, 1985. p. 15-50.

GIODA, F. R. **Agentes, saberes e práticas no processo saúde/doença no Haiti**. 2017. 443 f. Tese (Doutorado em Sociologia Política) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 1475-1481, 2020.

GRANADA, D. *et al.* Discutir saúde e imigração no contexto atual de intensa mobilidade humana. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 21, n. 61, p. 285-296, 2017.

GUIMARÃES, R. B. Regiões de saúde e escalas geográficas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 4, p. 1017-1025, 2005.

HAITI. [Constituição (1987)]. **La Constitution de la République d’Haiti**. 1987. Disponível em: <https://www.ifrc.org/docs/IDRL/Haiti/Constitution%201987.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2019.

HAITI. Decreto Presidência. **Arrêté présidentiel, accordant le statut juridique au vaudou en Haiti**. 2003. Disponível em: <https://www.haiti-reference.com/pages/plan/religions/vodou-haitien/vodou-arrete-2003/>. Acesso em: 05 nov. 2019.

HAITI. **Journée mondiale de la santé 2018**. 2018. Disponível em: <http://mspp.gouv.ht/site/downloads/SANTE%20UNIVERSELLE%20POUR%20TOUS%20Correction.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2019. HAITI. Ministère de la Santé Publique et de la Population. **Loi Organique du Departement de la Santé Publique et de la Population**. 2005. Disponível em: https://www.mspp.gouv.ht/site/downloads/Loi_Organique.pdf. Acesso em: 10 nov. 2019.

HAITI. Ministère de la Santé Publique et de la Population. **Plan Directeur de Santé 2012 - 2022**. 2013. Disponível em: <http://mspp.gouv.ht/site/downloads/Plan%20Directeur%20de%20Sante%202012%202022%20version%20web.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2019.

HAITI. **Vers la reconnaissance officielle de la médecine traditionnelle en Haiti**. 2017. Disponível em: <http://mspp.gouv.ht/site/downloads/medecine%20traditionnelle%20en%20haiti.pdf>. Acesso em: 27 nov. 2019.

HARVEY, D. **O Enigma do Capital: e as crises do capitalismo**. Tradução de João Alexandre Peschanski. São Paulo, SP: Boitempo, 2011

JOSEPH, J. A. Evangelização hoje: cruzamento entre a religiosidade popular e o sincretismo do vodu no Haiti. **Revista Eletrônica Espaço Teológico**. v. 8, n. 13, p. 70-90, jan./jun. 2014.

KERGOAT, D. Divisão sexual do trabalho e relações sociais de sexo. *In*: HIRATA, H. *et al.* (org.). **Dicionário crítico do feminismo**. São Paulo: Editora Unesp, 2009. p. 67-75.

KOGA, D. **Medidas de cidades: entre territórios de vida e território vividos**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

LAMRANI, S. Cuba ou a globalização da solidariedade: o internacionalismo humanitário. **Opera Mundi**, 31 maio 2013. Disponível em: <https://operamundi.uol.com.br/opiniao/29161/cuba-ou-a-globalizacao-da-solidariedade-o-internacionalismo-humanitario>. Acesso em: 20 dez. 2019.

LANGDON, E .J.; WIJK, F .B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, n. 18, v. 3, p. 173-181, 2010.

LAPLANTINE, F. **Antropologia da doença**. São Paulo: Martins Editores, 2004.

LE BOTERF, G. Pesquisa participante: Propostas e reflexões metodológicas. *In*: BRANDÃO, C.R. (org.). **Repensando a pesquisa participante**. 2 ed. São Paulo: Editora brasiliense, 1985. p. 51-81.

LEÃO, L. H. C. *et al.* Migração internacional, saúde e trabalho: uma análise sobre os haitianos em Mato Grosso, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 7, p. 1-7, jul. 2017.

LUSSI, C. **A missão da Igreja no contexto da mobilidade humana**. Petrópolis, RJ: Vozes; Brasília, DF: CSEM, 2006.

MACIEL, S. M. Reforma (Contrarreforma) do Estado: reflexos na política de saúde. *In*: Jornada Internacional Políticas Públicas, n. 8, 2017, Maranhão. **Anais [...]**. Maranhão: UFMA, 2017. p. 1-12.

MAMED, L. H. Haitianos no Brasil: da entrada indocumentada pela Amazônia à inserção precarizada no mercado laboral. **Argumentum**, Vitória, v. 8, n. 3, p. 78-90, set./dez. 2016.

MARINUCCI, R. Mulheres, migrantes e muçulmanas. Percursos de discriminação e empoderamento. *In*: VASCONCELOS, A. M. N. V.; BOTEGA, T (org.). **Política migratória e o paradoxo da globalização**. Porto Alegre: EDIPUCRS, Brasília: CSEM, 2015. p. 189-207

MARINUCCI, R. Reconfiguração da identidade religiosa em contexto migratório. **Estudos de Religião**, v. 25, n. 41, p. 97-118, jul./dez. 2011.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. Atenção primária à saúde. *In*: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2 ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008, p. 44-49.

MELO, J. M. G. N.; MACEDO, S. T. G. F.; GRAÇA FILHO, J.O.F. Satisfação e lealdade dos clientes de clínicas médicas populares. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, v. 13, n. 2, p. 67-81, 2016.

MERHY, E. E. **O ato de cuidar**: a alma dos serviços de saúde? Campinas, 1999. Disponível em: <https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/territorio/o-ato-de-cuidar.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2019.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MILESI, R. **Haitianos no Brasil**: dados estatísticos, informações e uma recomendação. 2016. Disponível em: <http://www.migrante.org.br/index.php/migracao-haitiana2/373-haitianos-no-brasil-dados-estatisticos-informacoes-e-uma-recomendacao>. Acesso em: 06 mar. 2019.

MINAYO, M. C. S *et al.* **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 28. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2009.

MIOTO, R. C. T.; DAL PRÁ, K. R. Serviços sociais e responsabilização da família: contradições da política social brasileira. *In: Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social*, 13, 2012, Juiz de Fora. **Anais [...]**. Juiz de Fora: ABEPSS, 2012. p. 1-11.

MONKEN, M. *et al.* O Território na Saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. *In: MIRANDA, A. C. et al (org.). Território, Ambiente e Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 23-41.

NOGUEIRA, V. M. R.; MIOTO, R. C. T. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde - SUS e as Exigências para os Assistentes Sociais. *In: MOTA, E. et al. (org.). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009. p. 218-241.

NUNES, J. W. OLIVEIRA, S. D. Evidências da construção da figura do imigrante qualificado no Brasil: uma leitura a partir da lei nº 6.815/80. *In: VASCONCELOS, A. M. N.; BOTEGA, T. (org.). Política migratória e o paradoxo da globalização*. Porto Alegre: EDIPUCRS; Brasília: CSEM, 2015. p. 33-51.

NUNES, L. A. G. **Migração e Trabalho: O caso dos haitianos em Cascavel/PR**. Londrina. 2018. Dissertação (Mestrado em Geografia) – Centro de Ciências Exatas, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2018.

OIM. **Glossário sobre migração**. Genebra: Organização Internacional para as Migrações, 2009.

OLIVEIRA, A. T. R. Movimentação e registro de migrantes no Brasil: dados do STI e SINCRE. *In: CAVALCANTI, L.; OLIVEIRA, T.; MACEDO, M. (org.). Relatório Anual 2018: Migrações e Mercado de Trabalho no Brasil*. Brasília, DF: OBMigra, 2018. p. 55-74.

OLIVEIRA, A. T. R. Nova lei brasileira de migração: avanços, desafios e ameaças. **Revista Brasileira de Estudos de População**, Belo Horizonte, v. 34, n. 1, p. 171-179, jan./abr. 2017.

OLIVEIRA, E. M.; SANTOS, L. G. C. A política de acolhimento aos imigrantes no Brasil. *In: Encontro Anual da ANPOCS*, 39, 2015, Caxambu. **Anais [...]**. Caxambu: ANPOCS, 2015.

OLIVEIRA, H. C. O protagonismo dos usuários nos conselhos de assistência social. **Em Foco**, Rio de Janeiro, n. 4, p. 33-42, ago. 2008.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2013, v. 66, n. esp., p. 158-164.

ONU News. **Saiba tudo sobre o Pacto Global para Migração**. 8 dez. 2018. Disponível: <https://news.un.org/pt/story/2018/12/1650601>. Acesso em: 04 abr. 2019.

ONU/BR. **Agências da ONU lembram um ano da operação de acolhimento de venezuelanos.** 29 mar. 2019a. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/agencias-da-onu-lembram-um-ano-da-operacao-de-acolhimento-de-venezuelanos/>. Acesso em: 03 abr. 2019.

ONU/BR. **No Haiti, ONU investe US\$10,8 mi para recuperar produção agrícola devastada por furacão.** Brasil: FIDA, 06 ago. 2018a. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/no-haiti-onu-investe-us108-mi-para-recuperar-producao-agricola-devastada-por-furacao/>. Acesso em: 29 jan. 2019.

ONU/BR. **Programa de interiorização beneficia mais de 5 mil venezuelanos no Brasil.** 12 mar. 2019b. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/programa-de-interiorizacao-beneficia-mais-de-5-mil-venezuelanos-no-brasil/>. Acesso em: 03 abr. 2019.

ONU/BR. **Serviço e Sacrifício:** a contribuição do Brasil para a manutenção da paz. Rio de Janeiro: UNIC Rio, 26 jun. 2018b. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/servico-e-sacrificio-a-contribuicao-do-brasil-para-a-manutencao-da-paz/>. Acesso em: 29 jan. 2019.

OPAS/OMS. **Declaração de Alma-Ata.** Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. 1978. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>. Acesso em: 15 out. 2019.

PACHECO, C. A.; PATARRA, N. Movimentos migratórios anos 80: novos padrões? *In: PATARRA, N. et al. (org.). Migrações, Condições de Vida e Dinâmica Urbana:* São Paulo, 1980-1993. Campinas: Unicamp, 1997. p. 25-52.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira:** contribuição para a compreensão e crítica. 2007. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

PARANÁ. **Lei Complementar Estadual do Paraná nº 81, de 17 de junho de 1998.** Institui a Região Metropolitana de Londrina, constituída pelos municípios que especifica. Diário Oficial do Paraná nº 5272, Curitiba, PR, 17 jun. 1998.

PARISE, P. A Missão Paz e a acolhida a imigrantes haitianos e haitianas em São Paulo. *In: BAENINGER, R. et al. (org.). Imigração haitiana no Brasil.* Jundiaí, SP: Paco Editorial, 2016. p. 409-426.

PATARRA, N. L.; BAENINGER, R. Migrações internacionais recentes: o caso do Brasil. *In: PATARRA, N. L. (org.). Emigração e imigração internacionais no Brasil contemporâneo.* Campinas, 1996. v. 1. p. 78-87.

PEREIRA, C. P. **Proteção social no capitalismo:** contribuições à crítica de matrizes teóricas e ideológicas conflitantes. São Paulo: Cortez, 2016.

PIERANTONI, C. R. *et al.* Rotatividade da força de trabalho médica no Brasil. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 637-647. jul./set. 2015.

PINHEIRO, R. Cuidado em saúde. *In*: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 110-114.

PNUD. **PNUD está pronto para apoiar o Haiti na recuperação dos efeitos devastadores do Furacão Matthew**. 2016. Disponível em: <https://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/presscenter/articles/2016/10/07/o-pnud-est-pronto-para-apoiar-o-haiti-na-recupera-o-dos-efeitos-devastadores-do-furac-o-matthew.html>. Acesso em: 20 fev. 2020.

PÓVOA-NETO, H. Migrações internas e mobilidade do trabalho no Brasil atual: novos desafios para a análise. **Experimental**, São Paulo, n. 2, p. 11-24, mar. 1997.

PRANDI, R. Religião paga, conversão e serviço. **Novos Estudos-CEBRAP**, São Paulo, n. 45, 1996.

RAMBALDUCCI, M; SONOMURA, W. M. **Acompanhamento e análise mensal do mercado de trabalho nas principais cidades da região metropolitana de Londrina (referência dez. 2018)**. Londrina, 2019. Disponível em: www.utfpr.edu.br/londrina/...londrina/...regiao-metropolitana/relatorio Acesso em: 14 fev. 2019.

RAMOS, F.; KOGA, D. Trajetórias de vida: desafios da pesquisa sociourbanística e contribuição para a gestão pública. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 106, p. 335-364, abr./jun. 2011.

REIS, R. R. A política do Brasil para as migrações internacionais. **Contexto Internacional**, v. 33, n. 1, p. 47-69, jan./jun. 2011.

REIS; L. M.; RAMOS, N. Imigração e saúde de brasileiros residentes em Lisboa. **Revista Ambivalências**, v. 1, n. 2, p. 29-53, jul./dez. 2013.

REVISTA FÓRUM. Senegalês é chamado de 'macaco' e atingido por banana no Paraná. **Revista Fórum**, 10 set. 2015. Disponível em: <https://www.revistaforum.com.br/senegales-e-chamado-de-macaco-e-atingido-por-banana-no-parana/>. Acesso em: 30 jan. 2019.

RICHARD, I. Ebola: imigrantes negros são discriminados depois de caso suspeito em Cascavel. **Agência Brasil**, Brasília, 10 out. 2014. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2014-10/ebola-imigrantes-negros-sao-discriminados-no-brasil-depois-de-caso>. Acesso em: 25 mar. 2019.

ROCHA, S. A. ; BOCCHI, S. C. M. ; GODOY, M. F. Acesso aos cuidados primários de saúde: revisão integrativa. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 87-111, 2016.

RODRIGUES, D.; ORO, A. P. (org.). **Transnacionalização religiosa: religiões em movimento**. Porto Alegre: CirKula, 2014.

ROZEMBERG, B. Comunicação e participação em saúde. *In*: CAMPOS, G. W. S. *et al.* **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 741-766.

SANA, D. S. *et al.* Os processos de reterritorialização dos imigrantes haitianos na região de Londrina-PR e sua interface com as religiões. **Travessia**, São Paulo, ano XXXI, n. 82, v. 1, p. 187-204, jan./abr. 2018.

SANA, D. S.; RODRIGUES, J. R.; BETTIOL LANZA, L. M. Território e Imigração: aproximações acerca do acesso dos imigrantes haitianos à política de saúde na região de Londrina/PR. **Emancipação**, Ponta Grossa, v. 18, n. 2, p. 266-280, 2018.

SANA, D. S.; RODRIGUES, J. R.; PATRIARCHA, T. F. A imigração das mulheres haitianas na região de Londrina: reflexões sobre a divisão sexual do trabalho. *In*: Congresso Internacional de Política Social e Serviço Social, 2., 2017, Londrina. **Anais [...]**. Londrina: Universidade Estadual de Londrina, 2017. p. 1-12.

SANTOS, F. V. A inclusão dos imigrantes internacionais nas políticas do sistema de saúde brasileiro: o caso dos haitianos no Amazonas. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 477-494, abr./jun. 2016.

SANTOS, M. **A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção**. 4. ed. 2. reimp. São Paulo: Editora Da Universidade de São Paulo, 2006.

SANTOS, M. **Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal**. 6. ed. Rio de Janeiro: Record, 2001.

SANZ ABAD, J. **Entre “cumplir” y “hacer cosas”**. Estrategias económicas y simbolismo en el uso de las remesas de la migración ecuatoriana en Espanha. Tese (Doutorado em Antropologia) – Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, 2009.

SÃO PAULO. **Decreto nº 57.533, de 15 de dezembro de 2016**. Regulamenta a Lei nº 16.478, de 8 de julho de 2016, que institui a Política Municipal para a População Imigrante. SÃO PAULO: Câmara Municipal, 2016. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/sp/s/sao-paulo/decreto/2016/5753/57533/decreto-n-57533-2016-regulamenta-a-lei-n-16478-de-8-de-julho-de-2016-que-institui-a-politica-municipal-para-a-populacao-imigrante>. Acesso em: 22 nov. 2019.

SÃO PAULO. **Lei nº 16.478, de 8 de julho de 2016**. Institui a Política Municipal para a População Imigrante, dispõe sobre seus objetivos, princípios, diretrizes e ações prioritárias, bem como sobre o Conselho Municipal de Imigrantes. São Paulo: Câmara Municipal, 2016. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/sp/s/sao-paulo/lei-ordinaria/2016/1647/16478/lei-ordinaria-n-16478-2016-institui-a-politica-municipal-para-a-populacao-imigrante-dispoe-sobre-seus-objetivos-principios-diretrizes-e-acoes-prioritarias-bem-como-sobre-o-conselho-municipal-de-imigrantes>. Acesso em: 22 nov. 2019.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania. Coordenação Imigrantes e Trabalho Decente. **Propostas aprovadas na Plenária Final Conferência**. 2019. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/direitos_humanos/participacao_social/CONSELHOS/CONSELHO%20IMIGRANTES/CONFERENCIA/Propostas.pdf. Acesso em: 14 fev. 2020.

SARIS, S. Luta diária - imigrantes reconfiguram mercado. **Folha de Londrina**, Londrina, 13 maio 2018. Disponível em:

<https://www.folhadelondrina.com.br/geral/luta-diaria---imigrantes-reconfiguram-mercado-1006607.html>. Acesso em: 18 fev. 2020.

SAYAD, A. **A imigração ou os paradoxos da alteridade**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1998.

SCHEFFER, M. (org.). **Demografia médica no Brasil 2018**. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina, 2018.

SCRAIBER, L. B. ; MOTA, A. ; NOVAES, H. M. D. Tecnologias em saúde. *In*: PEREIRA, I. B. ; LIMA, J. C. F. (org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed., rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 382-392.

SEGUY, F. **A catástrofe de janeiro de 2010, a “Internacional comunitária” e a recolonização do Haiti**. 2014. 399 f. Tese (Doutorado em Sociologia) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2014.

SEGUY, F. **Globalização neoliberal e lutas populares no Haiti: crítica à modernidade, sociedade civil e movimentos sociais no estado de crise social haitiano**. 2009. 219 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2009.

SEGUY, F. Seis séculos de veias abertas. **PUCviva**, São Paulo, v. 37, p. 9-21, jan./abr. 2010.

SILVA, E. **Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo**. São Paulo, Cortez, 2011.

SILVA, G. M.; RASERA, E. F. A construção do SUS-problema no jornal Folha de S. Paulo. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n.1, p. 61-76, 2011.

SILVA, M. A. B. Racismo institucional: pontos para reflexão. **Laplage em Revista**, Sorocaba, v. 3, n. 1, p. 127-136, jan./abr. 2017.

SILVA, S. A. Fronteira amazônica: passagem obrigatória para haitianos? **REMHU - Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana**, Brasília, Ano XXIII, n. 44, p. 119-134, jan./jun. 2015.

SINGER, P. Migrações internas: considerações teóricas sobre o seu estudo. *In*: SINGER, P. **Economia Política da Urbanização**. 14. ed. São Paulo: Contexto, 1998.

SOPELETE, M. C.; BISCARDE, D. G. S. Acesso aos serviços de saúde na realidade brasileira: sugestões para superação de alguns desafios. *In*: Encontro de pesquisa em educação, 7., 2013, Uberaba, MG. **Anais [...]**, Uberaba, 2013.

SPOSATI, A. Território e gestão das políticas sociais. *In*: **Serviço Social em Revista**, Londrina, v. 16, n. 1, p. 5-18. jul./dez. 2013.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TAPPA, T. **A política brasileira de migrações no contexto da governança global migratória.** 2017. Dissertação (Mestrado em Relações Internacionais) - Instituto de Relações Internacionais, Universidade de Brasília, Brasília, 2017.

TEIXEIRA, M. G. L. C.; PAIM, J. S. Os programas especiais e o novo modelo assistencial. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 264-277, jul./set. 1990.

THE WORLD BANK. **Data for Brazil, Haiti.** Disponível em: <https://data.worldbank.org/?locations=BR-HT>. Acesso em: 20 jan. 2020.

THIOLLENT, M. Notas para o debate sobre pesquisa-ação. *In*: BRANDÃO, C.R. (org.). **Repensando a pesquisa participante.** São Paulo: Brasiliense, 1985. p. 82-103

TONHATI, T.; MACEDO, M.; QUINTINO, F. Autorizações de trabalho concedidas a não nacionais pela Coordenação Geral de Imigração (CGI) 2011-2017. *In*: CAVALCANTI, L.; OLIVEIRA, T.; MACEDO, M. (org.). **Relatório Anual 2018: Migrações e Mercado de Trabalho no Brasil.** Brasília, DF: OBMigra, 2018. p. 45-54.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. *In*: GIOVANELLA, L. (org.) **Políticas e sistemas de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 215-243.

TRIVIÑOS, A. N. S. Pesquisa qualitativa. *In*: TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 1987. p. 116-170.

VAINER, C. B. Estado e migrações no Brasil: anotações para uma história de políticas migratórias. **Travessia**, São Paulo, n. 36, p. 15-32, jan./abr. 2000.

VAZ, A. **Muito além da paz: A Missão Humanitária da ONU no Haiti.** Curitiba: Appris, 2015.

VENTURA, D. F. L.; YUJRA, V. Q. **Saúde de migrantes e refugiados.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2019.

VERONEZI, R.; BROTTTO, V. Como brasileiros no exterior reagiram às falas de Bolsonaro sobre migração. **MigraMundo**, São Paulo, Estrasburgo (França), 20 mar. 2019. Disponível em: <https://migramundo.com/como-brasileiros-no-externo-reagiram-as-falas-de-bolsonaro-sobre-migracao/>. Acesso em: 04 abr. 2019.

VICTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. Metodologias Qualitativa e Quantitativa. *In*: VICTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema.** Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000. p. 33-44.

VILAÇA, H. **Imigração, etnicidade e religião**: o papel das comunidades religiosas na integração dos imigrantes da Europa de Leste. Lisboa: Observatório da Imigração e Alto Comissariado para a Imigração e o Diálogo Intercultural, 2008.

VILLEN, P. O estigma da ameaça ao emprego pelos periféricos na periferia: crise e imigração no Brasil. **RUA**, Campinas, v. 1, n. 21, p. 247-264, nov. 2015.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 535-549, 2016.

WORDL BANK. **Physicians (per 1,000 people) - Haiti, Cuba, Brazil**. Disponível em <://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.PHYS.ZS?end=2018&locations=HT-CU-BR&start=1960&view=map> . Acesso em: 26 nov. 2019. Tradução nossa.

APÊNDICES

APÊNDICE A

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA
CENTRO DE ESTUDOS SOCIAIS APLICADOS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL E POLÍTICA SOCIAL**

PROPOSTA DE ROTEIRO DE ATIVIDADE DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Data: 24 de janeiro de 2019 (quinta-feira)

Horário: 14 horas

Local: UBS investigada

Equipe responsável: Julia Rodrigues e equipe da UBS

Tema: Territorialização em saúde

Objetivo da atividade: Propiciar um espaço para as mulheres expressarem suas necessidades em saúde, suas inquietações e suas percepções acerca da saúde da mulher e seu cotidiano.

Materiais: Papel craft, cartolinas, canetas, fita crepe, avaliação física, folders informativos, rotas de intervenção, revistas, tesoura, cola (responsável Julia).

14h15: Boas vindas, apresentação da equipe e da atividade

14h20: Apresentação das mulheres

14h30: Apresentação da proposta de atividade; Leitura do TCLE; Passar lista de presença

14h45: Atividade grupal (duração 25 min)

Divisão das mulheres usuárias e trabalhadores em grupos para que os sujeitos discutem e elaborem cartazes em grupos menores acerca de tais perguntas norteadoras:

- O que é ser mulher?
- O que é preciso que a mulher faça para que ela tenha saúde?
- Sobre o que vocês gostariam de conversar neste grupo?

15h10: Apresentação dos grupos (duração 5 min para cada grupo)

Cada grupo deve comentar sobre a discussão realizada e apresentar propostas de temáticas para as atividades futuras.

15h30: Construção de um plano de trabalho

Sistematizar as propostas apresentadas;

Definir a frequência, o horário e o dia, mediante disponibilidade das participantes.

15h45: Momento avaliativo da atividade

Oralmente e distribuído um papel com expressões faciais de satisfação.

*Lembretes: passar lista de presença - TCLE (para gravar) - posso pedir autorização verbal para "consenso" e durante a atividade passar o TCLE?

APÊNDICE B

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA
CENTRO DE LETRAS E CIÊNCIAS HUMANAS
LABORATÓRIO DE ESTUDOS SOBRE RELIGIÕES E RELIGIOSIDADES
PROFA. DRA. CLAUDIA NEVES DA SILVA E PROF. DR. FABIO LANZA

ROTEIRO SEMIESTRUTURADO PARA OBSERVAÇÃO DE CELEBRAÇÃO RELIGIOSA

- Dia:
- Horário:
- Endereço:
- Nome da denominação religiosa:
- Número aproximado de participantes no evento:
- Observadora:

Anotações sobre:

1. líderes religiosos:
2. participantes:
3. participantes envolvidos na realização:
4. elementos físicos do espaço religioso:

Indicações sobre o evento religioso observado:

1. musicalidade:
2. uso de tecnologias:
3. grupos de animação da cerimônia:

Análise do discurso religioso predominante:

1. perceber se há referência do líderes/líderes a aspectos externos (sociais, políticos, econômicos, outros)
2. perceber se há referência à política social, em específico a saúde (iniciativa de quem, assunto abordado, encaminhamento)

Outras observações pertinentes

APÊNDICE C
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA
CENTRO DE ESTUDOS SOCIAIS APLICADOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL E POLÍTICA SOCIAL

Discente: Julia Ramalho Rodrigues

Orientadora: Profa. Dra. Líria Maria Bettiol Lanza

Co-orientador: Prof. Dr. Francesco Romizi

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM IMIGRANTES

Identificação

Nome:		Idade:
Estado Civil:		Filhos:
Qualificação profissional:		
Ocupação:		Empregado: () Sim () Não
Ano de chegada no Brasil:	Chegada no	:

Acesso aos cuidados primários em saúde no Haiti

1. Como você cuidava de sua saúde no Haiti?
2. Com qual frequência e motivo que procurava o sistema médico público de saúde?
3. Me explique brevemente como se dá o atendimento no sistema médico público de saúde haitiano (profissionais, procedimentos).
4. Como você avalia o sistema público de saúde no Haiti?

Percepção de sua saúde

5. Você se considera uma pessoa saudável? Justifique sua resposta.
6. O que você faz para preservar sua saúde?
7. Como está se sentindo desde que chegou ao Brasil? Seu estilo de vida, em termos de hábitos sociais e alimentares, alteraram depois que chegou no Brasil? Suas formas de cuidados em saúde praticadas no Haiti permaneceram no Brasil?

Acesso aos cuidados primários em saúde no Brasil

8. O que você sabe do SUS?
9. Como você ficou sabendo do funcionamento do SUS?
10. A UBS é longe ou perto da sua casa? Como se dá o seu deslocamento até o serviço?
11. Você já acessou a UBS? Conte como foi essa experiência, desde sua necessidade até o atendimento. Sentiu alguma dificuldade?

12. Com qual profissional você teve contato em primeiro momento?
13. Como foi o momento na sala de espera? Demorou para ser atendido?
Conversou com outros “pacientes”?
14. Solicitaram quais documentos para o atendimento? Possui cartão SUS?
15. Houveram encaminhamentos no atendimento, retornos, pedido de exames ou prescrição de medicamento? Se sim, como foi o atendimento nesses outros serviços de saúde?
16. Você teve algum gasto financeiro?
17. Com qual frequência você acessa este serviço? Isto ocorre principalmente por quais demandas?
18. Quais serviços ofertados pela UBS você já acessou?
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Consulta médica -
Pediatra | <input type="checkbox"/> Consulta médica - Ginecologia |
| <input type="checkbox"/> Exames laboratoriais | <input type="checkbox"/> Consulta médica - Clínico Geral |
| <input type="checkbox"/> Teste rápido | <input type="checkbox"/> Procedimentos odontológicos |
| <input type="checkbox"/> Vacinação | <input type="checkbox"/> Pré-natal |
| <input type="checkbox"/> Medicamento | <input type="checkbox"/> Grupo de Caminhada |
| | <input type="checkbox"/> Teste de gravidez |
| | Outros: |
-
19. Como foi seu contato com a equipe de saúde? Já foi atendido novamente pelos mesmos profissionais?
20. O horário de funcionamento da UBS possibilita o seu acesso?
21. Algum profissional de saúde já visitou sua casa? Se sim, como foi? Sempre tem pessoas na sua casa durante o dia?
22. Você já foi convidado para participar de alguma atividade na UBS?
23. Já te informaram sobre os exames preventivos e uso de preservativos?
24. Em sua opinião, a UBS estava preparada lhe atender? Por que?
25. Você sentiu um atendimento diferente pelos profissionais? Se sim, porquê?
26. De sua experiência no SUS, o que deve ser mantido e o que precisa ser melhorado? Justificar a resposta.
27. Pretende permanecer sendo atendido no serviço público? Por quê? Em que condições acessaria mais os serviços de saúde, principalmente ações de prevenção e promoção à saúde?

APÊNDICE D



MUNICÍPIO: _____

DATA ____/____/____

I – CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

1. Sexo: () F () M

2. Idade: _____ anos

3. Cidade de nascimento _____

4. País de nascimento _____

5. Localidade anterior ao Brasil: _____

6. Permanência Brasil:

1	Menos de 6 meses	
2	6 meses a 1 ano	
3	De 1 ano a 2 anos	
4	De 2 anos a 3 anos	
5	De 3 anos a 4 anos	
6	De 4 anos a 5 anos	
7	Mais de 5 anos	
8	Não sabe/Não respondeu	

7. Pretende permanecer no Brasil?

() Sim

() Não, para onde pretende ir? _____

() Não sabe

8. Estado civil:

1	Solteiro	
2	Casado/União Estável	
3	Divorciado/Separado	
4	Viúvo	

9. Escolaridade:

1	Sem Escolaridade	
2	Ensino Fundamental incompleto	
3	Ensino Fundamental completo	
4	Ensino Médio incompleto	
5	Ensino Médio completo	
6	Formação Técnica	
7	Ensino Superior incompleto	
8	Ensino Superior completo	
9	Pós Graduação	

II – CAUSAS DA EMIGRAÇÃO

10. Principal razão que o(a) levou a emigrar:

1	Melhores condições de vida	
2	Prosseguimento de estudos	
3	Questões Políticas/econômicas	
4	Trabalho	
5	Reunião familiar	
6	Outra. Qual?	

III - INSERÇÃO NA COMUNIDADE BRASILEIRA

11. Quando veio para o Brasil veio acompanhado por quem?

1	Sozinho	
2	Família	
3	Amigos	
4	Outros. Quem?	

12. Alguém o tem auxiliado desde que chegou ao Brasil?

() Sim () Não

13. Caso tenha respondido **SIM**, quem?

1	Família	
2	Amigos	
3	Serviços Públicos	
4	Entidades Religiosas	
5	Outros. Quem?	

14. Caso tenha respondido **SIM**, em que áreas recebeu auxílio?

1	Trabalho	
2	Alojamento	
3	Idioma	
4	Documentação/Legalização	
5	Outras. Quais?	

15. Principais dificuldades para inserção na sociedade brasileira:

1	Sem dificuldades	
2	Costumes diferentes	
3	Dificuldades no acesso à moradia	
4	Discriminação	
5	Idioma	
6	Outras. Quais?	

16. Que tipo de visto/documento possuía quando chegou ao Brasil?

1	Visto de trânsito	
2	Visto de turista	
3	Visto temporário	
4	Visto permanente	
5	Visto de cortesia	
6	Visto oficial	
7	Visto diplomático	
8	Visto de estudante	

9	Apenas passaporte	
---	-------------------	--

17. Preencha a tabela sobre o domínio da língua portuguesa:

Idioma	MB	B	R	I
Português falado				
Leitura de textos escritos em português				
Escrita de textos em português				

18. Onde /com quem aprendeu português (falado)?

1	Sozinho	
2	Família	
3	Amigos	
4	Outros. Quem?	

19. Em que idioma se fala, habitualmente, em casa?

1	Nativo	
2	Português	
3	Matriz lusófona	
4	Outro. Qual?	

20. Costuma participar de festas/encontros organizados pela comunidade de imigrantes?

1	Sim	
2	Não	
3	Às vezes	
4	Não sabe	

21. Costuma participar de festas/encontros organizados pela sua comunidade atual?

1	Sim	
2	Não	
3	Às vezes	
4	Não sabe	

22. Para você é importante manter contato com seu país?

1	Sim	
2	Não	
3	Não sabe	

23. Caso tenha respondido **SIM**, que tipo de contato?

1	Telefônico	
2	Internet (E-mail/Redes Sociais)	
3	Skype/Conversas por vídeo	
4	Viagem	
5	Envio de dinheiro	
6	Outros. Quais?	

24. Você costuma obter informações sobre o seu país de origem?

() Sim () Não

25. Caso tenha respondido **SIM**, onde costuma obter informações sobre seu país?

1	Família	
2	Internet	
3	Amigos	
4	Meios de comunicação (jornais, televisão, rádio)	
5	Outros. Quais?	

26. Pratica atividades em seu tempo livre?

Sim. Quais?	() Entretenimento
() Esporte	() Religião
() Cultura	() Outros: _____
Não	
Às vezes. Quais?	() Entretenimento
() Esporte	() Religião
() Cultura	() Outros: _____
Não sabe	

IV – CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA, PROFISSIONAL E FAMILIAR.

27. Qual é sua situação profissional neste momento?

1	Empregado	
2	Desempregado	
3	Beneficiário	
4	Informalidade	

28. Caso esteja empregado, possui registro em carteira?

1	Sim	
2	Não	
3	Não sabe	

29. Qual era sua ocupação ou profissão principal no seu país?

30. Atualmente, qual é sua profissão/ocupação no Brasil?

31. Qual foi sua renda no último mês?

1	Menos de R\$250,00	
2	R\$250,00-R\$500,00	
3	R\$501,00-R\$1.000,00	
4	R\$1.001,00-R\$1.500,00	
5	R\$1.501,00-R\$2.000,00	
6	Mais de R\$2.000,00	

32. Indique o tipo de moradia:

1	Própria	
2	Alugada. Qual é o valor do aluguel que você paga?	
3	Quarto	
4	Casa de Familiares	
5	Casa de Amigos	
6	Barraca	
7	Pensão. Valor mensalidade?	
8	Estaleiro/obra/local de trabalho	
9	Em situação de rua	
10	Outro. Qual?	

33. Há quantos cômodos na moradia? _____ divisões (excluídos cozinha, banheiros e corredor).

34. Indique se existe na moradia:

1	Cozinha	
2	Banheiro	
3	Banheira/Chuveiro	
4	Água encanada	
5	Saneamento	
6	Eletricidade	
7	Internet	

35. Padrão construtivo da moradia:

1	Alvenaria	
2	Madeira	
3	Lona	
4	Mista Alvenaria/Madeira	
5	Mista – Madeira/Lona	
6	Outro. Qual?	

36. Qual é o estado de conservação da moradia que habita?

1	Bom	
2	Razoável	
3	Ruim	
4	Não sabe	

37. Qual o nº de residentes com quem partilha a moradia? _____ residentes.

38. Caso more com alguém, eles são:

1	Familiares	
2	Amigos	
3	Colegas de trabalho	
4	Outros. Quem?	

Nacionalidades: _____

39. Se respondeu família, preencha as informações solicitadas:

1. Parentesco: _____

2. Sexo: ___ homens ___ mulheres

3. Idades: _____

Situação Profissional	Qtde
Emprego formal	
Emprego informal	
Desempregados	
Beneficiários	

40. Tem filhos? () Sim () Não

41. Se sim, tem filhos em escola brasileira: () Sim () Não () Não sabe

42. Está satisfeito com o ensino público? () Sim () Não () Não sabe

43. Você tem religião? () Sim () Não

44. Caso tenha respondido **SIM**, qual?

45. Em sua comunidade religiosa há outros imigrantes?

1	Sim, exclusivamente imigrantes	
2	Sim, imigrantes em sua maioria	
3	Sim, poucos imigrantes	
4	Não	
5	Não frequenta	

V – POLÍTICAS DE SEGURIDADE SOCIAL

46. Você já ouviu falar do SUS?

1	Sim	
2	Não	
3	Parcialmente	

47. Sabe onde estão localizados os serviços de saúde?

1	Sim	
2	Não	
3	Parcialmente	

48. Já foi atendido em algum serviço de saúde?

1	Sim	
2	Não	
3	Não sabe	

49. Caso tenha respondido **SIM**, em qual:

1	Unidade Básica de Saúde	
2	Hospital	
3	Centro de Especialidades	
4	Farmácia Popular	
5	UPA	
6	SAMU – Urgências	
7	Serviços Odontológicos	
8	CISMEPAR	
9	Outro. Qual?	

50. Caso tenha sido atendido, como foi o atendimento:

1	Muito bom	
2	Bom	
3	Satisfatório	
4	Ruim	
5	Muito ruim	
6	Não sabe	

51. Se o atendimento **NÃO** foi bem avaliado, Indique os motivos:

1	Tempo de espera	
2	Qualidade	
3	Comunicação	
4	Discriminação	
5	Outros. Quais?	

52. Caso **NÃO** tenha sido atendido em serviços de saúde, isto se deu por quê?

1	Não precisei	
2	Plano Privado	

3	Dificuldade de acesso	
4	Falta de informação	
5	Preferi pagar	
6	Outro. Qual?	

53. Você já ouviu falar da Assistência Social?

1	Sim	
2	Não	
3	Parcialmente	

54. Sabe onde estão localizados os serviços da Assistência Social?

1	Sim	
2	Não	
3	Parcialmente	

55. Já foi atendido em algum serviço da Assistência Social?

1	Sim	
2	Não	
3	Não sabe	

56. Caso tenha respondido SIM, em qual:

1	CRAS	
2	CREAS	
3	Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos	
4	Centro de Convivência da Pessoa Idosa	
5	Serviço de Acolhimento a pessoa em situação de rua	

6	Serviço de Acolhimento Institucional para idosos	
7	Serviço de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes	
8	Outro. Qual?	

57. Caso tenha sido atendido, como foi o atendimento:

1	Muito bom	
2	Bom	
3	Satisfatório	
4	Ruim	
5	Muito ruim	
6	Não sabe	

58. Se o atendimento NÃO foi bem avaliado, Indique os motivos:

1	Tempo de espera	
2	Qualidade	
3	Comunicação	
4	Discriminação	
5	Outros. Quais?	

59. Caso NÃO tenha sido atendido em serviços de assistência social, isto se deu por quê?

1	Não precisei	
2	Dificuldade de acesso	
3	Falta de informação	
4	Outro. Qual?	

60. Possui Cadastro Único?

1	Sim	
2	Não	
3	Não sabe	

61. Recebe algum tipo de benefício?

1	Programa Bolsa Família	
2	Benefício de Prestação Continuada	
3	Cupom Alimentação	
4	Outro. Qual?	

62. Você já ouviu falar da Previdência Social?

1	Sim	
2	Não	
3	Parcialmente	

63. Já recebeu Seguro Desemprego?

1	Sim	
2	Não	
3	Não sabe	

Espaço destinado para o pesquisador anotar dados relevantes da pesquisa de campo:

APÊNDICE E

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO CUIDADOS PRIMÁRIOS EM SAÚDE E IMIGRAÇÃO HAITIANA

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) para participar da pesquisa **CUIDADOS PRIMÁRIOS EM SAÚDE E IMIGRAÇÃO HAITIANA** a ser realizada em [REDACTED]/PR. O objetivo da pesquisa é analisar o acesso dos imigrantes aos cuidados primários em saúde a partir das perspectivas dos profissionais e dos usuários haitianos. Sua participação é muito importante e ela se daria da seguinte forma: participação nas ações de educação em saúde e entrevistas semiestruturadas.

Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Esclarecemos, também, que suas informações serão utilizadas somente para os fins desta e futuras pesquisas e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Os procedimentos de coleta de dados serão gravados no intuito de facilitar a transcrição das atividades.

Esclarecemos ainda, que você não pagará e nem será remunerado(a) por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação.

Os benefícios esperados são: a difusão por meio de trabalhos acadêmicos o conhecimento produzido através deste estudo, bem como o subsídio à equipe de saúde da UBS referida para transformações nos processos de trabalho no intuito da comunicação em saúde.

Quanto aos riscos, durante a entrevista caso você se sinta acuado (a) com algum questionamento, você pode solicitar a interrupção da entrevista, sem que haja qualquer constrangimento entre pesquisador e sujeito ou que não haja nenhum prejuízo a você. Além disto, será garantido o seu anonimato na pesquisa.

Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá nos contatar: Julia Ramalho Rodrigues, pesquisadora responsável, (43) 9 9813-8022,

ramalhorodrigues.julia@gmail.com, ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone 3371-5455, e-mail: cep268@uel.br.

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue à você.

Londrina, ____ de _____ de 201_.

Pesquisador Responsável

Julia Ramalho Rodrigues

RG: 49.916.954-2

_____, tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____

Data: _____

Obs.: Caso o participante da pesquisa seja menor de idade, o texto deve estar voltado para os pais e deve ser incluído ainda, campo para assinatura do menor e do responsável.

ANEXOS

ANEXO A



CONSELHO DE ÉTICA EM
PESQUISA ENVOLVENDO
SERES HUMANOS

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****1 DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Educação e Comunicação em Saúde: as relações estabelecidas entre mulheres haitianas e brasileiras em um serviço de saúde em [REDACTED]/PR

Pesquisador: Julia Ramalho Rodrigues

2 Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 06552919.6.0000.5231

Instituição Proponente: CESA/SERVIÇO SOCIAL/Prog. de Pós-Graduação em Serviço Social e Política

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

3 DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.215.749

4 Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma dissertação do programa de pós-graduação em Serviço Social e Política Social da UEL. Este projeto de pesquisa qualitativa tem como sujeitos as mulheres haitianas e brasileiras, usuárias de um serviço de saúde do município de [REDACTED]/PR; possui como proposta metodológica, a pesquisa ação e terá como técnicas de coleta de dados, atividades de educação em saúde e entrevistas semi estruturadas.

5 Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar as relações estabelecidas entre usuárias brasileiras e haitianas do SUS em uma ação educativa em saúde, considerando suas diferenças sociais e culturais.

Objetivo Secundário:

- Identificar a compreensão das mulheres acerca do seu direito e o acesso à saúde;
- Compreender a relação sujeito/grupo no contexto de uma ação educativa em saúde;
- Apreender os processos grupais estabelecidos entre os participantes do mesmo da UBS referida;
- Problematizar diferentes formas de comunicação no contexto do trabalho em saúde.

6 Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Quanto aos riscos a pesquisadora relata que: "Quanto aos riscos, durante as ações de educação em saúde e entrevistas, poderão ocorrer reações conflitantes entre brasileiras e haitianas, expressando constrangimento e desconforto entre as sujeitas da pesquisa. Além disto, no

momento das entrevistas, o sujeito pode se sentir acuado com algum questionamento. Neste sentido, a pesquisadora e a equipe de saúde já planejarão as atividades com a perspectiva da educação popular, no sentido das próprias mulheres darem o direcionamento às atividades mediante ao seu interesse. Além disto, em qualquer situação, os sujeitos da pesquisa podem solicitar a interrupção da atividade, bem como o desligamento da própria pesquisa, que será realizado, sem que haja qualquer constrangimento entre pesquisador e sujeito ou mesmo qualquer prejuízo aos entrevistados. Frente a qualquer situação conflituosa, a pesquisadora fará uma mediação para que os conflitos sejam revertidos em possibilidades de aproximações e partilha de saberes, criando um ambiente de aprendizagem frente às diferenças.

Quanto aos benefícios, relata que: "Difundir por meio de trabalhos acadêmicas o conhecimento produzido através deste estudo, formulações que estejam relacionadas com a temática migratória e da política de saúde. Contribuir com as investigações vinculadas a linha de pesquisa e "Gestão de políticas sociais" e do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social da Universidade Estadual de Londrina - UEL. Colaborar com o desenvolvimento da pesquisa "Trajetórias de imigrantes nos territórios: a construção do acesso às políticas de Seguridade Social" e os demais estudos relacionados ao Grupo de Pesquisa do CNPq "Serviço Social e Saúde: formação e exercício profissional". Subsidiar a equipe de saúde da UBS referida para transformações nos processos de trabalho no intuito da comunicação em saúde."

7 Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa relevante.

8 Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou folha de rosto adequadamente preenchida e assinada.

Apresentou declaração da Secretaria de Saúde de [REDACTED] para coleta de dados. Apresentou o roteiro de entrevista semi-estruturado.

O TCLE está em acordo com a resolução 510/16.

Apresentou cronograma, orçamento e financiamento adequados.

9 Recomendações:

Não há.

10 Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

11 Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado (a) Pesquisador (a),

Este é seu parecer final de aprovação, vinculado ao Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina. É sua responsabilidade imprimi-lo para apresentação aos órgãos e/ou instituições pertinentes.

Coordenação CEP/UEL.

12 Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1285528.pdf	14/03/2019 18:12:37		Aceito
Outros	Roteiro_Entrevista.docx	14/03/2019 12:17:05	Julia Ramalho Rodrigues	Aceito
Folha de Rosto	FR.pdf	18/01/2019 11:33:54	Julia Ramalho Rodrigues	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	18/01/2019 11:32:45	Julia Ramalho Rodrigues	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PF_Mestrado.docx	18/01/2019 11:31:44	Julia Ramalho Rodrigues	Aceito
Outros	DIP.pdf	16/01/2019 01:07:59	Julia Ramalho Rodrigues	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

13 Necessita Apreciação da CONEP:

Não

LONDRINA, 22 de
Março de 2019**Assinado por: Clisia M. Carreira (Coordenador(a))****Endereço:** LABESC - Sala 14**Bairro:** Campus Universitário**UF:** PR**Município:** LONDRINA**CEP:** 86.057-970**Telefone:** (43)3371-5455**E-mail:** cep268@uel.br