



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

AMANDA FAQUETI

**TRAJETÓRIAS DE CUIDADO À SAÚDE DE ESTUDANTES HAITIANOS
DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

FLORIANÓPOLIS/SC
2019



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

AMANDA FAQUETI

**TRAJETÓRIAS DE CUIDADO À SAÚDE DE ESTUDANTES HAITIANOS
DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de
Santa Catarina, para obtenção do título de
Doutora em Saúde Coletiva.

Orientadora: Dra. Marcia Grisotti
Coorientadora: Dra. Renata Siuda-Ambroziak

FLORIANÓPOLIS/SC

2019

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Faqueti, Amanda
Trajetórias de cuidado à saúde de estudantes haitianos
da Universidade Federal de Santa Catarina / Amanda
Faqueti ; orientador, Marcia Grisotti, coorientador,
Marta Verdi, 2020.
104p. p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós
Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2020.

Inclui referências.

1. Saúde Coletiva. 2. Imigrantes. 3. Haitianos. 4.
Sistema Único de Saúde. I. Grisotti, Marcia . II. Verdi,
Marta. III. Universidade Federal de Santa Catarina.
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. IV. Título.

Amnda Faqueti

**Trajetórias de cuidado à saúde de estudantes haitianos
da Universidade Federal de Santa Catarina**

O presente trabalho em nível de doutorado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof^a Marta Verdi Dra
Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

Prof^a Regina Yoshie Matsue Dra
Universidade Federal de São Paulo- UNIFESP

Prof Daniel Granada Dr
Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva

Prof.^a Marta Verdi Dra.
Coordenadora do Curso

Prof.^a Marcia Grisoti Dra.
Orientadora

Florianópolis, 11 de dezembro de 2019.

AGRADECIMENTOS

Agradeço inicialmente a todos os haitianos que vieram para o Brasil. Foi a partir da chegada de vocês que a temática deste estudo pôde ser vislumbrada. Em especial, agradeço aos participantes da pesquisa, por me permitirem enxergar as diferenças, a desigualdade e, ao mesmo tempo, a possibilidade de encontro e complementaridade.

Aos meus pais Marouva e Enir, e à minha irmã Alini, pelo apoio, amor incondicional, incentivo e ajuda nos cuidados com a Carolina. Ao Jonathas, pelo companheirismo e apoio desde o início ao fim do doutorado.

À minha orientadora Marcia, pelo incentivo, por ser uma ponte de conexão com outros pesquisadores e por sempre trazer palavras motivadoras, respeitando as minhas escolhas.

Aos colegas da Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFSC, que torceram por mim com amizade, carinho e incentivo, especialmente à Manoela, Luana, Deise, Louise. À Elis pela amizade desde a graduação e pela leal cumplicidade e à Erica, pelo apoio emocional em Portugal, por ter sido presença amorosa que trouxe o calor da amizade e do Brasil, em um momento tão delicado e vulnerável na minha vida.

À Iva, por ter me acolhido grávida em Lisboa, por permitir que eu realizasse o sonho de conhecer de perto uma Universidade Europeia, abrindo um horizonte de possibilidades de pesquisa, além de proporcionar a vivência de ser imigrante.

À minha filha Carolina, por ter sido a maior fonte de amor e aprendizado, por trazer em si a força e a potência da vida e por ter me escolhido e acolhido meu jeito de ser.

Aos amores que dançaram a vida comigo no grupo regular de Biodanza, comemorando minhas conquistas e fornecendo ambiente nutritivo para que eu vivenciasse meus lutos com fluidez e inteireza.

À Ana Paula, por ter sido, no último ano, uma parceria fundamental para a realização dos artigos, por toda a confiança, ainda que tenhamos pouco contato presencial, pela dedicação disponibilidade e competência.

À Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFSC, que abriu portas para o mestrado e doutorado, que transformaram minha carreira profissional, e à CAPES, pelo apoio financeiro. Aos professores que fizeram parte da banca de defesa, por aceitarem contribuir com esta tese!

Dedico este trabalho à minha filha amada Carolina Bella, por ter nascido juntamente com o desabrochar desta tese, e por ser fonte de inspiração e amor incondicional.

RESUMO

Haitianos iniciaram um fluxo de migração para o Brasil em 2010, após a grave catástrofe provocada pelo terremoto que devastou o Haiti naquele ano. O Brasil passou a receber haitianos que buscavam melhores condições de vida, trabalho e/ou estudo. Nessa época, o governo brasileiro criou o Programa Pró-Haiti, destinado a fornecer estágio aos alunos matriculados em cursos superiores no Haiti que desejassem concluir o ensino superior no Brasil. A partir de então, a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) recebeu 24 alunos, além de acolher outros haitianos, que ingressaram na Universidade por outras vias de acesso. Esta tese aborda a trajetória de cuidado à saúde desses estudantes haitianos. A pesquisa se caracteriza como qualitativa, de caráter exploratório, a coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas com 10 imigrantes haitianos estudantes da UFSC. Identificou-se nos resultados as percepções sobre saúde; enfermidades enfrentadas após a vinda para o Brasil; setores de cuidado percorridos; diferenças e similaridades entre a autoatenção realizada no Haiti e no Brasil. A análise temática categorial revelou diferenças entre as trajetórias percorridas no país de origem e no Brasil. Enquanto, no Haiti, as trajetórias de cuidado em saúde se concentram nos níveis informal e popular, no Brasil evidenciou-se extensa utilização de serviços de saúde no setor profissional. Ainda que o Sistema Único de Saúde seja amplamente utilizado pelos estudantes haitianos no Brasil, foram relatadas dificuldades burocráticas e relacionais no atendimento por eles descrito. Dessa forma, considera-se relevante ampliar os investimentos em políticas públicas e em projetos de envolvimento e integração entre os imigrantes e os profissionais de saúde, mais especificamente os da Atenção Primária à Saúde.

Palavras-chave: Imigrantes. Haitianos. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

In 2010, haitians started a migration flow to Brazil, after the serious catastrophe provoked by the earthquake that devastated Haiti that year. Brazil started receiving haitians that seeked for a better condition of life, work and/or study. At the time, the brazilian government created the “Pro-Haiti Program”, intended to supply internships to enrolled students in High Education courses in Haiti that wished to finish their studies in Brazil. After that, the Federal University of Santa Catarina (UFSC) received 24 students, besides taking in other haitians, who entered the university through other means. This thesis addresses the healthcare path for these haitians. The research characterizes as qualitative, exploratory, and the data collection took place through semi-structured interviews with 10 Haitian immigrant students at UFSC. Were identified in the results perceptions about health; illnesses faced after coming to Brazil; care sectors covered; differences and similarities between self-care in Haiti and Brazil. The categorical thematic analysis disclosed differences between the paths took in their home country and in Brazil. While, in Haiti, health care paths are concentrated at informal and popular levels, in Brazil there has been an extensive use of health services in the professional sector. Although the Unified Health System (SUS) is widely used by Haitian students in Brazil, bureaucratic and relational difficulties have been reported in the described treatment. Thus, it is considered relevant to expand investments in public policies and in projects of involvement and integration between immigrants and health professionals, more specifically those of Primary Health Care.

Key Words: Immigrants. Haitians. Unified Health System.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SUS	Sistema Único de Saúde
PEC-G	Programa de Estudantes-Convênio de Graduação
PEC-PG	Programa de Estudantes-Convênio de Pós Graduação
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFSCar	Universidade Federal de São Carlos
UNILA	Universidade Federal da Integração Latino-Americana
GAIRF	Grupo de Apoio ao imigrante e Refugiado de Florianópolis
AEH	Associação de Estudantes Haitianos
SINTER	Secretaria de Relações Internacionais
UR	Unidades de Registro
APS	Atenção Primária à Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	10
1 INTRODUÇÃO.....	12
1.1 OBJETIVOS.....	17
1.1.1 Objetivo geral	17
1.1.2 Objetivos específicos.....	17
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	18
2.1 SAÚDE, DOENÇA E TRATAMENTO.....	18
2.2 ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS.....	22
2.3 PROGRAMAS PARA RECEBIMENTO DE ESTRANGEIROS EM UNIVERSIDADES BRASILEIRAS.....	24
2.4 SAÚDE NO HAITI.....	27
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	34
4 PERCURSO METODOLÓGICO.....	53
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA E EXPLORAÇÃO DO CAMPO.....	53
4.2 INSTRUMENTOS PARA COLETA E ANÁLISE DE DADOS.....	54
4.3 ASPECTOS ÉTICOS E LIMITAÇÕES.....	56
5 RESULTADOS	57
5.1 ARTIGO 1 – O processo de construção das trajetórias de cuidado à saúde de estudantes haitianos: um paralelo entre o Haiti e Brasil.....	57
5.2 ARTIGO 2- Como qualificar o atendimento à imigrantes nos serviços públicos de saúde do Brasil?	78
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	91
REFERÊNCIAS	95
APÊNDICE A – Roteiro de entrevista semiestruturada sobre Trajetórias de cuidado à saúde de haitianos estudantes da UFSC	98
APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido	99
ANEXO A – Parecer do CEPESH/UFSC	101

APRESENTAÇÃO

Esta tese de doutorado em Saúde Coletiva, intitulada *Trajetórias de cuidado à saúde de estudantes haitianos da Universidade Federal de Santa Catarina*, é escrita em primeira pessoa do plural, para deixar o texto mais claro e fluido e por considerar que possuo um histórico vivencial ímpar, assim como a orientadora desta tese, os participantes da pesquisa e demais pessoas que contribuíram de forma significativa na elaboração do texto, trazendo matizes particulares que se revelam em sua redação.

Sou Amanda, mãe, mulher, pesquisadora, farmacêutica de formação, defensora dos direitos humanos e do dever do Estado em prover acesso a serviços de saúde e educação a todas as pessoas, independente das fronteiras territoriais. Sou usuária do Sistema Único de Saúde (SUS) e possuo *expertise* em práticas integrativas e complementares.

Sou apaixonada por ouvir histórias, por enxergar o outro como parte de mim mesma, por entender os motivos que conduzem as pessoas a buscar determinados recursos terapêuticos em detrimento de/ou complementarmente a outros.

A investigação de mistérios e dos porquês me encantam e, quanto mais olho para eles, mais reconheço que todos nós, seres humanos, buscamos a mesma coisa: construir terreno fértil nesta vida, para ser gente, amar, ser amado e reconhecido como parte de um grupo.

Nesta tese, desenvolvemos um estudo por meio de uma abordagem qualitativa, pois pretendemos investigar questões subjetivas, percepções sobre saúde, possíveis enfermidades enfrentadas pelos participantes após sua vinda para o Brasil, os setores de cuidado percorridos pelos entrevistados e diferenças e similaridades entre a autoatenção realizada no Haiti e no Brasil.

Nesse sentido, organizamos este trabalho em seis capítulos, que correspondem à introdução, referencial teórico, revisão de literatura, percurso metodológico, resultados e conclusões.

Na introdução apresentamos a importância de estudar a saúde de imigrantes, mais especificamente, a saúde de haitianos no Brasil. Para embasar o estudo, demonstramos o referencial teórico escolhido, citando alguns trabalhos já publicados sobre trajetórias de cuidado à saúde. Além disso, apontamos lacunas de conhecimento e delineamos a pergunta de pesquisa, ressaltando a relevância científica e social do trabalho. Em seguida, apresentamos os objetivos geral e específicos.

No segundo capítulo apresentamos o referencial teórico relacionado aos temas saúde, doença e tratamento a partir de uma perspectiva socioantropológica. Também trazemos referenciais sobre itinerários terapêuticos e imigração haitiana no Brasil.

No capítulo 3 estruturamos a revisão de literatura, apresentando, inicialmente, os setores de cuidado à saúde no Haiti. Após, realizamos uma revisão de literatura intitulada *Saúde de imigrantes haitianos: revisão de estudos empíricos qualitativos*, que teve por objetivo investigar como o tema saúde de imigrantes haitianos vem sendo abordado em estudos empíricos qualitativos. Essa revisão foi aprovada para publicação na *Revista Interface e Comunicação* e está em fase de edição.

No percurso metodológico, delineado no capítulo 4, descrevemos passo a passo como chegamos ao campo de pesquisa. Em seguida, apresentamos a técnica de coleta de dados adotada, a análise e utilização de *software*, questões éticas e limitações.

Nos resultados da tese, apresentamos dois artigos elaborados em conformidade com o regimento do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. O primeiro intitula-se *O processo de construção das trajetórias de cuidado à saúde de estudantes haitianos: um paralelo entre o Haiti e o Brasil*, e teve por objetivo investigar as trajetórias de cuidado à saúde de estudantes haitianos, visando conhecer, por meio de suas percepções e vivências, como as trajetórias de cuidado se reconstroem após sua migração para o Brasil.

O segundo artigo denomina-se *Como qualificar o atendimento à imigrantes nos serviços públicos de saúde do Brasil?* Este apresenta uma revisão de literatura a partir da qual esboçamos algumas possibilidades em nível de gestão, capacitação profissional e estratégias de atuação nos serviços de saúde, necessárias para que haja ampliação da qualidade da assistência à saúde do imigrante.

Após avaliados pela banca examinadora da tese, os artigos 1 e 2 serão submetidos aos periódicos *Immigrant Minority Health* e *Saúde e Sociedade*, respectivamente.

1 INTRODUÇÃO

A temática das migrações vem sofrendo várias mudanças em sua abordagem, devido a questões políticas vinculadas ao desenvolvimento econômico do Brasil e à aspiração de inserir o país em um cenário de ampla globalização (PATARRA; FERNANDES, 2011). Nesse sentido, a quantidade de imigrantes que chega ao país de forma voluntária ou involuntária tem crescido. Entre 2000 e 2010, houve um aumento de 66% no número de imigrantes no Brasil, com destaque para fluxos originários dos Estados Unidos, Japão, Paraguai, Portugal e Bolívia (IBGE, 2010).

Nesse contexto se insere a migração de haitianos. Os haitianos são uma população itinerante, em decorrência de recorrentes desastres naturais, das más condições humanitárias e da atual instabilidade política e econômica do país.

Assim, após o terremoto ocorrido no Haiti em 2010, o Brasil passou a ser um dos países a receber essa população, concedendo visto humanitário aos haitianos que buscam melhores condições de vida e trabalho (PATARRA; FERNANDES, 2011). Entre 2010 e 2017, foi registrada a entrada de 95.497 haitianos e 45.509 autorizações de permanência foram concedidas pelo Conselho Nacional de Imigração, relacionadas ao visto por causa humanitária (CAVALCANTI; OLIVEIRA; MACEDO, 2018).

Cabe registrar que desde 2015 os haitianos compõem a maior parte dos imigrantes que residem no Brasil com empregos contratuais. Aqueles contratados em empresas, 83,9% tinham idade entre 20 e 39 anos e 41% dos empregados possuía ensino médio completo. Cerca de somente 1% dos admitidos tinha superior completo. Ao nos referirmos a localização geográfica há destaque para o sul do Brasil, 29% dos haitianos foram admitidos em Santa Catarina, para atuarem principalmente nas ocupações de servente de obras e alimentador de linha de produção (CAVALCANTI; OLIVEIRA; MACEDO, 2018).

Além dos haitianos que receberam visto humanitário e imigraram em busca de trabalho e melhores condições de vida, uma parcela pequena imigrou em virtude da oportunidade de finalizar o curso superior em território brasileiro. O programa Pró- Haiti foi criado em 2011, visando possibilitar que os alunos do ensino superior de universidades haitianas tivessem oportunidade de concluir o curso no Brasil. O programa forneceu 78 bolsas a alunos haitianos, distribuídos em quatro universidades, com duração de até cinco anos. O programa tinha objetivo prestar apoio à reconstrução do Haiti por meio da formação profissional de jovens estudantes. Nesse sentido, a Universidade Federal de Santa Catarina foi uma das instituições que aderiu ao programa, recebendo 24 alunos, os quais fizeram parte da população-alvo desta pesquisa.

O recebimento e a formação de recursos humanos de imigrantes haitianos tiveram fundamental importância na visualização do Brasil como país de migrações. No entanto, essa “acolhida” de haitianos em território nacional não estava associada ao desejo de proporcionar-lhes melhores condições de vida, incluindo saúde, moradia, alimentação e garantia de emprego. É possível perceber que, na esfera política brasileira, principalmente no ano de 2010, houve um movimento vinculado aos direitos humanos, cujo objetivo era receber e incentivar a vinda de imigrantes, independentemente da finalidade dessa imigração. Porém, esse movimento não resultou na formalização de uma política voltada à sua saúde, deixando essa temática à mercê de decisões político-partidárias.

Importa-se destacar que há uma grande diferença entre receber os imigrantes e acolhê-los. O recebimento se resume a ações isoladas e pontuais, proporcionar uma recepção confortável, realizar triagem administrativa e encaminhar as demandas para outros setores e serviços especializados. O acolhimento, no entanto agrega o envolvimento, comprometimento, abertura, vínculo, responsabilização, escuta empática, troca de informação e reconhecimento mútuo de direitos e deveres (MOTTA; PERUCCHI; FILGUEIRAS, 2014).

Segundo a Organização Internacional de Migrações (OIM, 2009), os imigrantes que têm acesso aos Sistemas Nacionais de Saúde podem subutilizar os serviços por algumas razões, como medo de deportação, por sofrerem xenofobia e discriminação, ou por barreiras linguísticas, culturais e econômicas. Além disso, o efeito da migração sobre o estado de saúde da pessoa irá depender de quem está emigrando, de onde emigra, para onde migra e quais aspectos da saúde estão sendo avaliados (DIAS; GONÇALVES, 2007; IOM, 2015).

Frente a essas questões, cabe-nos abordar que os sistemas de atenção à saúde se atentam a diversos fatores, incluindo o conhecimento sobre a origem, causa, técnicas diagnósticas e de tratamento das enfermidades, compartilhados por curadores e praticantes. O sistema de atenção à saúde comporta um esquema próprio, amparado por símbolos, expressos para definir, categorizar, explicar e classificar alguns fenômenos como doenças. Dessa forma, esse sistema não está alheio aos aspectos da vida social e cultural das pessoas, podendo inclusive ser reconhecido como uma construção sociocultural (LANGDON; WIIK, 2010; LANGDON, 2003).

Segundo Geertz (1978), a cultura é expressa nos planos, receitas, costumes, tradições, regras, símbolos e concepções herdadas, que compõem uma estrutura padronizada e utilizada pelos seres humanos para orientar sua vida diária. Esses padrões não são estáticos e imutáveis, são modelos construídos constantemente, permeados pela comunicação e negociação de significados.

Assim, entendendo o sistema de saúde como construção social e cultural e a cultura como um sistema simbólico, podemos pensar que as doenças não são eventos estáticos, fixos e universalmente generalizáveis. Nesse sentido, interpretamos a doença como processo subjetivo, no qual a experiência corporal é mediada pela cultura (LANGDON, 2003). Algumas doenças reconhecidas pela medicina popular brasileira como “arca caída” e “mau olhado”, por exemplo, não são diagnosticadas nem tratadas pela biomedicina, mas são denominadas, entendidas e curadas pela medicina popular (LANGDON; WIJK, 2010).

O entendimento de que uma doença pode ter mais de uma causa e que estas podem ser vistas de formas distintas da visão da medicina ocidental é apontado como uma barreira para o acesso dos imigrantes haitianos aos serviços de saúde e, conseqüentemente, para sua adesão ao tratamento profissional (ALLEN *et al.*, 2013; SANON; MOHAMMED; MCCULLAGH, 2014). A Hipertensão, por exemplo, não foi reconhecida, no estudo de Sanon, Mohammed e Mccullagh (2014), como uma doença, mas sim como algo que ocorre normalmente no corpo humano, e por isso os haitianos participantes da pesquisa não percebiam a necessidade de fazer uso de medicamentos ao apresentarem os sintomas.

Nesse sentido, os usuários dos serviços de saúde manifestam diversas crenças sobre saúde, doença e terapêutica que são singulares à sua experiência e também refletem seu pertencimento a uma determinada classe social, grupo étnico, religião e região (LANGDON; WIJK, 2010). Assim, aderir à hipótese de que as formas de atenção à saúde fazem parte de um sistema cultural auxilia a entender a busca de diversos grupos por terapias biomédicas e não biomédicas, como médico-religiosas e medicina popular, que fazem parte da trajetória de cuidado à saúde dessas pessoas.

Freitas (2013) destaca que cabo-verdianos que vivem na Holanda utilizam cuidados formais, informais e transnacionais frequentemente de maneira sincrética. Com relação ao acesso aos tratamentos formais, os imigrantes relataram não conhecer os serviços de saúde disponíveis, ou vivenciarem problemas na relação médico-paciente.

Allen *et al.* (2013) investigaram as crenças dos haitianos que vivem em Boston relativas à saúde e utilização dos serviços. Os resultados de sua pesquisa demonstraram que os haitianos se deparam com diversas barreiras para a utilização de serviços de saúde, dentre as quais destacam-se os entraves relacionados ao idioma, falta de conhecimento sobre ações preventivas, desconfiança com relação à quebra de sigilo médico, estigma associado à medicina ocidental e preferência por tratamentos naturais. Os autores também apontam a incongruência existente entre as crenças dos imigrantes sobre saúde e doença e o paradigma da medicina ocidental, o que resulta em diferentes percepções de como deverá ser a conduta terapêutica. Nesse sentido,

a família é um importante pilar de sustentação e fonte de informações sobre a melhor conduta a ser tomada e é através dela que se pode promover mudanças de comportamento visando hábitos de vida saudáveis.

A dificuldade socioeconômica também foi apontada como um fator que dificulta o acesso de imigrantes haitianos aos serviços de saúde nos Estados Unidos (EUA) (GANY *et al.*, 2006; SCHANTZ; CHARRON; FOLDEN, 2003). A falta de cobertura de seguro saúde foi uma das maiores preocupações dos participantes de ambos estudos. Isso se reflete na busca por tratamentos de baixa complexidade, no caso de famílias que procuram tratamento para seus filhos em idade escolar (SCHANTZ; CHARRON; FOLDEN, 2003), e também nos casos de alta complexidade, para o tratamento contra o câncer (GANY *et al.*, 2006). Este último trabalho aponta a ausência de recursos dos participantes para custear o transporte, dificuldades em se ausentar do trabalho para realizar consultas, além da incapacidade financeira para arcar com os custos do tratamento contra o câncer.

Menéndez (2003) considera que, no contexto latino-americano, independente das condições socioeconômicas e religiosas das diferentes regiões, a população pode utilizar práticas de cuidados à saúde provenientes do setor popular, profissional, familiar, entre outros, de forma sincrética, fato que proporciona maior autonomia aos sujeitos. Helmann (2009) corrobora esses preceitos ao abordar a ideia de que as pessoas vivem em contextos culturais que estão imersos em um pluralismo terapêutico.

Miller (2000) descreve a importância de os profissionais de saúde conhecerem as crenças e práticas de cuidados à saúde da cultura haitiana, a fim de ampliarem seu conhecimento e abordagem perante esses imigrantes, valorizando e promovendo a inclusão das práticas religiosas e de cura espiritual de forma complementar ao tratamento convencional. Recomendações similares foram descritas em outros trabalhos (ALLEN *et al.*, 2013; NICOLAS *et al.*, 2006; PIERRE *et al.*, 2010; SANON; MOHAMMED; MCCULLAGH, 2014).

A publicação de estudos nacionais sobre saúde de haitianos cresceu nos últimos anos (10, 12, 13, 19, 20, 21), reforçando a importância de um atendimento público de saúde que consiga refinar a relação entre profissional e imigrante, a partir de um melhor acolhimento do usuário e compreensão da sua linguagem, auxiliando-o e direcionando-o dentro da rede de serviços de saúde (10). Porém, ainda são percebidas lacunas no conhecimento sobre as motivações do imigrante ao procurar determinado recurso terapêutico e onde se localiza o espaço de cuidado à saúde, frente à ruptura cultural e geográfica que ocorre com a imigração.

No Brasil, há um universo de setores de cuidado ou formas de atenção à saúde, em que coexistem diferentes saberes e práticas baseadas em premissas bastante distintas, como as

práticas populares, familiares e profissionais (KLEINMAN, 1980; MENÉNDEZ, 2009). As escolhas das diferentes formas de cuidado são perpassadas pelas práticas de autoatenção, caracterizadas por Menéndez (2003) como atividades nucleares, desempenhadas pelos sujeitos e seus grupos sociais de forma relativamente autônoma, para explicar, diagnosticar, entender, prevenir, solucionar, tratar e curar problemas de saúde tanto reais quanto imaginários, sem a intervenção direta e intencional de curadores profissionais.

Os estudos sobre itinerários terapêuticos procuram dar visibilidade aos caminhos percorridos pelas pessoas que buscam cuidado terapêutico, analisando práticas individuais e/ou socioculturais envolvidas nesse percurso (CABRAL *et al.*, 2011; GERHARDT, 2006). Esta pode ser uma importante ferramenta para a qualificação dos serviços de saúde, além de demonstrar a percepção do paciente sobre o processo saúde-doença-tratamento e a relação entre usuário e profissionais e adesão ao tratamento (CABRAL *et al.*, 2011).

Apesar de alguns estudos sobre itinerários terapêuticos explorarem o percurso dos sujeitos em diversos sistemas de cuidado à saúde (BURILLE; GERHARDT, 2014; FERREIRA; ESPÍRITO SANTO, 2012; SOUZA; PEREIRA, 2015), observamos, em revisão de literatura, que o termo também é utilizado para explorar a busca de recursos terapêuticos médicos, privilegiando somente o sistema oficial de saúde (CERCI *et al.*, 2014; FERREIRA; SILVA, 2012).

A principal contribuição dos estudos sobre itinerários terapêuticos vistos desde uma abordagem antropológica para a saúde coletiva é revelar que os usuários possuem diferentes formas de conhecimento e entendimento sobre seu processo de adoecimento e cura. Esse conhecimento vai além da perspectiva biomédica e possibilita ao profissional de saúde ampliar o seu olhar sobre as diferentes representações do processo saúde e doença (GERHARDT, 2006).

Dessa forma, entendemos que os trabalhos sobre itinerários terapêuticos que demonstrem os caminhos percorridos para o cuidado à saúde incluindo todos os setores de cuidado, de maneira ampliada, contribuem para a compreensão mais aproximada da dinâmica criada entre o sujeito e os recursos terapêuticos, além de demonstrar possíveis necessidades de saúde dos que não são contemplados pelo sistema oficial de saúde. Escolhemos o termo “trajetórias de cuidado à saúde” como sinônimo de “itinerário terapêutico” interpretado de maneira abrangente, tendo como referência central o caminho trilhado em busca de cuidado à saúde.

Assim sendo, este estudo pretende lançar luz sobre as seguintes questões de pesquisa:

“Como se estruturam as trajetórias de cuidado à saúde de estudantes haitianos da Universidade Federal de Santa Catarina? Quais práticas de autoatenção se estabelecem nesse percurso? Houve diferenças significativas entre as práticas do Haiti e do Brasil?”

A relevância científica deste estudo encontra-se no fato de não termos encontrado qualquer outro estudo científico brasileiro relativo a itinerários terapêuticos de haitianos.

No que tange à relevância social, consideramos que este trabalho poderá subsidiar a construção de políticas de atenção à saúde da população imigrante e contribuir com a produção científica nacional sobre saúde de estudantes imigrantes, mais especificamente, de nacionalidade haitiana.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

Compreender as trajetórias de cuidado à saúde de imigrantes haitianos estudantes da Universidade Federal de Santa Catarina.

1.1.2 Objetivos específicos

- a) Descrever as formas de atenção à saúde que compõem as trajetórias de cuidado à saúde de universitários haitianos.
- b) Analisar as práticas de autoatenção realizadas pelos haitianos universitários, verificando as diferenças entre as práticas do Haiti e do Brasil.
- c) Investigar quais fatores influenciam os universitários haitianos nas escolhas terapêuticas que compõem sua trajetória de cuidado à saúde.

2 REFERENCIAL TEÓRICO E CONTEXTUAL

2.1 SAÚDE, DOENÇA E TRATAMENTO

Neste estudo, partimos do pressuposto de que o significado que o sujeito atribui ao processo saúde, doença, atenção é dinâmico, mutável e direciona as escolhas terapêuticas das pessoas. As trajetórias de cuidado à saúde dos sujeitos são diferentes em função da experiência pregressa da pessoa, do contexto social, familiar, cultural, estrato socioeconômico e da doença associada. Esse conjunto de fatores gerará representações de uma determinada coletividade sobre o que significa estar doente e sobre suas motivações para a escolha de diversas práticas de cuidado à saúde.

Dessa forma, esta seção aborda resumidamente alguns conceitos importantes que farão parte do referencial teórico da tese: saúde como sistema cultural, visão antropológica da doença, sistemas de cuidado à saúde, e práticas e autoatenção.

Arthur Kleinman (1980) foi um dos autores pioneiros a discursar sobre a medicina como um sistema cultural, comparado à religião e à linguagem. A religião possui rituais, sacerdotes, rezas e um comportamento esperado dos fiéis. Essa ideia se assemelha ao sistema de saúde, que também possui rituais, instrumentos, receitas e explicações sobre as causas das enfermidades e os tratamentos apropriados. Ao abordar o sistema de saúde como um sistema cultural, o autor ressalta a necessidade de conhecer a maneira como um determinado grupo social, ou de alguma instituição, pensa, atribui símbolos e os interpreta conferindo significado a uma prática em saúde.

O conceito de cultura proposto por Geertz (1978) reconhece que os sujeitos atribuem significado às suas ações por meio de símbolos que fornecem um modelo para a realidade. A cultura se manifesta na interação social, e não existe significado pronto para as coisas. Há uma construção baseada em símbolos, na comunicação e negociação entre os atores. Nessa perspectiva, a cultura pode ser heterogênea e permeável, um sistema de símbolos que pode atribuir diversos significados aos eventos e às coisas. Por isso, a cultura é maleável, dinâmica e aberta para a reinterpretação. A ação humana é mediada por receitas, planos e regras, mas não é determinada, visto que as tradições culturais são continuamente recriadas (LANGDON, 2003).

Kleinman (1980 *apud* LANGDON, 2003) propôs um olhar alternativo à biomedicina, associando a doença não a um distúrbio biológico, mas, primeiramente, a um processo

vivenciado pelo sujeito, que atribui um significado a essa enfermidade a partir do seu contexto cultural e social. Depois disso, a doença é vista como um evento biológico.

Dessa maneira, o ser humano vivencia e interpreta simbolicamente as suas experiências, e estas são integradas ao corpo físico, influenciando o funcionamento biológico. Kleinman (1980) questionou o caráter universal das manifestações das doenças, defendendo que elas são construídas pelos sujeitos e seus grupos de forma subjetiva.

Todas as culturas possuem conceitos e significados próprios do que é ser doente ou saudável. Essas definições não são universais e nem sempre refletem os parâmetros biomédicos. Nesse sentido, não há necessidade de buscar exemplos em outros países: vários grupos de brasileiros consideram cobreiro, arca caída e mau olhado como doenças, e estas não possuem o mesmo significado etiológico. Algumas sequer são reconhecidas e ou tratadas pela biomedicina (LANGDON; WIIK, 2010).

Na perspectiva de cultura como sistema simbólico, a doença não é vista como um evento isolado, mas sim como processo passível de interpretação. A doença como processo pode ser caracterizada pelos seguintes passos:

- a) reconhecimento dos sintomas do distúrbio como doença;
- b) diagnóstico e escolha do tratamento; e
- c) avaliação do tratamento.

O primeiro passo consiste em perceber os sinais e sintomas. Estes não são considerados universais, como na biomedicina. Cada cultura reconhece alguns sintomas e os associa a alguma causa e a um possível prognóstico. Os sinais podem ser percebidos no corpo físico ou fora dele, sinalizados por meio das relações sociais ou do ambiente em que o indivíduo vive. Nas situações de doenças graves, os sujeitos procuram olhar para esses sinais externos para dar sentido ao porquê do sofrimento (LANGDON, 2003).

O diagnóstico e escolha do tratamento geralmente são realizados no contexto familiar. Nesse processo, ocorre a negociação entre os entes familiares, para chegar a um possível diagnóstico que orientará a escolha do tratamento. Se a doença apresentar sintomas leves e conhecidos pelo sujeito ou seus familiares, a cura pode se dar através de um chá, ou ida ao posto de saúde do município (MENÉNDEZ, 2003).

Caso a doença seja considerada grave, pode-se recorrer a um xamã, ou a um especialista biomédico, e em muitas vezes ocorre a busca por vários tratamentos concomitantemente. A avaliação do tratamento é geralmente satisfatória em casos simples. No entanto, nos quadros graves e/ ou doenças crônicas, nem sempre o tratamento é eficaz, motivando o sujeito a procurar

outro especialista, para fazer um novo diagnóstico, tratamento e avaliação (MENÉNDEZ, 2003).

A doença também pode ser vista como experiência, não correspondendo a um conjunto de sinais e sintomas físicos, mas sim a uma experiência corporal, subjetiva, mediada pela cultura. Langdon (2003) exemplifica que os sujeitos de grupos sociais e/ou culturais distintos expressam e vivenciam os problemas de saúde também de forma distinta. A dor, por exemplo, pode ser experimentada e expressa de diversas formas, dependendo de fatores como classe social, sexo, etnicidade e doença associada. Essas diferenças relacionadas à experiência da dor ou de outra enfermidade também serão expressas nos itinerários terapêuticos (LANGDON, 2003).

Na tentativa de ordenar e classificar as diferentes interpretações sobre doença e sistemas terapêuticos, Kleinman (1980) criou o conceito de sistemas de cuidado à saúde, composto por três subsistemas, dentro dos quais a enfermidade é vivenciada: profissional, *folk* e popular. O setor profissional é composto pela biomedicina e outras medicinas, como, por exemplo, a tradicional chinesa, ayurvédica, e também pelas profissões paramédicas reconhecidas e profissionalizadas. O setor *folk* se constitui por benzedeiros, rezadores, xamãs, espiritualistas, entre outros. Já o setor popular corresponde ao local onde a maior parte dos cuidados são iniciados e resolvidos, o conhecimento leigo, não especializado, como ajuda mútua, automedicação, conselho de um amigo e cuidados familiares (KLEINMAN, 1980).

Menéndez (2003, 2009) reorientou os setores de cuidado estabelecidos por Kleinman de acordo com o contexto de saúde latino-americano. Segundo o autor, os comportamentos individuais e de distintos grupos sociais são estabelecidos de acordo com suas condições econômicas, étnicas, geográficas, religiosas, dentre outras. Dessa maneira, classifica-se os cuidados em saúde de acordo com as formas de atenção: saberes e práticas biomédicas – realizadas por profissionais médicos ou paramédicos, que atuam em serviços de saúde públicos e privados, atendendo a problemas de saúde físicos ou mentais reconhecidos pela biomedicina.

Nesse grupo estão inclusos não somente os tratamentos convencionais da biomedicina, também as práticas antigas e marginalizadas como balneoterapia, homeopatia ou provenientes de outras concepções, como a quiropraxia, psicoterapia e atendimentos em grupo orientados por profissionais. Dentre esses tratamentos encontramos os seguintes grupos:

- a) saberes e práticas populares e tradicionais: grupo caracterizado pela presença de curadores especializados como xamãs, raizeiros, curandeiros, além de outros atores de cura do espiritismo, benzedeiras, cultos a santos ou figuras religiosas, grupos carismáticos e pentecostais;

- b) saberes e práticas alternativas ou paralelas (*new age*): curadores, bioenergéticos, novas religiões curatistas do tipo comunitário;
- c) saberes e práticas de outras tradições médicas acadêmicas: acupuntura, medicina ayurvédica, medicina mandarina;
- d) saberes e práticas centradas na autoajuda: grupos organizados por pessoas que sofrem de algum tipo de problema, como grupo de alcoólicos anônimos, grupo de autoajuda, grupo de pais de crianças com síndrome de Down.

As formas de atenção acima descritas não são consideradas estáticas. Elas são mutáveis, em constante construção e interação, devido a esse processo dinâmico de associação entre os diferentes saberes. Os indivíduos e seus grupos sociais articulam essas práticas, mesclam, justapõem e organizam uma parte desses saberes a partir de um núcleo estrutural denominado “práticas de autoatenção” (MENÉNDEZ, 2003; MENÉNDEZ, 2009).

A autoatenção pode ser parte das outras formas de atenção, já que é um passo necessário para a sua concretização. Constitui-se por representações e práticas utilizadas pelo sujeito ou seu grupo social para explicar, diagnosticar, entender, solucionar, resolver, prevenir os problemas de saúde de forma real ou imaginária. Todas essas ações são realizadas em nível individual e/ou coletivo, de forma autônoma ou relativamente autônoma, já que se considera que os profissionais também podem interferir nesse processo (MENÉNDEZ, 2003).

Existem dois níveis de autoatenção: um, considerado mais amplo e outro mais restrito. De maneira ampliada, a autoatenção se realiza com base nas normas estabelecidas pela própria cultura e sistema de crenças, objetivando uma reprodução biossocial pelos indivíduos no contexto familiar e comunitário. Nesse nível ocorrem os cuidados com o meio ambiente, com o corpo, preparação de alimentos, uso da água, cuidado e prevenção de doenças e aprendizado da relação do sujeito com a morte (MENÉNDEZ, 2003).

O sentido mais restrito de autoatenção muitas vezes é confundido pela biomedicina como automedicação exclusivamente (processo em que o indivíduo opta por utilizar algum medicamento para tratar de um problema de saúde sem orientação imediata de algum profissional habilitado). No entanto, a automedicação é entendida não somente como a ingestão de medicamentos, mas também o uso de infusão e cataplasmas, massagens, entre outras terapias. Por autocuidado entende-se as ações relacionadas ao estilo de vida, ações preventivas e de promoção à saúde. Nessa perspectiva, as práticas de autoatenção englobam a automedicação e o autocuidado (MENÉNDEZ, 2003).

Dessa forma, grande parte das dores, angústias, problemas profissionais que afetam a saúde dos indivíduos é resolvida no núcleo das práticas de autoatenção, a menos que esses problemas se agravem, ou que haja reincidência e/ou permanência que preocupe o sujeito ou seus familiares. Além da realização dessas práticas cotidianamente, o primeiro passo para a elaboração do caminho a ser percorrido para o tratamento de doenças crônicas ocorre nessa instância. Sendo assim, a maior parte das ações iniciais para o tratamento de enfermidades agudas ou crônicas é realizada de forma autônoma e articulada, com diferentes formas de atenção por meio da autoatenção (MENÉNDEZ, 2003).

Podemos afirmar, então, que a autoatenção é um processo relacional, que envolve decisões sobre a escolha de um tratamento, avaliação, sentido atribuído ao diagnóstico, articulação entre as formas de atenção, e entre os atores que interferem na “trajetória” de cuidado à saúde.

2.2 ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS

As primeiras discussões sobre “itinerários terapêuticos” emergiram nas pesquisas sobre o comportamento do enfermo (*illness behaviour*), na década de 1960. O termo foi criado por Mechanic e Volkart (1960 *apud* ALVES; SOUZA, 1999).

Estudos sobre *illness behaviour* eram inicialmente pragmáticos, baseados na lógica de mercado. Logo, os pressupostos que orientavam a escolha e a conduta do enfermo se restringiam ao custo-benefício. Esse modelo foi alvo de críticas, em decorrência da visão limitada frente a outros aspectos da vida social, valores e normas que orientam a conduta dos sujeitos (ALVES; SOUZA, 1999).

A partir da década de 1970 ocorreram outras contribuições, oriundas de estudos etnográficos, e que ressaltavam as diferenças na forma como sociedades e grupos sociais concebem as causas, sintomas, diagnósticos, tratamentos e as convenções que se estabelecem nesses espaços sobre a maneira de comportar-se no momento em que se está doente. Esses trabalhos passaram a privilegiar o contexto familiar, as redes sociais e interpretações sobre o processo saúde e doença (ALVES; SOUZA, 1999).

Rabelo, Alves e Souza (1999) relatam que não existe um modelo único e pré-definido para explicar os motivos para a busca por tratamentos. O itinerário é um processo complexo e não pode ser reduzido a generalizações. Os itinerários são marcados por diversos tratamentos, que podem ocorrer simultaneamente e apresentar visões discordantes sobre o mesmo fenômeno.

Isso evidencia que tanto a doença quanto a cura são processos pautados na experiência subjetiva e que os significados são negociados entre o paciente e a família a todo momento.

Gerhardt (2006) descreve a relação existente entre itinerários terapêuticos e pobreza no Brasil, que ocorre devido à desigualdade social e à diversidade cultural, e isso se reflete na procura por cuidado. A autora utiliza o termo “itinerário terapêutico” como sinônimo de “busca por cuidado terapêutico” e investiga os caminhos percorridos por indivíduos de baixa renda para solucionar seus problemas de saúde, analisando as práticas individuais e socioculturais envolvidas nesse processo.

O indivíduo tem à sua disposição uma gama de alternativas terapêuticas, e o processo de escolha, adesão ao tratamento e sua avaliação deve ser analisado dentro do contexto sociocultural. Ressaltamos que cada contexto possui características próprias e especificidades que formatam o pensamento e induzem as ações dos indivíduos desse grupo. No entanto, além de investigar o contexto, é necessário considerar o indivíduo como ator social que interfere no espaço social e, ao mesmo tempo, é influenciado por ele (GERHARDT, 2006).

Fassin (1978 *apud* GERHARDT, 2006) relata a diversidade de itinerários terapêuticos da população africana, demonstrando que as trajetórias percorridas pelos doentes à procura de diagnóstico e tratamento é reflexo de lógicas estruturais e conjunturais. Estas se manifestam nas representações de saúde e doença do sujeito no seu contexto social, nos conselhos recebidos de amigos, ou em questões financeiras.

Cabral *et al.* (2011), em revisão de literatura, relatam que, entre os anos de 1989 e 2008, os estudos sobre itinerários terapêuticos mostram a versatilidade desse conhecimento, que pode responder a diversos interesses, com o objetivo comum de qualificar a oferta de cuidados. O núcleo de interesse com maior representatividade, entre os trabalhos avaliados, refere-se à percepção dos sujeitos sobre sua doença e a influência desta no comportamento de procura por tratamento. Esse núcleo possui como referências a antropologia interpretativa de Geertz (1978) e os Sistemas de Atenção à Saúde de Kleinman (1980). Outros trabalhos retratam a lógica de avaliação da efetividade do setor profissional, biomédico, para garantia de acesso, com o foco em unidades de pronto socorro e atendimentos de urgência.

O termo itinerário terapêutico vem sendo utilizado com maior frequência nos artigos publicados na área da saúde no Brasil. Silva, Sancho e Figueiredo (2016) também observam que o conceito de itinerário terapêutico tem sido discutido por perspectivas diversas, demonstrando os percursos e os fluxos de busca por tratamentos.

2.3 PROGRAMAS PARA RECEBIMENTO DE ESTRANGEIROS EM UNIVERSIDADES BRASILEIRAS

Descreveremos, nesta seção, os programas institucionais que visam o recebimento de alunos estrangeiros em universidades federais brasileiras, dando ênfase ao recebimento de haitianos. Após, abordaremos os resultados de três estudos brasileiros realizados com estudantes haitianos.

O Brasil adotou medidas para o amparo a estudantes estrangeiros desde a década de 1960, devido ao aumento da quantidade de imigrantes no país. Na época, havia necessidade de padronizar as condições de intercâmbio, de maneira que as universidades garantissem as mesmas oportunidades e direitos aos imigrantes. Dessa forma, foi criado o Programa de Estudantes-Convênio de Graduação (PEC-G) por meio do Decreto nº 55.613/1965 (BRASIL, 1965). A partir de março de 2013, o programa é regulamentado pelo Decreto n.7.948 (BRASIL, 2013a). Ele visa ofertar vagas gratuitas aos estudantes de nacionalidade estrangeira que desejarem graduar-se em instituições de ensino superior brasileiras (BRASIL, 2013a).

O PEC-G foi implementado pelo Ministério das Relações Exteriores e pelo Ministério da Educação e propõe a cooperação educacional internacional, preferencialmente com países em desenvolvimento. Caracteriza-se por fornecer a formação ao estudante e seu retorno ao país de origem no final do curso. Dentre os pré-requisitos para o ingresso ao PEC-G, é exigido ao estudante estrangeiro:

- a) ser residente no exterior e não ser portador de visto permanente ou de qualquer outro tipo de visto temporário para o Brasil;
- b) ter idade superior a 18 anos e, preferencialmente, até 23 anos;
- c) assegurar, por meio de termo, que possui condições financeiras para custear suas despesas com transporte e subsistência no Brasil durante o curso de graduação.

A necessidade de ter condições financeiras se impõe porque é vedado ao estudante estrangeiro exercer atividade remunerada que configure vínculo empregatício. No entanto, as instituições participantes do PEC-G poderão conceder-lhe auxílio-moradia, transporte, alimentação, sempre condicionados ao bom aproveitamento acadêmico (BRASIL, 2013a).

Assim, entre os anos de 2000 e 2015, foram selecionados mais de 6.000 estudantes pelo programa, sendo a maior parte oriunda do continente africano, destacando-se Cabo Verde, Giné-Bissau e Angola. Dentre os 23 países da América Latina e Caribe, a maior participação é

de paraguaios, equatorianos e peruanos. Os haitianos ocuparam o oitavo lugar, representando 4,9% do total de estudantes da América Latina (BRASIL, 2015).

Em 1981, foi criado o Programa de Estudantes-Convênio de Pós-Graduação (PEC-PG) (BRASIL, 1981), e seu protocolo foi atualizado em 2006. Assim como o PEC-G, o PEC-PG oferta vagas em instituições de ensino brasileiras recomendadas pela Capes, além de passagem aérea de retorno ao país de origem e bolsas de mestrado e doutorado, com valores e duração iguais aos das bolsas ofertadas aos alunos de pós-graduação de nacionalidade brasileira (BRASIL, 2013b).

O PEC-PG é administrado em parceria com o Ministério das Relações Exteriores, Ministério da Educação e Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação. Entre os anos de 2000 e 2013 foram selecionados mais de 1.600 estudantes. A maior parte das candidaturas é proveniente de 23 países das Américas, principalmente Colômbia, Peru e Argentina. Os haitianos ocupam o décimo sétimo lugar nessa seleção. Para alunos do PEC-PG só será aceito o visto temporário, para estadas de até 365 dias. Estudantes portadores de outro tipo de visto não serão aceitos por este convênio (BRASIL, 2013b).

Além da oportunidade de ingresso nos cursos de Pós-Graduação pelo PEC-PG, alguns Programas de Pós-Graduação da Universidade Federal de Santa Catarina abrem vagas em editais específicos para alunos estrangeiros, e também podem reservar uma cota de bolsas para esse público. As matrículas e suas renovações, no caso de alunos estrangeiros que ingressam por meio de editais da própria Universidade, ficarão condicionadas à apresentação de visto temporário vigente, de visto permanente ou de declaração da Polícia Federal, atestando situação regular no país para tal fim (UFSC, 2010).

Destinado especificamente aos alunos de instituições de ensino superior de Porto Príncipe que desejarem fazer o estágio sanduíche em universidades brasileiras, o Programa Emergencial Pró-Haiti foi criado no ano de 2010 e visa contribuir com a reconstrução do Haiti, por meio da formação de recursos humanos. Instituído pela Portaria n.92 de 28 de abril de 2010 (CAPES, 2010), o programa oferece bolsas de estudos, auxílio deslocamento e auxílio instalação por um período máximo de 60 meses, incluindo um semestre de língua portuguesa (FUNDAÇÃO CAPES, 2014).

As universidades que aderiram ao Pró-Haiti foram: Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). A UFSC foi a segunda universidade a aprovar o maior número de estudantes haitianos: 32 alunos foram

selecionados para o início dos estudos em agosto de 2011. A maior parte deles é do sexo masculino (24) e oito são do sexo feminino (FUNDAÇÃO CAPES, 2014).

Além dessas universidades que aderiram aos programas para alunos imigrantes, a Universidade Federal da Integração Latino-americana (Unila) ofereceu 82 vagas para alunos haitianos, que foram distribuídas entre 21 cursos. Esses alunos de graduação apresentam um perfil diferenciado do perfil dos alunos haitianos de outras universidades, já que a maioria deles residia no Brasil antes de iniciar a graduação e chegou aqui buscando por oportunidade de trabalho em indústrias, comércio e outras atividades. Neste caso, os alunos selecionados demonstraram que gostam muito de estudar e que consideram este fato uma oportunidade, visto que no Haiti não há essa facilidade de fazer um curso superior (STAEVIE, 2015).

Segundo o relatório de observações preliminares sobre experiências e demandas de imigrantes e refugiados realizado pelo Grupo de Apoio ao imigrante e Refugiado de Florianópolis e Região (GAIRF, 2015), na UFSC foi criada uma Associação de Estudantes Haitianos (AEH). A AEH tem participado de eventos e promovido ações de integração sociocultural, organizando festas e confraternizações no dia da bandeira haitiana, em 18 de maio. Também participa dos encontros do GAIRF, trabalhou no seminário “Pró-Universidade do Haiti” realizado na UFSC no dia 27 de março de 2015, no qual foram apresentadas as principais características culturais, de saúde, meio ambiente e economia daquele país. Nesse dia houve discussão com a comunidade universitária sobre a colaboração Brasil-Haiti no âmbito universitário, e a associação desenvolveu, conjuntamente com professores e servidores da UFSC, um modelo de universidade pública para ser instalada no Haiti.

Apesar de receberem o apoio da universidade, há relatos de estudantes apresentando dificuldades na validação de documentos e disciplinas cursadas nas instituições de origem, e problemas relativos ao seu acesso a cursos do idioma português, para facilitar sua integração com a universidade (GAIRF, 2015).

Simai e Baeninger (2015) estudaram a imigração haitiana descrita por sete estudantes de graduação da Unicamp. Por meio de entrevistas, os pesquisadores procuraram conhecer e resgatar a identidade haitiana. Os participantes relataram o sentimento de pertencimento à sua terra natal. Todos os pesquisados relataram ter retornado ao Haiti pelo menos uma vez, desde sua chegada ao Brasil, o que representa, para alguns alunos, um evento anual.

Segundo os autores, os estudantes também demonstraram certa rejeição à sua filiação ao grupo negro de descendência afro-brasileira, o que provavelmente se deve à percepção de uma imagem negativa e subalterna dessa população na sociedade brasileira. Esse fato ressalta

a dissonância explicitada por eles entre o ser haitiano e o ser afro-brasileiro (SIMAI; BAENINGER, 2015).

Girardi (2015) realizou sua pesquisa sobre impactos psicológicos da imigração com estudantes imigrantes, incluindo universitários haitianos na UFSC. Seus resultados apontaram, assim como no trabalho de Simai e Baeninger (2015), o sentimento de não pertencimento ao Brasil, mas sim à sua terra natal. Os alunos costumam trazer para o cotidiano lembranças de sua terra através da culinária e nos encontros com colegas universitários da mesma nacionalidade. Percebe-se que eles não têm pretensão de se manter no Brasil, por sentirem falta da família, medo de não conseguir emprego, ou por se sentirem motivados a contribuir no desenvolvimento do Haiti.

O autor observou, ainda, nas falas dos haitianos, alguns sintomas de problemas relacionados à saúde, tais como dores de cabeça, que eles associavam ao excesso de estudo ou à tensão de final de semestre. Um estudante relatou dificuldades de respirar, e outro relatou taquicardia, que ambos relacionaram ao estresse vinculado ao esforço nos estudos. Não houve relatos sobre quais tratamentos foram utilizados para sanar esses problemas, ou se eles foram tratados de alguma maneira (GIRARDI, 2015).

Ressalta-se que as pesquisas realizadas com haitianos que imigraram com objetivo de estudar refletem percepções de um público diferenciado, que possui condição socioeconômica mais favorecida e maior escolaridade, em alguns casos, se comparados a haitianos que imigram com visto humanitário em busca de trabalho e sustento da família que vive no Haiti. Apesar de observar essa diferença, a cultura sobre o processo saúde/enfermidade/atenção parece não depender de classe social e escolaridade, estando arraigada aos hábitos do cotidiano dos haitianos.

2.4 SAÚDE NO HAITI

Nesta seção, abordaremos os setores de cuidado à saúde que compõem a sociedade haitiana, demonstrando de forma ampla como as enfermidades podem ser diagnosticadas, tratadas e adquirir significado dentro da cultura. Essa temática é bastante complexa e abordada com maior profundidade na tese de Gioda (2017). Para fins deste trabalho, cabe-nos demonstrar quais são os referenciais de saúde e doença do Haiti, de maneira a auxiliar na compreensão do itinerário terapêutico dos imigrantes investigados nesta pesquisa.

Abrimos esta seção localizando economicamente o Haiti, país considerado o mais pobre do hemisfério ocidental. Segundo o Banco Mundial, mais de 50% dos haitianos vivem abaixo

da linha nacional de pobreza, que é de 2.41 dólares ao dia. O país está se recuperando dos efeitos do terremoto de 2010, que matou mais de 300 mil pessoas (SPERBER, 2018). Diante de tal cenário, consideramos pertinente reforçar a teoria de Paul Farmer, segundo a qual o Haiti sofre de uma violência estrutural cujo cerne são as desigualdades sociais que acompanham o país há séculos, remetendo a uma ordem política e econômica muito antiga, tal qual à época da escravidão.

A violência estrutural se apresenta também no âmbito do sistema de saúde haitiano, mais especificamente no setor profissional da saúde, em uma infraestrutura física de serviços sucateada e atendimento médico de baixa efetividade. Aliada à precariedade dos serviços biomédicos, há um entendimento, na cultura haitiana, sobre saúde e doença de forma multidimensional, abrangendo o universo espiritual expresso através do “vodu” (GIODA, 2017).

Dessa forma, para abordar a medicina tradicional do Haiti, necessitamos fazer um resgate da cultura haitiana, que é modulada por rituais, práticas religiosas e espirituais de cura presentes no “vodu”. O vodu é reconhecido como uma religião, composta por elementos reunidos de forma sincrética, provenientes dos povos africanos, indígenas, do catolicismo e religiões tribais, com algumas características similares ao candomblé (BARBOSA, 2015). Originalmente, a palavra vodu significa espírito, e é utilizada também para se referir à magia, sacerdotes e posse de espíritos.

Nem todos os haitianos praticam o vodu de maneira religiosa ou como uma prática médica tradicional. Entretanto, a filosofia é parte integrante da organização cultural do Haiti e está presente no padrão das relações sociais, no entendimento sobre o tratamento e cura das doenças e na comunicação com forças exteriores (MILLER, 2000).

Segundo Barbosa (2015), o vodu foi levado para outros países através da imigração de haitianos para Cuba, Estados Unidos, Canadá, França, dentre outros países. No caso dos imigrantes haitianos que estavam trabalhando no Rio Grande do Sul, o vodu não era praticado por eles, mas estava presente no *ethos*, na cosmologia e nos seus valores culturais. O respeito a Deus, aos espíritos e à família são demonstrados por eles, além de expressarem a solidariedade e a partilha com os mais pobres, compartilhando a comida e a casa com os compatriotas.

Os haitianos não compõem um grupo homogêneo com relação às práticas em saúde e religiosas. Nesse sentido, há uma grande variação nas percepções sobre corpo, espiritualidade e crenças. A maior parte dos haitianos pratica, em algum grau, o catolicismo, o vodu e a biomedicina de forma sincrética, para cuidar, tratar e dar explicações sobre seus problemas de saúde (COREIL, 1983 *apud* MILLER, 2000).

Assim, existem vários níveis de curadores na etnomedicina haitiana, com distintas especialidades. Algumas pessoas e problemas de saúde são melhor tratados pela biomedicina ocidental; outros são tratados por fisioterapeutas ou por sacerdotes e sacerdotisas vodu. Para problemas comuns como diarreia, resfriado, verminoses e dor de estômago, os terapeutas mais procurados são os herbalistas, que tratam também o “mau olhado” que geralmente afeta as crianças e é associado à desnutrição (MILLER, 2000).

Segundo Farmer (1992), no entendimento da população de Do Kai, em 1988, algumas doenças podem ter mais de uma causa. A Aids por exemplo, pode ser uma doença infecciosa, do sangue, causada por germes, ou ainda, pode ser uma “doença mandada” por feitiçaria. Dessa forma, a prevenção e o tratamento serão diferentes, de acordo com a causa.

Nesse sentido, o uso de preservativo protegerá contra a Aids infecciosa, mas não contra a feitiçaria. Neste caso, o uso de amuletos oferecerá alguma proteção. A causa da Aids estava também associada à tuberculose, e ambas associadas à magia. Na linguagem dos nativos, era possível enviar uma morte por Aids ou por tuberculose. No entanto, após perceber-se com algum problema de saúde, o primeiro movimento do haitiano será buscar ajuda no aconselhamento de membros da família.

A religião possui papel fundamental para os haitianos: dá sentido à vida; é uma forma de consolo frente a circunstâncias desafiadoras; proporciona acalento e esperança, confirmando a crença de que Deus é o mais poderoso e resolverá qualquer problema (DESROSIERS; ST.FLEUROSE, 2002).

Além do vodu, as religiões católica e evangélica auxiliam os haitianos a lidar com a saúde mental e emocional e ganham maior confiança dos fiéis, se comparadas aos profissionais das instituições biomédicas. Por isso, os líderes das corporações religiosas são considerados consultores dos fiéis em suas tomadas de decisão, e podem ser aliados dos profissionais da saúde para encaminhar o sujeito ao tratamento biomédico e ampliar sua adesão ao tratamento (PIERRE *et al.*, 2010).

Sterlin (2006 *apud* PIERRE *et al.*, 2010) contrasta a visão “antropocêntrica” ocidental, em que o homem é o centro do universo, com a visão “cosmocêntrica” do haitiano, em que o ser humano é visto como parte de um universo composto pelo meio ambiente, seres ancestrais, espíritos e a unidade familiar.

No quadro 1 apresentamos uma comparação entre os cuidados de saúde baseados na visão cosmocêntrica dos haitianos e a visão da cultura antropocêntrica ocidental.

Quadro 1 – Cuidados de saúde baseados nos dois sistemas culturais

	Cultura cosmocêntrica no Haiti	Cultura antropocêntrica
Maneiras de ser (visão de mundo)	Os seres humanos são apenas uma forma particular de energia condensada, extraída do grande Cosmos e do ser Universal cósmico, cuja preocupação primeira é alcançar e manter uma sinergia harmoniosa com a energia universal.	Os seres humanos estão no centro de um universo imperfeito, que eles devem entender, explorar, controlar, transformar, utilizar etc.
Conceito de pessoa	A pessoa tem quatro dimensões: <ul style="list-style-type: none"> • Ko kadav ("body"); • Lonbraj ("sombra"); • boa-anj Gwo ("the big fat anjo"); • Nam/bon-anj ti ("The Good anjo"). 	A pessoa tem duas dimensões: corpo e espírito.
Saúde	Saúde é o estado de "bem-estar em conexão com o meio ambiente", que compreende: <ul style="list-style-type: none"> • o ambiente não humano (terra, plantas, animais, o ar, as forças da natureza etc.); • o ambiente humano (a unidade familiar e a família expandida, a rede de aliados próximos, a comunidade, os outros); • ancestrais e espíritos (invisível). O indicador da saúde e bem-estar é a experiência de uma integração com Ambiente. 	Saúde é o estado de bem-estar, que resulta de um funcionamento ótimo dos órgãos e dos sistemas, definidos pelos parâmetros fisiológicos e bioquímicos. A influência do meio ambiente é essencialmente física (por exemplo, a qualidade do ar, a alimentação etc.). O reconhecimento da importância do ambiente social é modesto. O indicador da saúde e bem-estar é a autonomia individual e o desempenho de atividades.
Doença	O estado de "estar doente" é o resultado de uma perda de harmonia entre os componentes da pessoa e / ou entre a pessoa e um ou mais elementos do meio ambiente.	O estado de "estar doente" é o resultado de uma perturbação das funções de um órgão ou de um sistema.
Origens das doenças	O não cumprimento das regras que regem as relações humanas com o ambiente físico; <ul style="list-style-type: none"> • não cumprimento das regras de higiene; • não cumprimento de regras éticas; • influências prejudiciais dos outros (envenenamento, feitiçaria); • a não observância de ritos ou requisitos de antepassados e / ou espíritos 	<ul style="list-style-type: none"> • manifestação de problemas hereditários ou genéticos; • não cumprimento de regras de higiene (nutrição, toxinas, micróbios etc.); • fatores patogênicos interpessoais (cuidados emocionais sem qualidade, perda, trauma etc.); • stress psicológico e social.
Classificação das doenças	<ul style="list-style-type: none"> • Doença Bondyé: do domínio do visível ou das doenças físicas "comuns", que podem ser curadas utilizando a medicina ocidental ou 	<ul style="list-style-type: none"> • Doença física • Doença Mental • Doença psicossomática

	<p>um cont'`fèy (curandeiro tradicional);</p> <ul style="list-style-type: none"> • Doença fè moun-mal (ou maladi Diab): do domínio do invisível, do mistério ou da magia, que pode ser curada pela intervenção de um boko ou de um praticante oungan tradicional; • Doença Iwa: do domínio do espiritual invisível, pode ser curada por um oungan. 	Elas requerem a ajuda de um médico biomédico.
Morte	<ul style="list-style-type: none"> • A fase normal do ciclo de energia permite que a pessoa doente atinja o estatuto de antepassado, espírito etc. • O sentido varia de acordo com o tipo de doença (Bondye, diab, Iwa) 	<p>Um resultado fatal, devido ao desequilíbrio biológico que a medicina não domina ainda.</p> <p>Experimentado como um fracasso para o paciente e para o médico.</p>
Experiência com a doença	<ul style="list-style-type: none"> • Polimorfismo e volatilidade da experiência dos sintomas (metáforas); • Ausência de referências anatômicas (ocidentais); • Referências à energia e a um ou vários elementos da pessoa; • Poucos vínculos entre os desconfortos e os afetos. 	<p>Natureza clara e inequívoca dos sintomas;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Referência à anatomia; • Fixa relação com o desconforto; • Referência ao aspecto físico ou psicológico.
Modo de intervenção e cura	<ul style="list-style-type: none"> • Adivinhação da natureza e da sensação de desconforto; • Mediação com o universo dos espíritos; • Prescrição de medidas incluindo rituais; • Realinhamento de energias; • Participação ativa do paciente (busca de plantas, peregrinação, dança etc.); • Mobilização de redes sociais e redes de conhecimento; • Ligado à moral, ao social e ao político; • Participação (financeira ou outra) do cliente para a remuneração da cura. 	<p>Elaboração de um diagnóstico racionalmente, relacionado com a natureza e a causa da doença (de acordo com a fisiopatologia ou psicopatologia);</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uso da tecnologia médica para confirmar diagnóstico; • A espiritualidade é suspeita ou é um indicador da patologia; • Prescrição de medidas para restaurar o equilíbrio (medicamentos, alimentos, exercício etc.); • intervenções focadas no indivíduo; • A participação financeira do paciente é ética e politicamente inaceitável quando este se torna vulnerável aos abusos.

Fonte: Adaptado de Sterlin (2010 *apud* PIERRE *et al.*, 2010 – tradução nossa).

Segundo Pierre *et al.* (2010), para a cultura haitiana, as doenças podem ser provenientes de diversas causas e explicações, desde eventos biológicos até fatos sobrenaturais provenientes

do mundo dos espíritos. Os diferentes modelos explicativos da doença irão direcionar a busca por determinado tipo de tratamento ou uso de serviços.

A crença nesses modelos é variável e dependente de fatores como localização geográfica, religião e classe social. O caso da Aids, anteriormente citado por Farmer (1992), é um exemplo de como uma doença pode ter mais de uma causa na cultura haitiana. Os indivíduos costumam utilizar várias explicações relativas a saúde, doença e tratamento de forma híbrida. Schatz, Charron e Folden (2003) relatam que imigrantes haitianos que vivem nos EUA relataram utilizar tratamentos convencionais combinados com remédios tradicionais da cultura haitiana, para tratar as enfermidades de seus filhos.

Gioda (2017), ao explorar os itinerários terapêuticos de haitianos em uma comunidade rural do Haiti, relata que as trajetórias de cuidado à saúde são muitas vezes conflituosas, já que enfermidades diferentes se manifestam inicialmente com sintomas semelhantes, o que dificulta o diagnóstico e a identificação do setor de cuidado à saúde mais adequado para realizar o tratamento.

Em um primeiro momento, as pessoas acometidas de doenças mais graves, que não apresentam melhora com os cuidados caseiros do setor familiar, procuram atendimento médico em hospitais ou com *Medsyn Fèy* (médicos das folhas), reconhecidos como provedores do conhecimento da medicina tradicional. Porém, quando o tratamento considerado “natural” é ineficiente e a causa da enfermidade não é identificada, considera-se, por parte do paciente e ou de seu grupo familiar, que se trata de uma doença de *bokor* (para ser tratada por um sacerdote *vodou*- SV). Portanto, pressupõe-se que se trata de uma doença sobrenatural.

Acredita-se que as causas sobrenaturais são provenientes da violação de forças naturais ou que vão além delas. Elas podem ser percebidas como originárias de diversas fontes, como uma relação ruim com Deus, maldições, ou ofensas a Iwa (poderosa divindade na religião vodu).

A “*Se'izisman*” é um exemplo de uma síndrome cultural haitiana que pode ter causas sobrenaturais. Ela ocorre em reação ao recebimento de uma notícia ou após a ocorrência de um evento inesperado. Com o repentino trauma, diversas reações podem ocorrer, como paralisação (a pessoa não se levanta, como se estivesse em estado de choque), choro, mudez, inibição do apetite, falta de ar e sensação de sufocamento. Esses sintomas podem se prolongar a até algumas horas após o evento ocorrido, ou podem permanecer durante dias (NICOLAS *et al.*, 2006).

Os tratamentos para *Se'izisman* incluem cuidados naturais ou espirituais. Os tratamentos naturais incluem a utilização de chás com ervas medicinais, compressas, óleos e massagens, e podem ser realizados pelos familiares. A família também pode recomendar que a pessoa procure

auxílio de um curandeiro espiritual, sacerdote ou pastor, como um *Houngan* ou *Mambo*, que realizará o tratamento por meio de rezas e rituais (DESROSIERS; ST.FLEUROSE, 2002).

Os problemas de saúde mental também são associados a causas sobrenaturais (espirituais). Sendo assim, os profissionais da saúde podem prestar auxílio, porém, a causa dessas doenças deve ser tratada por meio de rituais com SV especializado (MILLER, 2000; DESROSIERS; ST.FLEUROSE, 2002).

3 REVISÃO DE LITERATURA

Apresentamos a revisão de literatura sobre saúde de imigrantes haitianos no formato artigo científico, aceito para publicação na revista *Interface e Comunicação, Saúde, Educação* no mês de setembro de 2019.

Saúde de imigrantes haitianos: Revisão de estudos empíricos qualitativos

Amanda Faqueti, Marcia Grisotti, Ana Paula Risson

Resumo

Este artigo tem por objetivo investigar como o tema saúde de imigrantes haitianos vem sendo abordado em estudos empíricos qualitativos. Realizou-se revisão sistemática nas bases de dados PubMed, Scielo, Scopus e Web of Science, entre 2007 e 2019. Esta revisão se orientou por princípios da revisão sistemática quantitativa, aplicados à pesquisa qualitativa. Os dezessete artigos selecionados foram revisados criticamente e os dados relevantes extraídos e sintetizados utilizando-se preceitos da síntese temática. Os resultados apontam que percepções e saberes sobre saúde/doença estiveram presentes em todos os trabalhos. Os estudos incluídos demonstram motivos pelos quais os participantes não acessam serviços de saúde, no entanto não exploram como ocorrem as trajetórias de cuidado. Recomenda-se que trabalhos futuros reconheçam a necessidade do diálogo intercultural avançando no sentido de compreender a lógica e os significados que dão sustentação as representações socioculturais do cuidado à saúde.

Palavras-chave: Imigrantes, Haiti, Acesso aos serviços de saúde.

Abstract

This article aims to investigate how the health issue of Haitian immigrants has been approached in qualitative empirical studies. A systematic review was carried out in PubMed, Scielo, Scopus and Web of Science databases between 2007 and 2019. This review was guided by principles of quantitative systematic review applied to qualitative research. The seventeen articles selected were critically reviewed and the relevant data extracted and synthesized using precepts of thematic synthesis. The results point out that perceptions and knowledge about health/ illness were present in all studies. The studies included demonstrate reasons why participants do not access conventional health services, other than explore how health care trajectories occur. It is recommended that future work, besides recognizing the need for intercultural dialogue, should advance in order to understand the logic and meanings that support the socio-cultural representations of health care.

Keywords: Immigrants, Haiti, Health Services Accessibility.

Introdução

O fluxo migratório global de pessoas, mercadorias, plantas e animais e seu impacto na saúde da população imigrante e autóctone tornou-se um tema de grande relevância na literatura internacional¹⁻³. No entanto a correlação entre migração e saúde é complexa e permeada por fatores sociais como desigualdades socioeconômicas, preconceito, discriminação, iniquidades no acesso ao trabalho, moradia, educação e diferenças culturais entre os países. Nesta direção, concepções e práticas em saúde-doença-cuidado criados ou aprendidos no país de origem podem interferir nos “sistemas culturais de saúde”²⁻⁴ do país receptor dos imigrantes. Cabe esclarecer para fins deste estudo que como a doença é percebida a partir de um conjunto de experiências culturais do sujeito, desta forma os sistemas de saúde são também sistemas culturais⁵.

A saúde de imigrantes e as barreiras de acesso aos serviços de saúde foram alvo de investigação em dois estudos de revisão sistemática realizados nos Estados Unidos da América (2014)⁶ e no Canadá (2016)⁷. Na primeira delas, realizada com negros (africanos e afro-americanos) observou-se que as dificuldades enfrentadas por imigrantes no acesso aos serviços de saúde nos EUA incluem: barreira linguística, falta de informação sobre como acessar os serviços de saúde, diferenças culturais, ausência de seguro saúde, discriminação e estigma no que diz respeito às doenças como HIV/ Aids⁶. Na segunda pesquisa encontrada, as barreiras enfrentadas por imigrantes no Canadá incluem prioritariamente as mesmas dificuldades referidas no estudo norte americano, com exceção do estigma relacionado a infecção por HIV e discriminação⁷.

Apesar das similaridades nessas duas revisões sobre as dificuldades encontradas pelos imigrantes para acessar os serviços de saúde, Wafula e Snipes, 2014⁶, ao estudar especificamente imigrantes negros, sinalizam que a presença da discriminação vinculada à cor da pele e ao estigma associado a Aids são fatores que interferem na utilização de serviços médicos. Além desse fato, os autores apontam a necessidade dos pesquisadores distinguirem as especificidades de imigrantes africanos negros de afro-americanos, pois constituem grupos muito heterogêneos no que diz respeito a gênero e etnia.

No Brasil, pesquisadores reconhecem, em trabalhos teóricos^{2,8}, as especificidades de grupos de imigrantes, bem como as particularidades históricas, culturais e sociais em que se desenvolvem os deslocamentos e sua relação com a saúde. Já em pesquisas empíricas destacam-se temas como: vulnerabilidade social e riscos para a saúde de bolivianos em Buenos Aires e São Paulo⁹; inclusão de haitianos no sistema de saúde brasileiro¹⁰, perfil sociodemográfico de brasileiros em Portugal¹¹.

O crescente número de imigrantes haitianos que passaram a habitar diversas regiões do Brasil, após o terremoto que atingiu o Haiti em 2010, motivou a realização de investigações em diversas áreas do conhecimento. Os principais objetivos dessas pesquisas realizadas focam a caracterização da população imigrante haitiana, destacando as condições de trabalho¹²; a descrição da prevalência e os fatores associados ao transtorno de estresse pós-traumático, sintomas de ansiedade e depressão em migrantes haitianos no sul do Brasil¹³; a identificação do processo de inserção sociocultural¹⁴; a vinculação da imigração de haitianos e haitianas para o Brasil, a partir da perspectiva teórica das migrações de crise¹⁵; a descrição do processo que levou à criação do visto humanitário voltado exclusivamente para os haitianos¹⁶; o papel das redes de acolhimento no processo migratório dos haitianos no Brasil¹⁷; o registro das condições de vida e de trabalho dos Haitianos em Tabatinga¹⁸. Tais estudos, publicados em periódicos, não entraram na amostra desta revisão pois não preencheram os critérios de elegibilidade, embora serviram de apoio para as reflexões.

No que tange a área da saúde coletiva brasileira, observa-se que poucos estudos empíricos foram realizados com participantes haitianos^{10,12,19,20} sendo a maioria deles quantitativos^{12,19,20}, com exceção de um, que é qualitativo mas não trata especificamente as narrativas de saúde/doença dos próprios haitianos¹⁰. O mesmo explora como o Sistema Único de Saúde respondeu às demandas colocadas por um contingente inesperado de novos usuários¹⁰. Dentre as pesquisas quantitativas aponta-se que: A maioria dos haitianos que vivem em Cuiabá dependem exclusivamente do Sistema Único de Saúde brasileiro para atendimento médico, 48% referiram mudanças na saúde após a migração e 59% acreditavam que sua saúde se tornou melhor após a imigração ou melhor após a chegada ao Brasil²⁰. da Silva e colaboradores¹⁹, detectaram baixa densidade de microfilaremia entre os haitianos investigados, tornando improvável o ressurgimento da filariose linfática em Manaus. Na capital mato-grossense, Leão et al¹², verificaram que os haitianos se inseriram em setores de produção que proporcionam condições ruins de trabalho com repercussões na saúde física e sofrimento psicossocial.

Assim como os estudos brasileiros, outros países das Américas têm investigado questões de pesquisa sobre saúde de haitianos, visto que são países que também recebem contingentes significativos destes imigrantes. Observou-se que a maior parte dos estudos publicados nesses países, Estados Unidos^{21,22}, Canadá^{23,24} e República Dominicana^{25,26} também enaltecem métodos quantitativos. Essas pesquisas mensuram e quantificam variáveis apresentando de forma importante como as doenças afetam os imigrantes haitianos. No entanto, entende-se que para a compreensão do fenômeno social (migração/saúde) é imprescindível lançar luz às subjetividades presentes nas narrativas dos sujeitos implicados na imigração. Nesse sentido,

percebeu-se a necessidade de investigar o estado da arte de pesquisas qualitativas sobre saúde de haitianos sob a ótica dos próprios imigrantes. Nesse contexto, a presente revisão pretende responder a seguinte pergunta de pesquisa: Como o tema saúde e imigração vem sendo abordado em estudos empíricos qualitativos, realizados exclusivamente com imigrantes haitianos?

Método

Esta revisão foi realizada utilizando princípios da revisão sistemática quantitativa, aplicados à pesquisa qualitativa²⁷. Utilizou-se para a realização dessa revisão prioritariamente o roteiro de instruções *Enhancing transparency in reporting the synthesis of qualitative research* (ENTREQ) idealizado para respaldar e sintetizar evidências qualitativas²⁸.

Estratégia de busca e seleção dos artigos

A busca pelos artigos foi realizada no período de janeiro a junho de 2018, e atualizada em cinco de abril de 2019 nas bases de dados PubMed, Scielo, Scopus e Web of Science. A estratégia de busca para Pubmed, adaptada para os outros bancos de dados, foi: ("immigrant"[Mesh] OR "immigrant "[All Fields] AND ("health "[Mesh] OR "health "[AllFields] AND ("haitian "[All Fields]. Foi aplicada delimitação relativa à data de publicação, entre 01/01/2007 à 05/04/2019, pois neste período houve crescimento do número de publicações especialmente a partir do ano de 2010, após o terremoto que ocorreu no Haiti, aumentando o fluxo migratório dessa população. Não houve restrição com relação ao idioma de publicação. As referências dos artigos selecionados foram revisadas e realizou-se análise das publicações para incluir outros possíveis trabalhos que atendessem os critérios de inclusão, no entanto nenhum trabalho foi incluído nessa etapa.

A busca e seleção de trabalhos foi realizada por dois revisores de forma independente. Inicialmente as referências recuperadas no processo de busca nas bases de dados foram exportadas para o programa gerenciador de referências EndNote Web (Thomson Reuters) onde procedeu-se a exclusão das duplicatas. Os processos de triagem e seleção foram realizados de acordo com os critérios de elegibilidade descritos a seguir. Primeiramente avaliaram-se os títulos e resumos e após os artigos completos.

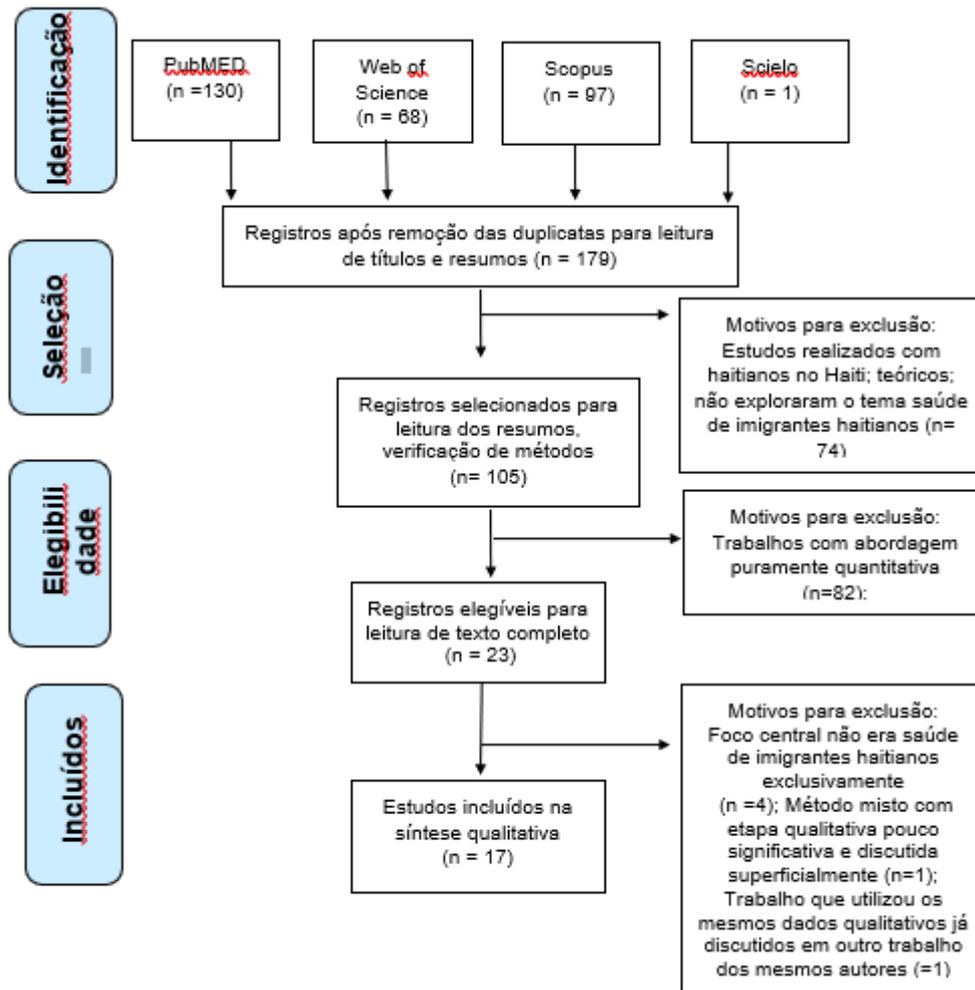
Critério de Elegibilidade

Foram empregados os seguintes critérios de inclusão: artigos científicos originais, empíricos qualitativos ou mistos; realizados exclusivamente com imigrantes haitianos, que investigam e analisam os discursos dos mesmos sobre questões relativas à sua saúde, publicados em periódicos nacionais e internacionais.

Foram excluídas revisões de literatura, cartas, artigos de opinião, relatos de experiência, capítulos de livros e estudos originais realizados com haitianos no Haiti e/ou que utilizaram método quantitativo exclusivamente. Optou-se por excluir os relatos de experiência pelo fato de tratarem-se de trabalhos sem detalhamento metodológico; os estudos realizados com haitianos no Haiti por não elucidarem o debate entre migração e saúde (tema central nesse artigo); e os estudos quantitativos por não explorarem subjetivamente as narrativas dos entrevistados. Esses critérios buscaram assegurar que somente estudos originais, com abordagem qualitativa ou mista, realizados integralmente com respondentes de nacionalidade haitiana, imigrantes, fossem inseridos, uma vez que respondem com maior exatidão a pergunta de pesquisa norteadora dessa revisão.

A síntese quantitativa do processo de seleção dos estudos é demonstrada no fluxograma 01, que segue o modelo PRISMA apresentado por Moher e outros, 2009²⁹. O uso deste modelo permite a explicitação detalhada e ao mesmo tempo sintética dos passos percorridos nos processos de identificação, triagem e elegibilidade dos registros que compõem esta revisão.

Figura 1 – Fluxograma do processo de busca, triagem e elegibilidade dos registros que compõe a síntese temática



Fonte: autoria própria

Para a avaliação dos estudos utilizou-se o “checklist” proposto pelo “Critical Appraisal Skills Programme” (CASP)³⁰, o qual auxilia na avaliação da qualidade dos trabalhos qualitativos. O CASP apresenta dez itens que permitem analisar os artigos de maneira criteriosa, observando-se o rigor, credibilidade e relevância metodológica. Os artigos foram classificados em categoria A e B. Aqueles classificados como (A) são considerados com baixo risco de viés e devem atender pelo menos nove dos dez itens propostos: 1) objetivo claro e justificado. 2) desenho metodológico apropriado aos objetivos. 3) procedimentos metodológicos apresentados e discutidos. 4) seleção intencional da amostra. 5) coleta de dados descrita, instrumentos e processo de saturação explicitados. 6) relação entre pesquisador e pesquisado. 7) cuidados éticos. 8) análise densa e fundamentada. 9) resultados apresentados e discutidos, apontando o aspecto da credibilidade e uso da triangulação. 10) descrição sobre as contribuições e implicações do conhecimento gerado pela pesquisa, bem como, suas limitações²⁹. A categoria

B representa os estudos com viés de risco moderado, os trabalhos classificados com essa categoria preencheram pelo menos 5 dos 10 itens²⁹.

Cabe ressaltar que todos os artigos incluídos na revisão preencheram minimamente cinco itens do checklist CASP³⁰ e não houve exclusão de estudos com base na qualidade metodológica.

Síntese e análise dos resultados

O método utilizado para sintetizar os resultados foi baseado na técnica de síntese temática, conforme descrito por Thomas e Harden³¹. Os trabalhos selecionados foram lidos e a codificação livre foi realizada linha por linha a partir dos resultados dos estudos primários. O segundo passo foi a organização desses códigos livre em áreas afins para construir temas descritivos. O constructo analítico foi apresentado e discutido entre os autores deste estudo.

Resultados

Análise Bibliométrica

Os dezessete artigos científicos revisados por pares, incluídos na revisão foram publicados e realizados nos Estados Unidos da América e República Dominicana, entre os anos de 2009 a 2017 em revistas especializadas, publicação máxima de três artigos nos anos de 2012 e 2014. No que se refere a autoria dos artigos a maioria dos estudos possui autoria múltipla entre dois a oito autores³²⁻⁴⁵. Os pesquisadores que se destacaram com maior número de publicações foram: Marie-Anne Sanon, primeira autora em três trabalhos^{33,37,46}. Erin Kobetz, primeiro autor em dois trabalhos^{42,43} e coautor em outros três^{21,40,44}, e Janelle Menard, primeira autora em dois artigos^{40,44} e coautora em outros três^{21,42,43}. Em relação aos periódicos observou-se que duas revistas publicaram mais de um artigo: *Journal Immigrant Minority Health*^{45,47}, e *Ethnicity & Health*^{41,44}, não havendo predominância de publicações em um mesmo periódico. Todos os periódicos incluem em seu escopo as áreas saúde e ciências sociais. Quanto a localização geográfica das publicações a maioria das pesquisas foi realizada na Flórida^{40,43,45-48},

Somente dois estudos mistos foram incluídos, um realizado na Flórida⁴⁰ e um na República Dominicana⁴¹. Com relação aos conceitos e perspectivas teórico metodológicas observou-se que oito trabalhos não delimitam uma abordagem específica^{34,35,38,39,41,42,44,45}. Dentre os trabalhos que citam destaca-se a *Grounded Theory*^{36,40,46-48}, *Transnacionalismo*^{33,37}, *Diffusion of Innovation Theory (DIT)*⁴³, *PEN-3 Cultural Model*³².

No que diz respeito aos aspectos éticos da pesquisa com seres humanos, oito trabalhos não mencionam aprovação por nenhuma instituição universitária ou comitê de ética em pesquisa^{33,36,37,39,40,42,45,47}. Nos demais trabalhos a aprovação por instituição universitária ou comitê de ética é citada de forma pontual e pouco discutida, limitando-se a referir a aprovação da investigação^{32,34,35,38,41,42,44-46}. Em relação ao financiamento somente quatro trabalhos não citam financiamento das pesquisas^{34-36,41}.

Quadro 1: Caracterização dos artigos analisados segundo primeiro autor, ano de publicação, tema central do artigo, método de coleta de dados, características dos participantes e classificação segundo CASP.

1º Autor/ ano	Tema central	Método de coleta de dados	Características dos participantes	Classificação segundo CASP
Moise (2017) ³²	Conhecimento, gerenciamento e prevenção do diabetes	Grupo focal	10 participantes diagnosticados com diabetes ou em risco para a doença, 6 pessoas do sexo feminino e 4 do sexo masculino.	B
Sanon (2016) ³³	Influência de atividades transnacionais na autogestão da hipertensão	Etnográfico	31 entrevistados; 27 do sexo feminino e 4 do sexo masculino.	A
Gollub (2016) ³⁵	Percepções sobre método anticoncepcional através de dispositivo de barreira	Grupo focal	20 participantes do sexo feminino; heterossexualmente ativas	B
Allen (2015) ³⁴	Prioridades, preocupações e recursos de saúde necessários para melhorar a prestação de cuidados de saúde e sociais aos haitianos em Boston	Grupo focal	78 participantes; 55 do sexo feminino e 23 eram do sexo masculino.	B
Keys (2015) ⁴¹	Percepção de haitianos que vivem na República Dominicana sobre	Estudo misto, análise qualitativa de entrevistas	21 participantes; 15 do sexo masculino e 6 do sexo feminino	A

	discriminação, humilhação e saúde mental	em profundidade		
Kenya (2014) ³⁶	Necessidades educacionais sobre Vírus Papiloma Humano e câncer de colo de útero entre Mulheres Haitianas HIV positivo	Grupo Focal	21 participantes do sexo feminino diagnosticadas com HIV	B
Sanon (2014) ³⁷	Como os imigrantes haitianos definem e gerenciam a hipertensão	Entrevista semi-estruturada	31 entrevistados; 27 do sexo feminino e 4 do sexo masculino	B
Conserve (2014) ³⁸	Experiência do processo de revelação do estado sorológico de HIV entre imigrantes haitianos	Entrevistas em profundidade	21 entrevistados HIV positivo; 16 do sexo feminino e 5 do sexo masculino	B
Sanon (2013) ⁴³	Influências do Trabalho no gerenciamento da hipertensão	Entrevista em profundidade e semi-estruturada	27 entrevistadas do sexo feminino, que emigraram nos últimos 10 anos diagnosticadas com hipertensão arterial.	B
Stephens (2012) ³⁹	Valores Culturais influenciando as Atitudes de Mães Imigrantes Haitianas a Respeito da Vacina de HPV para suas filhas	Entrevista semi-estruturada	31 mães haitianas residentes há menos 5 anos nos EUA	B
Dunleavy (2012) ⁴²	Crenças, atitudes e barreiras culturalmente fundadas para a doação de órgãos entre imigrantes haitianos	Grupo Focal	29 participantes que emigraram do Haiti durante os últimos 15 anos, 54 % do sexo masculino e 46 % sexo feminino.	B
Fordyce (2012) ⁴⁴	Discursos das imigrantes haitianas sobre gravidez	Etnográfico	27 entrevistadas do sexo feminino, gestantes	B

	indesejada e aborto			
Kobetz (2011) ⁴⁵	Percepções de mulheres imigrantes haitianas sobre a vacina HPV.	Grupo focal	41 participantes do sexo feminino	B
Kobetz (2011) ⁴⁶	Barreiras na realização da mamografia entre imigrantes haitianas	Grupo focal	18 participantes do sexo feminino, diagnosticado com câncer de mama no ano anterior ao estudo.	B
Menard (2010) ⁴⁷	Crenças e práticas de higiene íntima entre mulheres haitianas	Entrevistas	35 entrevistadas do sexo feminino	A
Menard (2010) ⁴⁰	Explora barreiras das haitianas para a realização do exame de Papanicolaou	Estudo misto, análise qualitativa de entrevistas em profundidade	15 mulheres de ascendência haitiana, sem histórico de câncer do colo do útero	A
Francois (2009) ⁴⁸	Conhecimentos, atitudes e triagem de câncer de cólon retal na comunidade haitiana imigrante	Grupo focal	45 participantes adultos; 27 do sexo feminino e 18 do sexo masculino.	B

Análise temática

Observou-se que todos os trabalhos abordam questões relativas às percepções e aos saberes sobre saúde/doença, especificamente sobre hipertensão^{33,37,47}, diabetes³², câncer^{40,43,45}, HIV³⁸, HPV^{36,39,42}, planejamento familiar^{35,48}; necessidades em saúde após o terremoto³⁴; doação de órgãos⁴⁶; práticas de higiene íntima⁴⁴, saúde mental⁴¹.

Na revisão temática descritiva emergiram os seguintes temas descritivos: conhecimento sobre as doenças, crenças religiosas e culturais, educação em saúde, apoio social na gestão de doenças, saúde mental os quais serão abordados a seguir:

Conhecimento sobre as doenças

Esse tema apareceu em seis trabalhos^{32,36,39,42,43,45}. Nessa classificação os autores incluem a desinformação e o baixo nível de conhecimento ou conhecimento equivocado (que serão exemplificados na próxima sessão) sobre a etiologia das doenças e seu tratamento. Dentre as doenças cita-se: Câncer de mama⁴³, câncer de cólon⁴⁵, câncer de colo uterino^{36,40}, infecção pelo vírus HPV⁴², diabetes³². Os trabalhos citam que esse desconhecimento ou conhecimento equivocado sobre as doenças influencia na não adesão a práticas preventivas e pode resultar na não adesão ao tratamento biomédico.

Crenças religiosas e culturais

Crenças religiosas e culturais foram citadas em seis trabalhos^{35,37,43-45,48}, e são descritas como barreiras para o planejamento familiar^{35,48}, além de permear o entendimento dos imigrantes sobre a etiologia das doenças^{37,43,45}, interferindo na conduta terapêutica^{37,44,45}.

Dois trabalhos relatam a influência dessas crenças sobre questões relativas ao planejamento familiar^{35,48}. De acordo com os resultados descritos em tais trabalhos a presença de Deus está favoravelmente ligada ao nascimento dos filhos. Deus traz as crianças e o aborto é descrito como pecado⁴⁸. Deus não recomenda a utilização de método anticoncepcional³⁵.

No que tange ao desenvolvimento do câncer Kobetz et.al, 2011⁴² e François et. al, 2009⁴⁵ relatam vinculação da presença da doença com um mandado divino. O surgimento do câncer pode estar associado com tendências pessoais provenientes da criação divina⁴⁵ ou com a realização de orações insuficientes⁴³.

As crenças culturais apareceram nas representações sobre hipertensão arterial: “*Tansyon*”, em crioulo é a denominação utilizada por eles para pressão arterial alta. A maioria dos haitianos entrevistados entendem “*Tansyon*” como “*maladi*” (doença), enquanto alguns denominam “*Tansyon*” como uma condição natural do corpo que irá acometer todos os seres humanos. A maneira pela qual os haitianos percebem a hipertensão delimita as estratégias de gerenciamento. Quando ela é reconhecida como uma condição natural do corpo não se considera necessário realizar tratamento. Já aqueles que entendem “*Tansyon*” como “*maladi*” acreditam que a mesma pode estar vinculada a fatores associados como estresse e precisa ser tratada³⁷.

Os remédios caseiros (chás), também fazem parte das crenças sobre o tratamento de doenças e são citados para o tratamento da hipertensão³⁷ e do câncer^{44,45}, atrasando, na análise dos autores dos artigos, a busca por tratamentos convencionais biomédicos.

Educação em saúde

Os estudos que possuem como tema central o HPV enfatizam a importância da realização de atividades educativas com os imigrantes voltada para as formas de transmissão do vírus⁴⁴; relação entre HPV e câncer de colo uterino^{36,42}; importância da vacina contra HPV³⁹. Outros trabalhos também recomendam a realização de intervenções educativas adaptadas linguisticamente e a culturalmente visando reduzir as complicações decorrentes da má gestão do diabetes³², incentivar a doação de órgãos⁴⁶, e detectar precocemente doenças através de exames preventivos⁴⁰.

Apoio social na gestão de doenças

O apoio social e familiar é visto como suporte para enfrentar os problemas de saúde^{32,33,38,43,47}. O apoio da família foi declarado pelos respondentes como essencial no enfrentamento da Aids e do câncer de mama^{38,43}. Sanon⁴⁷ relata que o apoio social dos colegas de trabalho e familiares incentiva a adesão ao tratamento da hipertensão. Enquanto Moise, et. al³² refere que a presença de apoio social favorece a adoção de hábitos de vida saudáveis. A transculturalidade é apontada como fator que pode impactar positivamente no gerenciamento da doença, principalmente como suporte social. Por outro lado, pode afetar negativamente, aumentando o nível de estresse e reduzindo os recursos financeiros que poderiam ser utilizados para o gerenciamento da hipertensão, já que a maioria dos imigrantes envia regularmente remessas financeiras a seus familiares no Haiti³³.

Saúde mental

A saúde mental dos imigrantes é foco de discussão em dois trabalhos^{34,41}. Um deles apontou que houve impacto psicológico nos haitianos que viviam em Boston após a ocorrência do terremoto no Haiti em 2010. Os participantes responderam com unanimidade que o terremoto afetou negativamente sua saúde mental e que havia um sentimento de angústia, desamparo e impotência. Apesar desses sentimentos a busca por ajuda relacionada a saúde mental era baixa e justificada por barreiras culturais, linguísticas e estigma negativo vinculado a doenças mentais no Haiti³⁴. Em outro trabalho apontou-se que a saúde mental de haitianos na República Dominicana é afetada em decorrência de percepções de discriminação, menosprezo e humilhação. A população haitiana faz parte há muitos anos da esfera econômica e social do referido país, no entanto se sentem desvalorizados pelos dominicanos, a margem da sociedade por serem haitianos⁴¹.

Discussões

As migrações internacionais provocam mudanças e novas dinâmicas nas sociedades de origem e de destino. Trata-se de um fenômeno complexo que coloca demandas a diversas áreas da vida e do conhecimento, dentre elas para a saúde. A partir deste entendimento, essa revisão teve como objetivo sintetizar as evidências qualitativas de estudos empíricos que abordaram a saúde de imigrantes haitianos, tendo os mesmos como respondentes exclusivos de tais pesquisas.

O critério e decisão de incluir pesquisas qualitativas em que os participantes investigados fossem imigrantes haitianos está alinhado com a importância de visibilizar os imigrantes. Ou seja, os trabalhos incluídos nesta revisão descrevem as percepções, vivências e saberes dos imigrantes haitianos sobre saúde e doença em um novo país que não o seu de nascimento.

Os artigos analisados sinalizam que as características de atenção em saúde possuem relação com as políticas de saúde do país em que os imigrantes estão inseridos. Nesta direção, para Silveira, Goldberg e Martins⁴⁹, a maneira como os imigrantes são incluídos nos sistemas de saúde em um país demonstra a sensibilidade e capacidade de absorção de suas demandas e necessidades.

As pesquisas não apresentaram a ocorrência de uma doença específica ou com expressividade dentro da comunidade haitiana. No entanto, identificou-se que as doenças mais investigadas foram hipertensão, infecção por HPV e câncer. Vale registrar que todos os estudos selecionados apresentaram qualidade metodológica com viés de risco moderado ou baixo. Entende-se que ao abordar a “saúde dos imigrantes” ou das doenças que os afeta, deve-se ter atenção para não estigmatizar os imigrantes. Nesta direção, Fassin⁵⁰, entende que este cuidado se faz necessário para não culpabilizar os imigrantes. O autor ressalta que além de apontar as doenças mais acometidas, deve-se compreender os processos sociais em que elas se desenvolvem.

Os estudos internacionais identificados nesta revisão foram produzidos e publicados nos Estados Unidos, com exceção de um que foi produzido na República Dominicana⁴¹. Esta predominância pode estar relacionada com a maior proporção de imigrantes haitianos no EUA, especialmente em Miami - principalmente em Little Haiti (habitado tradicionalmente por imigrantes haitianos) -, Boston e New York, campo de pesquisa de grande parte dos trabalhos. De acordo com Handerson⁵¹, há a cultura histórica no Haiti da emigração para os EUA, sendo este o principal destino dos haitianos.

Não foi encontrada nenhuma publicação brasileira que preenchesse os critérios de elegibilidade desta revisão. Apesar de haver teses e dissertações que se enquadrariam no escopo, não há publicações em revistas indexadas nas bases de dados utilizadas nessa revisão. Este resultado indica para a necessidade de estudos nacionais que investiguem a relação entre saúde e imigração, privilegiando a narrativa dos próprios imigrantes e considerando a especificidade do Brasil em relação às suas políticas de saúde.

No que se refere aos temas dos artigos, percebeu-se que a saúde da mulher ganhou destaque, sendo investigada em seis trabalhos^{35,36,39,40,42,48}. Observou-se que valores culturais das mulheres vinculavam: O “estar doente” com a presença de sintomas; higiene feminina inadequada com infecções vaginais; utilização de método anticoncepcional com o casamento; vacinação contra HPV com iniciação sexual precoce; dependência financeira masculina com planejamento familiar. A associação entre tais valores culturais com o baixo conhecimento sobre HPV e rastreamento de câncer de colo uterino podem gerar um bloqueio das imigrantes haitianas aos serviços de saúde ginecológica. A oferta de serviços de educação em saúde culturalmente adaptados poderia ampliar o conhecimento sobre HPV, câncer e conscientizar a população para a importância dos exames de rastreamento. Porém os estudos não aprofundam de que maneira as ações de educação em saúde deverão ser conduzidas.

As questões socioculturais também foram destacadas por modularem as necessidades e preocupações com a saúde/doença^{32,33,36,37,39,43,45,47}. Percebeu-se que os estudos incluídos na revisão procuravam saber os motivos pelos quais os imigrantes não utilizavam os serviços convencionais de saúde, no entanto nenhum trabalho aprofundou as trajetórias de cuidado utilizadas por eles quando possuem problemas de saúde.

As barreiras no acesso a serviços de saúde, encontradas nessa revisão, seja para realização exames de rastreamento, adesão ao tratamento, planejamento familiar etc possuem características próximas as já evidenciadas no trabalho de Wafula Snipies⁶ e podem ser adaptadas ao modelo de obstáculos descrito por Menard et al⁴⁰. Tal modelo foi criado para evidenciar barreiras ao exame de Papanicolau, no entanto propomos aqui que ele seja adaptado de maneira mais genérica para barreiras no acesso aos serviços de saúde. Nessa adaptação utilizamos também o bloqueio por discriminação apontada por Wafula e Snipies⁶, conforme segue: Barreiras estruturais (falta de seguro saúde, dinheiro, conhecimento sobre determinado problema de saúde, problemas migratórios, de comunicação, linguagem e de discriminação); psicossociais (medos relacionados a realização do exame em si, da descoberta de um câncer ou de alguma doença infectocontagiosa como a AIDS); socioculturais (crenças e construções culturalmente mediadas de saúde/doença, incompatível com o modelo biomédico).

A evasão dos pacientes e a baixa eficácia das intervenções, segundo Borges e Pocreau, 2012⁵², está diretamente relacionada com a distância entre os referentes culturais do cuidador e do paciente. A partir da recorrente queixa dos imigrantes e refugiados de não conseguirem ser entendidos em suas expressões providas de representações e significações culturais obteve-se subsídios empíricos para a criação do Serviço de Atendimento Psicológico Especializado aos Imigrantes e Refugiados no Canadá. O serviço está estabelecido desde 2000, no Québec, e visa tornar acessível o atendimento à saúde psicológica e proporcionar equanimidade na possibilidade de sucesso no tratamento aos imigrantes e refugiados, quando comparado aos demais grupamentos da população.

Pensar a atenção em saúde a partir do diálogo intercultural implica reconhecer não apenas que o “outro” pensa diferente, mas compreender a lógica e os significados que sustentam as representações socioculturais. Este diálogo intercultural torna-se pertinente para este contexto pois, como reflete Dantas⁵³, a relação entre culturas é antes um fator de conflito do que de sinergia.

Os resultados das pesquisas identificadas nesta revisão indicam a necessidade e importância de analisar, de forma articulada, a imigração e suas relações com os determinantes sociais de saúde², refletindo sobre a posição social em que o imigrante se encontra. A condição de imigrante realoca as pessoas nas estruturas sociais, devendo ser considerada ao se analisar a relação entre imigrantes e saúde.

Por fim, recomenda-se que trabalhos futuros investiguem qualitativamente as especificidades das trajetórias de cuidado à saúde de imigrantes, dentre elas: as concepções de saúde e de cuidados em saúde dos imigrantes; práticas culturais de cuidados em saúde diversas das do país de destino; relação entre a condição de vida no novo país, percepção sobre saúde e acesso aos serviços; políticas públicas de acolhimento e atendimento em saúde específicas para imigrantes.

Referências

1. Sargent C, Larchanché S. Transnational migration and global health: the production and management of risk, illness, and access to care. *Annual Review of Anthropology*. 2011;40:345-61.
2. Granada D, Carreno I, Ramos N, Ramos MdCP. Discutir saúde e imigração no contexto atual de intensa mobilidade humana. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. 2017;21(61):285-96.

3. Dias S, Gonçalves A. Migração e saúde. Migrações- Número Temático Imigração e Saúde. 2007;1(1):15-26.
4. Silveira C, Goldberg A, Silva TBd, Gomes MHdA, Martin D. O lugar dos trabalhadores de saúde nas pesquisas sobre processos migratórios internacionais e saúde. Cadernos de Saúde Pública. 2016;32:e00063916.
5. Langdon EJ, Wiik FB. Anthropology, health and illness: an introduction to the concept of culture applied to the health sciences. Rev Latino-Am Enfermagem. 2010; 18(3):459-66.
6. Wafula EG, Snipes SA. Barriers to health care access faced by black immigrants in the US: Theoretical considerations and recommendations. Journal of immigrant and minority health. 2014;16(4), 689-698.
7. Kalich A, Heinemann, L, Ghahari, S. A scoping review of immigrant experience of health care access barriers in Canada. Journal of immigrant and minority health, 2016;18(3), 697-709.
8. Goldberg A, Martin D, Silveira C. Por um campo específico de estudos sobre processos migratórios e de saúde na Saúde Coletiva. Interface: Comunicação Saúde Educação. 2015;19(53):229-33.
9. Goldberg A, Silveira C. Social inequality, access conditions to public health care and processes of care in Bolivian immigrants in Buenos Aires and São Paulo: a comparative inquiry. Saúde e Sociedade. 2013;22(2):283-97.
10. Vinente dos Santos F. A inclusão dos migrantes internacionais nas políticas do sistema de saúde brasileiro: o caso dos haitianos no Amazonas. História, Ciências, Saúde-Manguinhos. 2016;23(2): 447-494.
11. de Lima Coutinho MdP, de Oliveira MX. Tendências comportamentais frente à saúde de imigrantes brasileiros em Portugal. Psicologia & Sociedade. 2010;22(3):548-557.
12. Leão LHC, Muraro AP, Palos CC, Martins MAC, Borges FT. International migration, health, and work: An analysis of Haitians in Mato Grosso State, Brazil. Cadernos de Saude Publica. 2017;33(7).
13. Brunnet AE, Bolasell LT, Weber JLA, Kristensen CH. Prevalence and factors associated with PTSD, anxiety and depression symptoms in Haitian migrants in southern Brazil. International Journal of Social Psychiatry. 2018;64(1):17-25.
14. SILVA SA. Entre o Caribe e a Amazônia: haitianos em Manaus e os desafios da inserção sociocultural. Estudos Avançados. 2016;30(88):139-52.
15. Baeninger R, Peres R. Migração de Crise: a migração haitiana para o Brasil. Revista Brasileira de Estudos de População. 2017;34(1):119-43.

16. Fernandes D, Faria AVd. O visto humanitário como resposta ao pedido de refúgio dos haitianos. *Revista Brasileira de Estudos de População*. 2017;34(1):145-61.
17. Silva SAd. Imigração e redes de acolhimento: o caso dos haitianos no Brasil. *Revista Brasileira de Estudos de População*. 2017;34(1):99-117.
18. Véran J-F, da Silva Noal D, Fainstat T. Nem refugiados, nem migrantes: a chegada dos haitianos à cidade de Tabatinga (Amazonas). *Dados-Revista de Ciências Sociais*. 2014;57(4):1007-1041.
19. da Silva EF, de Lacerda MVG, Fontes G, Mourao MPG, Martins M. *Wuchereria bancrofti* infection in Haitian immigrants and the risk of re-emergence of lymphatic filariasis in the Brazilian Amazon. *Revista Da Sociedade Brasileira De Medicina Tropical*. 2017;50(2):256-9.
20. Borges FT, Muraro AP, da Costa Leão LH, de Andrade Carvalho L, Siqueira CEG. Socioeconomic and Health Profile of Haitian Immigrants in a Brazilian Amazon State. *J Immigr Minor Health*. 2018:1-7.
21. Barbee L, Kobetz E, Menard J, Cook N, Blanco J, Barton B, et al. Assessing the acceptability of self-sampling for HPV among haitian immigrant women: CBPR in action. *Cancer Causes and Control*. 2010;21(3):421-31.
22. Kobetz E, Kish JK, Campos NG, Koru-Sengul T, Bishop I, Lipshultz H, et al. Burden of Human Papillomavirus among Haitian Immigrants in Miami, Florida: Community-Based Participatory Research in Action. *J Oncol*. 2012;2012:728397.
23. Auger N, Chery M, Daniel M. Rising Disparities in Severe Adverse Birth Outcomes Among Haitians in Quebec, Canada, 1981-2006. *Journal of Immigrant and Minority Health*. 2012;14(2):198-208.
24. Adrien A, Cox J, Leclerc P, Boivin JF, Archibald C, Boulos D, et al. Behavioural risks for HIV infection among Quebec residents of Haitian origin. *J Immigr Minor Health*. 2010;12(6):894-899.
25. Lund AJ, Keys HM, Leventhal S, Foster JW, Freeman MC. Prevalence of cholera risk factors between migrant Haitians and Dominicans in the Dominican Republic. *Revista panamericana de salud publica = Pan American journal of public health*. 2015;37(3):125-132.
26. Bowman AS, Lerebours L, Amesty S, de la Rosa M, Gil E, Halpern M, et al. Evaluation of patient care cascade for HIV-positive patients diagnosed in La Romana, Dominican Republic in 2011: a retrospective cohort study. *International Journal of STD and AIDS*. 2016;27(5):394-401.
27. Dixon-Woods M, Bonas S, Booth A, Jones DR, Miller T, Sutton AJ, et al. How can systematic reviews incorporate qualitative research? A critical perspective. *Qualitative research*. 2006;6(1):27-44.

28. Tong A, Flemming K, McInnes E, Oliver S, Craig J. Enhancing transparency in reporting the synthesis of qualitative research: ENTREQ. *BMC medical research methodology*. 2012;12(1):181.
29. Moher, David et al. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Annals of internal medicine*. 2009, 151(4), 264-269.
30. Singh, J. Critical appraisal skills programme. *J. Pharmacol. Pharmacother.* 2013, 4, 76. [site na internet], [acessado, 17, dez 18].
31. Thomas J, Harden A. Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. *BMC medical research methodology*. 2008;8(1):45.
32. Moise RK, Conserve DF, Elewonibi B, Francis LA, BeLue R. Diabetes Knowledge, Management, and Prevention Among Haitian Immigrants in Philadelphia. *Diabetes Educator*. 2017;43(4):341-7.
33. Sanon MA, Spigner C, McCullagh MC. Transnationalism and Hypertension Self-Management Among Haitian Immigrants. *J Transcult Nurs*. 2016;27(2):147-56.
34. Allen JD, Leyva B, Hilaire DM, Reich AJ, Martinez LS. Priorities, concerns and unmet needs among Haitians in Boston after the 2010 earthquake. *Health & Social Care in the Community*. 2015;24(6):687-98.
35. Gollub EL, Devieux J, Michele JG, Pierre Ste-Rose S, Neptune S, Pelletier V. "This Method, I Think, Can Shed New Light": Haitian-American Women's Reflections on Risk, Culture, and Family Planning Decisions From a Short-Term Trial of a Cervical Barrier (Femcap). *International Quarterly of Community Health Education*. 2016;36(4):253-63.
36. Kenya S, Carrasquillo O, Fatil M, Jones J, Jean C, Huff I, et al. Human Papilloma Virus and Cervical Cancer Education Needs among HIV-Positive Haitian Women in Miami. *Women's Health Issues*. 2015;25(3):262-266.
37. Sanon MA, Mohammed SA, McCullagh MC. Definition and management of hypertension among Haitian immigrants: A qualitative study. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*. 2014;25(3):1067-1078.
38. Conserve DF, King G. An examination of the HIV serostatus disclosure process among Haitian immigrants in New York City. *AIDS Care Psychol Socio-Med Asp AIDS HIV*. 2014;26(10):1270-1274.
39. Stephens DP, Thomas TL. Cultural Values Influencing Immigrant Haitian Mothers' Attitudes Toward Human Papillomavirus Vaccination for Daughters. *Journal of Black Psychology*. 2013;39(2):156-168.
40. Menard J, Kobetz E, Maldonado JC, Barton B, Blanco J, Diem J. Barriers to cervical cancer screening among Haitian immigrant women in Little Haiti, Miami. *Journal of cancer education : the official journal of the American Association for Cancer Education*. 2010;25(4):602-608.

41. Keys HM, Kaiser BN, Foster JW, Burgos Minaya RY, Kohrt BA. Perceived discrimination, humiliation, and mental health: a mixed-methods study among Haitian migrants in the Dominican Republic. *Ethnicity & health*. 2015;20(3):219-240.
42. Kobetz E, Menard J, Hazan G, Koru-Sengul T, Joseph T, Nissan J, et al. Perceptions of HPV and cervical cancer among haitian immigrant women: Implications for vaccine acceptability. *Educ Health*. 2011;24(3):1-15.
43. Kobetz E, Menard J, Dietz N, Hazan G, Soler-Vila H, Lechner S, et al. Contextualizing the Survivorship Experiences of Haitian Immigrant Women With Breast Cancer: Opportunities for Health Promotion. *Oncology Nursing Forum*. 2011;38(5):555-560.
44. Menard J, Kobetz E, Diem J, Lifleur M, Blanco J, Barton B. The sociocultural context of gynecological health among Haitian immigrant women in Florida: Applying ethnographic methods to public health inquiry. *Ethn Health*. 2010;15(3):253-267.
45. François F, Elysee G, Shah S, Gany F. Colon Cancer Knowledge and Attitudes in an Immigrant Haitian Community. *Journal of Immigrant and Minority Health*. 2009;11(4):319-325.
46. Sanon MA. Hotel Housekeeping Work Influences on Hypertension Management. *American Journal of Industrial Medicine*. 2013;56(12):1402-1413.
47. Dunleavy VO. A culturally competent approach to exploring barriers in organ donation consent among Haitian immigrants: Formative focus group findings and implications. *J Immigr Minor Health*. 2013;15(6):1113-1118.
48. Fordyce L. Responsible Choices: Situating Pregnancy Intention among Haitians in South Florida. *Medical Anthropology Quarterly*. 2012;26(1):116-135.
49. Silveira C, Goldberg A, Martin D. *Migração, Refúgio e Saúde*. Santos, SP: Editora Universitária Leopoldianum, 2018.
50. Fassin, D. Repenser les enjeux de santé autor de l'immigration. *Hommes et Sociétés*, 2000; 1225; 5-12.
51. Handerson, J. Diaspora. Sentidos sociais e mobilidades haitianas. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre. 2015; 21 (43): 51-78.
52. Borges, LM, Pocreau, JB. Serviço de atendimento psicológico especializado aos imigrantes e refugiados: interface entre o social, a saúde e a clínica. *Estudos de Psicologia*. (2012); 29(4), 577-585.
53. Dantas, S. Saúde mental, interculturalidade e imigração. *Revista USP*. São Paulo. 2017; 114; 55-70.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

O presente capítulo apresenta o percurso metodológico realizado na construção desta pesquisa. Dessa forma, subdividimos o capítulo nas seguintes sessões: caracterização da pesquisa e exploração do campo, instrumentos para coleta e análise de dados, aspectos éticos e limitações.

4.1. Caracterização da pesquisa e exploração do campo

O estudo teve abordagem qualitativa, coerente com a subjetividade implícita dos estudos sobre itinerários terapêuticos, e exploratória, já que pretende lançar luz a um tema ainda pouco explorado em âmbito nacional. Cabe às pesquisas qualitativas a partir do entendimento das relações sociais compreender de forma reflexiva e intuitiva o fenômeno a ser estudado. O estudo qualitativo convida o pesquisador a adentrar no universo de significados, percepções, motivações que permeiam as relações e o objeto de estudo (MINAYO, 2008). A escolha pela pesquisa qualitativa também foi condizente com os referenciais teóricos utilizados sobre saúde/enfermidade/atenção partindo-se de um olhar antropológico e investigativo das trajetórias de cuidado à saúde.

O campo de estudo deste trabalho foi a UFSC, escolhido para facilitar o acesso da pesquisadora aos imigrantes haitianos e por ser uma estratégia de aproximação que reduziria as barreiras comunicacionais, já que por estarem na universidade os alunos saberiam falar português. Dessa forma o contexto da presente pesquisa se refere a imigrantes haitianos que são também alunos universitários. A condição de universitário imigrante diferencia-se da de intercambista, uma vez que o último permanece na universidade por um período curto, enquanto o primeiro possui um vínculo permanente, durante pelo menos um ano, até a conclusão do curso de graduação ou pós graduação.

Os imigrantes haitianos estudantes da UFSC ingressaram principalmente nos cursos de graduação pelo programa Pró-Haiti e alguns pelo vestibular e vaga remanescente. Já os alunos de pós graduação (muitas vezes os mesmos que concluíam a graduação) ingressavam no programa de pós graduação por meio de editais específicos para estrangeiros ou pelo programa PEC-PG. A partir desse contexto estabelecemos os seguintes critérios de inclusão para os participantes: Serem imigrantes haitianos; idade mínima de 18 anos; possuírem matrícula na UFSC e falarem língua portuguesa.

De acordo com informações cedidas pela Secretaria de Relações Internacionais (SINTER) e pelo Departamento de Assuntos estudantis (DAE) da UFSC, até o mês de abril de 2016 havia dezoito alunos de nacionalidade haitiana regularmente matriculados em cursos de graduação na UFSC. A maior parte desses alunos ingressaram por meio do Pró-Haiti (dezesesseis alunos). Outros dois alunos ingressaram em 2016 por outra via de acesso, possivelmente por transferência de outra universidade, vaga remanescente ou via vestibular. Com relação aos alunos de pós graduação, havia registro de oito alunos regularmente matriculados até o primeiro semestre de 2016, segundo o Controle Acadêmico de Pós-Graduação da UFSC. Um aluno esteve matriculado pelo convênio PEC-PG e outros sete alunos eram discentes regulares, que provavelmente ingressaram por meio de edital para aluno estrangeiro criado pelo programa de pós graduação. Constatou-se que até dezembro de 2016 haviam 26 estudantes de nacionalidade haitiana matriculados na UFSC.

Para ter acesso aos estudantes a primeira tentativa ocorreu via instituição, em novembro de 2016, por meio da SINTER. A pesquisadora enviou um e-mail para a SINTER com um convite para uma apresentação da pesquisa aos alunos haitianos da UFSC. O documento foi encaminhado pela SINTER a todos os haitianos estudantes de graduação e pós graduação, já que a pesquisadora não pode ter acesso a lista de e-mails dos alunos. O objetivo desse encontro inicial era apresentar os objetivos do estudo e fazer o convite para participação do mesmo. Como os estudantes não responderam o e-mail a pesquisadora conseguiu o contato de um interlocutor externo, funcionário aposentado da UFSC, que também era pastor de uma igreja evangélica e possuía laços mais estreitos com alguns haitianos estudantes. Essa pessoa foi uma ponte de conexão entre a pesquisadora e os dois primeiros participantes do estudo. O acesso aos demais participantes ocorreu por meio da técnica bola de neve, que consiste em indicações dos próprios participantes sobre sua rede social.

4.2 Instrumentos de coleta e análise dos dados

Inicialmente a coleta de dados seria realizada utilizando-se dois instrumentos: Grupo focal e entrevistas individuais. No grupo focal almejava-se conhecer de forma mais ampla e compartilhada as percepções dos participantes sobre saúde e doença, buscando resgatar percepções sobre os setores de cuidado à saúde no Haiti. Nesse momento de encontro a pesquisadora também visava ganhar maior confiança e aproximação dos participantes para posterior realização de entrevistas. No entanto os três primeiros possíveis candidatos a participar da pesquisa negaram a participação no grupo focal pela dificuldade em ajustar o melhor dia e horário para todos os participantes. Após isso houve uma tentativa de agendar um

encontro em grupo com 5 possíveis participantes, no entanto o anseio por parte da pesquisadora em realizar o grupo focal foi frustrado e optou-se por desistir desta técnica e realizar somente entrevistas semiestruturadas individuais (APÊNDICE B) e diário de campo.

Dentre os 26 possíveis candidatos a participarem das entrevistas só houve acesso a 10 participantes, não havendo recusas após o primeiro contato. O perfil dos candidatos foi descrito no quadro 1. Uma participante teve o primeiro contato direto com a pesquisadora na biblioteca universitária e os demais foram indicações dos três primeiros entrevistados. Quase todos os participantes citavam nas entrevistas outros amigos haitianos estudantes da UFSC mas diziam que eles não aceitariam participar deste estudo, pois já tinham participado de várias pesquisas na universidade e não obtinham nenhum benefício delas.

Quadro 2: Caracterização dos participantes:

Código	Sexo	Idade	Ano de Ingresso na		Curso	Religião
			Chegada	UFSC		
H6	M	32	2011	Pró-Haiti	Mestrado Economia	Evangélica
H7	M	29	2011	Pró-Haiti	Mestrado Ecologia	Adventista
H9	M	31	2011	Pró-Haiti	Graduação Ciência da computação	Não possui
H3	M	27	2011	Pró-Haiti	Graduação Arquitetura	Evangélica
H4	M	32	2015	Pró-Haiti	Mestrado Economia	Católica
H8	M	28	2011	Vaga remanescente	Graduação Farmácia	Evangélica
H5	M	27	2011	Vestibular	Graduação Engenharia Elétrica	Evangélico
H2	F	27	2011	Pró-Haiti	Graduação enfermagem	Evangélica
H1	F	31	2011	Pró-Haiti	Graduação enfermagem	Testemunha de Jeová
H10	F	30	2011	Pró-Haiti	Graduação arquitetura	Evangélica

Fonte: autoria própria

As entrevistas foram realizadas entre os meses de novembro de 2016 e abril de 2017 em locais públicos, próximo aos centros de estudos dos participantes, por sugestão deles. Todas as entrevistas foram gravadas, com a autorização dos participantes e posteriormente transcritas. Todas as transcrições foram enviadas por e-mail aos participantes para que houvesse validação das informações. Ressalta-se ainda que o diário de campo foi essencial para anotar conversas informais que aconteceram antes ou após as gravações, e até mesmo em encontros esporádicos dentro da universidade. A análise do material foi temático categorial conforme sistematização de Oliveira (2008). A técnica proposta por Oliveira (2008) auxiliou na organização dos passos que orientaram a análise, sendo eles: Leitura orientada do texto, definição de hipótese

provisórias sobre o tema e o texto analisado, determinação de unidades de registro (UR) (recorte do texto para análise), marcação de todas as UR, definição de temas associados as UR, análise temática das UR, análise categorial do texto, tratamento e apresentação dos resultados.

Utilizou-se o software Atlas/Ti 5.0 para no auxílio da análise dos dados qualitativos. Este software foi útil para organização dos textos transcritos, visando a estruturação das informações armazenadas, criação de UR e categorias, o que possibilitou estabelecer relações e conexões entre os dados.

Os resultados serão apresentados na sessão seguinte, artigo 1. As análises ali realizadas suscitaram o impulso de ampliar a investigação para além dos objetivos traçados inicialmente. Para tanto realizou-se o artigo 2, com objetivo de apresentar uma revisão de literatura integrativa que explorou as recomendações em estudos científicos para a ampliação do acesso e qualificação da assistência a saúde dos imigrantes. O método dessa revisão será descrito no artigo 2.

4.3 Aspectos Éticos e Limitações

Este estudo foi submetido e obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina sob Certificado de Apreciação Ética de número 60523716.5.0000.0121. Foi solicitado a todos os participantes da pesquisa a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) em duas vias assinadas, sendo que uma ficou com o pesquisador e outra com o pesquisado. Foram seguidos todos os cuidados da Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012¹⁰. Com o intuito de garantir a preservação da identidade dos participantes, criaram-se códigos de identificação para cada participante a saber: H1, H2, H3, H4, H5, H6, H7, H8, H9, H10. Registra-se que uma das limitações do estudo foi que nenhum participante possuía, ou tinha declarado no momento das entrevistas, um problema de saúde ao qual a pesquisadora pudesse realizar o acompanhamento e adquirir maior riqueza de detalhes sobre as trajetórias de cuidado à saúde. No entanto, no momento das entrevistas a pesquisadora buscou resgatar em detalhes as pequenas ações e escolhas dos participantes no que dizia respeito à saúde/enfermidade/atenção.

5 RESULTADOS

Apresentamos os resultados desta tese em formato de dois artigos científicos. No primeiro, fazemos um paralelo entre as trajetórias de cuidado à saúde no Haiti e no Brasil, de estudantes haitianos que residem no Brasil. O segundo artigo foi construído a partir dos resultados encontrados no Artigo 1 e apresenta possibilidades para a qualificação dos serviços públicos de saúde prestados aos imigrantes no Brasil.

5.1 ARTIGO 1

O processo de construção das trajetórias de cuidado à saúde de estudantes haitianos: um paralelo entre o Haiti e o Brasil

Resumo

O estudo investiga como se constroem as trajetórias de cuidado à saúde de haitianos estudantes da Universidade Federal de Santa Catarina. Para tanto, desenvolveu-se uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório, em que a coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas, identificando percepções sobre saúde; enfermidades enfrentadas após a vinda para o Brasil; setores de cuidado percorridos; diferenças e similaridades entre a autoatenção realizada no Haiti e no Brasil. A análise temática categorial revelou diferenças entre as trajetórias percorridas no país de origem e no Brasil. Enquanto, no Haiti, os percursos de cuidado em saúde se concentram nos níveis informal e popular, no Brasil evidenciou-se extensa utilização de serviços de saúde no setor profissional. Ainda que o Sistema Único de Saúde seja amplamente utilizado pelos estudantes haitianos no Brasil, foram relatadas dificuldades burocráticas e relacionais no atendimento nesse contexto. Dessa forma, considera-se relevante ampliar os investimentos em políticas públicas e em projetos de envolvimento e integração entre os imigrantes e os profissionais de saúde, mais especificamente os da Atenção Primária à Saúde.

Palavras-chave: Itinerário Terapêutico. Saúde e Migrações. Acesso à Saúde.

Introdução

O reconhecimento de itinerários terapêuticos dos imigrantes haitianos que imigraram para o Brasil busca dar visibilidade ao processo orientador das suas escolhas para o tratamento de saúde. Por meio dessas escolhas, é possível identificar as representações em saúde, recursos terapêuticos envolvidos, experiências de interação na rede de cuidados, barreiras de acesso aos

serviços de saúde, sempre considerando o sujeito em sua singularidade e como pertencente a um determinado contexto sociocultural¹.

Nesse caminhar, Kleinman² considera que o sujeito pode percorrer três setores distintos de cuidados à saúde, que independem de hierarquia predefinida: informal (ou familiar), popular (ou *folk*) e profissional. Cada setor possui características próprias, em que são utilizados conceitos e práticas diferenciadas em relação à saúde e à doença, mas inter-relacionadas.

Nesse sentido, o setor informal (ou familiar) se constitui de uma série de relacionamentos informais, que ocorrem dentro da rede social do sujeito (família, amigos). Inclui todas as práticas de saúde das quais as pessoas se beneficiam gratuitamente e sem consulta profissional. O setor popular (ou *folk*), no qual se situam os curandeiros, benzedeiros, parteiras, pessoas com poder de tratar enfermidades causadas por feitiçaria ou punição divina, ocupa a posição intermediária entre o setor familiar e o profissional. Por último, o setor profissional inclui a biomedicina e outros sistemas médicos profissionalizados, como por exemplo, a acupuntura e a homeopatia.

Menéndez³ traz uma contribuição teórica importante, além de reorganizar os setores de cuidado descritos por Kleinman (1980), considerando o contexto latino-americano. O autor define autoatenção como atividade nuclear e relacional no processo saúde/enfermidade/atenção. A autoatenção se constitui de representações e práticas utilizadas no nível do sujeito ou de seu grupo social, que envolve decisão sobre as atitudes a serem tomadas na escolha de um tratamento, avaliação, o sentido atribuído ao diagnóstico, a articulação entre as formas de atenção e entre os atores que interferem no itinerário terapêutico.

A revisão de literatura nas bases de dados nacionais, referente aos itinerários terapêuticos, apontou dificuldades na identificação de pesquisas sobre o tema, visto que o termo não é um descritor¹. De acordo com os autores, não há um consenso na interpretação do significado e utilização teórico-metodológica, nos estudos encontrados. Porém, os autores propõem que os itinerários possam relacionar os diferentes sistemas de cuidado, não se restringindo ao setor profissional, mas incluindo as diferentes formas de cuidado, sendo que o cuidado não é realizado somente pelos profissionais e conhecedores de práticas de cura, mas também pelas pessoas e suas redes sociais, na vida diária¹.

Trabalhos desenvolvidos por pesquisadores brasileiros envolvendo itinerários terapêuticos de imigrantes são incipientes e começaram a aparecer na última década. A exemplo, cita-se Freitas e Mendes⁴, que investigaram cabo-verdianos vivendo na Holanda, os quais utilizam cuidados formais, informais e transnacionais frequentemente de maneira sincrética. Haydu⁵ descreve os itinerários terapêuticos de refugiados congolezes que vivem em

São Paulo, destacando, em menor escala, a autoatenção e o uso massivo do setor profissional, e a importância das redes sociais e da espiritualidade.

Gioda ⁶ investigou os itinerários terapêuticos em uma comunidade rural do Haiti e descreve que os haitianos se estabelecem a partir de uma visão particular sobre saúde, envolvendo o “equilíbrio energético” e a preservação de requisitos comportamentais na esfera biológica, psicológica, social e espiritual. O movimento das energias ocorre dentro e fora do organismo, trazendo a compreensão de um universo composto pelo mundo físico (visível) e pelo mundo espiritual (invisível) que interagem entre si de forma dinâmica. Esse processo está diretamente relacionado com o processo de adoecimento e cura.

Dessa forma, o diagnóstico das enfermidades na comunidade haitiana é bastante complexo, visto que as doenças podem ter causas “naturais” ou “sobrenaturais”, provenientes de distúrbios no âmbito biológico ou espiritual. Em muitas ocasiões, a doença aparenta ter origem natural e, após a ineficácia de tratamentos com medicamentos ou plantas medicinais, ela passa a ser interpretada como proveniente do universo espiritual, visto que há uma interação entre os dois campos. Nesse sentido, os itinerários terapêuticos envolvem a medicina convencional biomédica, a medicina tradicional e a terapêutica *vodou*⁶.

Considerando as especificidades dos itinerários terapêuticos de haitianos no Haiti e as diferenças existentes nos sistemas de crenças envolvendo saúde e doença no Brasil, este estudo se propõe a fazer uma investigação sobre itinerários terapêuticos de estudantes haitianos, visando conhecer, por meio das suas percepções e vivências, como as trajetórias de cuidado se reconstróem após sua migração para o Brasil.

Percurso metodológico

Desenvolveu-se um estudo qualitativo de caráter exploratório, utilizado para descrever os itinerários terapêuticos de haitianos estudantes da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), visando identificar especificamente quais são suas percepções sobre saúde; as possíveis enfermidades enfrentadas por eles após sua vinda para o Brasil; os setores de cuidado percorridos; as diferenças e similaridades entre a autoatenção realizada no Haiti e no Brasil.

Os critérios de seleção para a participação na pesquisa envolveram: ser de nacionalidade haitiana, possuir idade superior a 18 anos, estar devidamente matriculado na UFSC, em curso de graduação ou pós-graduação, e falar português.

O universo de pesquisa foi composto por 26 alunos. Realizou-se levantamento junto à Secretaria de Relações Internacionais e à Pró-Reitoria de Assuntos Estudantis da UFSC, e

verificou-se que, no primeiro semestre de 2016 havia 16 alunos matriculados em cursos de graduação pelo programa Pró-Haiti, convênio que possibilitou aos estudantes haitianos terminarem seus cursos superiores no Brasil,⁷ e dois haitianos que ingressaram no mesmo ano por outra via de acesso, possivelmente por transferência de outra universidade ou entrada via vestibular. Com relação aos alunos de pós-graduação, havia registro de oito alunos regularmente matriculados, segundo o Controle Acadêmico de Pós-Graduação da UFSC. Um aluno estava matriculado pelo Programa de Estudantes-Convênio de Pós-Graduação (PEC-PG), e outros sete eram discentes regulares, que provavelmente ingressaram por meio de edital para aluno estrangeiro criado pelo próprio programa de pós-graduação.

Os dados da pesquisa foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, realizadas entre os meses de novembro de 2016 e abril de 2017. As entrevistas foram gravadas e o áudio transcrito na íntegra. O local para a realização das entrevistas foi definido pelos participantes, e todos deram preferência a espaços públicos, dentro da universidade.

O acesso da pesquisadora ao primeiro participante foi facilitado por intermédio de um membro da pastoral universitária da UFSC. Após esse primeiro contato, a pesquisa seguiu por meio da técnica “Bola de neve” (*snowball*), que consiste na indicação, pelos próprios participantes, de pessoas que fazem parte de suas redes sociais e que preenchiam os critérios estabelecidos. A cada participante foi atribuído um código de identificação.

Os dados foram analisados segundo a temática categorial, conforme sistematização de Oliveira ⁸, com auxílio do Atlas.Ti, *software* especializado no suporte de desenvolvimentos conceituais a partir do tratamento e da codificação do material qualitativo ⁹. Na análise e tematização dos dados seguiu-se os cuidados éticos previstos na Resolução CNS n° 466, de 12/12/2012 ¹⁰ (Parecer CEP-UFSC n.60523716.5.0000.0121).

Resultados e discussões

Dentre os 26 alunos que compuseram o universo de estudo, dez estudantes aceitaram participar da pesquisa, sendo três do sexo feminino e sete do sexo masculino, com idades entre 27 e 32 anos. No momento das entrevistas, três alunos estavam cursando pós-graduação e sete cursavam a graduação. As áreas de estudo eram variadas: economia, enfermagem, arquitetura, engenharia, ciência da computação, ecologia e farmácia. Com relação à religião, um participante relatou praticar a religião católica, havia também um adventista, uma testemunha de Jeová, um deles não praticava religião, e os outros seis declararam ser evangélicos. Todos

os participantes relataram que vieram para o Brasil sozinhos, deixando a família e os amigos, e aqui formaram um núcleo de amizade entre os haitianos estudantes da UFSC.

Trajetórias de cuidado à saúde no Haiti

A partir das entrevistas, observou-se, em seus relatos, que as práticas de autoatenção no Haiti eram predominantemente realizadas pelo setor informal ou familiar. A maior parte dos entrevistados relatou não ter sofrido qualquer problema de saúde grave enquanto vivia no Haiti, e que, por esse motivo, necessitou poucas vezes, ou nenhuma, de consultas realizadas por profissionais da saúde:

Lá, a minha avó, sempre de manhã, ela preparava um chá para nós, para a família toda. Antes de qualquer coisa, tem que tomar aquele chá, sabe? É uma forma de... lavagem intestinal, que ela sempre fala, entendeu? Mas procurar um médico, eu nunca tive esse problema de procurar médico lá no Haiti. (H1).

A utilização de chás em casa é muito relatada. Os entrevistados afirmavam que, antes de procurar qualquer tipo de medicamento, tomavam chás. Eles e seus familiares obtinham o conhecimento informal dos benefícios de muitas plantas. Os pais e avós desempenhavam o papel de cuidadores e curadores de várias enfermidades no âmbito familiar.

Os entrevistados utilizavam chás para “lavar o sangue”, para tratar a dor de cabeça, a febre, a diarreia ou mesmo como uma bebida para consumir diariamente, prevenindo doenças. No Haiti facilitava-se o acesso às folhas para fazer o chá. As folhas eram colhidas na rua, no quintal, e algumas ervas eram comercializadas no mercado.

Os entrevistados também relataram o uso de comprimidos (medicamentos químicos e fitoterápicos) conjuntamente com os chás:

Lá, tem pessoas que compram comprimido para vender na comunidade, como é uma província [...]. Porque não é como aqui, que tem lei pra tudo e tem uma regulamentação. A pessoa consegue comprar a medicação que ele queria. Eu não sei, mas talvez tenha algum que não é tão bom, não... (H2).

A falta de regulamentação dos medicamentos e o livre acesso aos fármacos, independente da presença de profissional da saúde e da ação de vigilância, demonstram a precariedade do Sistema de Saúde no Haiti, como já relatado no estudo de Gioda ⁶.

Além da automedicação com fármacos, H2 relatou usar o óleo de uma planta muito conhecida no Haiti, eficaz para diversas enfermidades. Outros recursos caseiros descritos pelos

entrevistados foram: pó de café, para tratar queimadura; suco de limão, aplicado diretamente nos olhos para conjuntivite; cataplasmas com plantas, para curar inflamação; banhos de ervas.

O principal setor utilizado no Haiti foi o informal, sendo uma pessoa da família responsável por realizar o cuidado com chás e/ou recomendando fitoterápicos. A escolha pelo tratamento natural não é apontada, diretamente, em função da dificuldade de atendimento médico, mas isso fica implícito, no decorrer das entrevistas, quando se constata que buscar um atendimento médico não é algo fácil, é uma alternativa somente em caso de doença grave. Ter acesso ao setor profissional, de certa maneira, parece ser um privilégio para quem vive na capital, onde existe um hospital, ou para quem tem algum parente ou amigo profissional da saúde:

Quando eu era criança, eu morava no Sudeste do país. Não era muito difícil para ir para o hospital, porque o hospital ficava perto da gente. Mas depois, eu mudei para o Sul do país e o hospital ficou mais longe [...] você tem que pegar táxi para ir lá, geralmente. (H3)

[...] eu acabei fazendo o tratamento com um médico amigo meu, que tava na mesma universidade que eu, mas só que tava na minha frente, se formou e tal. Ele me prescreveu um comprimido. (H4)

Além do setor informal, os entrevistados também relataram a utilização de serviços do setor popular. A medicina tradicional, realizada por pessoas que têm conhecimento ancestral sobre ervas e a terapêutica *vodou*, é inclusa no setor popular, de acordo com a sistematização proposta por Kleinman ², ou no setor saberes e práticas populares e tradicionais, segundo classificação de Menéndez ³. No entanto, apesar de fazerem parte do mesmo âmbito de cuidado, os participantes de nosso estudo relataram que são práticas de tratamento completamente distintas.

Essa distinção se apresenta também no trabalho de Gioda ⁶, referente aos *Medsyn Fèy* (médico das folhas), provedores da medicina tradicional, realizada com plantas medicinais tratam de doenças naturais que ocorrem com o consentimento divino, *maladi bondje* (doença de Deus), e não podem ser controladas pelos sujeitos. Os profissionais da saúde, provedores dos cuidados biomédicos atuam também no tratamento dessa classificação de doenças.

O entrevistado H4 relata sua experiência exitosa de tratamento com um *Medsyn Fèy*:

Eu me fracturei uma vez no futebol, tipo assim, quase virou esse negócio, e tava demorando na fila de hospital, e minha mãe me levou pra uma moça que faz esses serviços. Ela me deu um banho de ervas, depois ela pegou a perna, ela entende essas coisas de ervas, daí pegou o pé, virou e mexeu com ervas.

Daí eu fui pra casa, dali uma semana já tava bom. Daí, quando eu voltei no hospital de novo, pra ver se eu fiquei com alguma infecção, alguma coisa assim, o médico fez exame, tudo assim, e disse que tava tudo certo.

A terapêutica *vodou*, por outro lado, atua sobre as doenças sobrenaturais, *maladi voye* (doença enviada), resultado do envio de um malefício que ocorre no nível espiritual, mas afeta o corpo físico, ocasionando enfermidades. O tratamento é realizado pelos sacerdotes *vodou* (*SV – houngan, mambo e bokò*)⁶. Essa classificação foi encontrada também nas falas de alguns participantes:

[...] tem algumas doenças que são sobrenaturais [...] É quando a pessoa acaba indo aos médicos, vai no público ou no particular, gastar muito dinheiro, e não consegue resolver aquele problema. Aí que a gente vai procurar os benzedeiros (H1).

[...] não é uma doença normal do corpo, que o vudu consegue curar. É porque o próprio vudu, quem usa pro bem, usa pro bem. E quem usa pro mal, usa pro mal. Vamos dizer assim: alguém usa pro mal, pra outra pessoa. Então aquela pessoa fica doente e vai procurar alguém pra curar o que aquela outra pessoa fez. Mas não é tipo uma doença natural (H5).

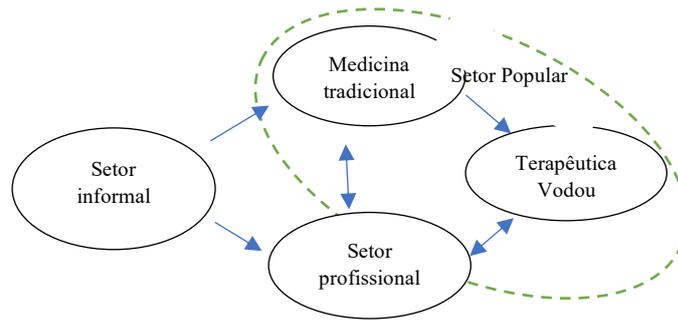
Os entrevistados comentaram sobre a terapêutica *vodou*, mas nenhum relatou ter utilizado pessoalmente esta forma de tratamento. Em conversa informal, ao encontrar H1 na biblioteca da universidade, um ano após realizar a coleta de dados, ela relatou que sua mãe havia realizado tratamento com um *houngan* recentemente no Haiti, o qual ela acompanhou. Contou que a mãe sentia um calor no corpo, intenso. Os médicos não encontraram o motivo, e por isso ela procurou o tratamento *vodou* e obteve bom resultado e melhora dos sintomas.

Gioda ⁶ descreve que as enfermidades cujos sintomas aparecem e reaparecem em diversos lugares do corpo, assim como as doenças mentais, são tratadas majoritariamente pelos sacerdotes *vodou*, e reconhecidas pela sociedade como doenças sobrenaturais.

A partir da análise dos dados, foi possível verificar que, quando moravam no Haiti, os participantes deste estudo se utilizavam desses recursos em saúde relatados.

A figura 1 representa o caminho terapêutico percorrido por esses entrevistados. As setas direcionam a possível sequência de direcionamento dos âmbitos de cuidado. Nesse esquema, propõe-se que a medicina tradicional realizada por *Medsyn Fèy* e a terapêutica *vodou* ocupem setores distintos de cuidado.

Figura 1 – Caminho terapêutico percorrido pelos haitianos no cuidado à saúde, conforme indicado pelas setas



Fonte: Dados da pesquisa (2019).

O esquema da figura 1 facilita a visualização dos setores de cuidado à saúde no Haiti e, a partir desse modelo, pode-se buscar compreender como se estruturam os itinerários terapêuticos dos haitianos no Brasil.

Trajетórias de cuidado à saúde no Brasil

Nesta seção, explora-se as trajetórias terapêuticas realizadas pelos haitianos no Brasil e, na sequência, apresenta-se uma análise comparativa entre os setores de cuidado no Haiti e no Brasil.

O setor informal no Brasil foi representado principalmente por outros haitianos, como amigos e/ou o cônjuge. Percebe-se que havia uma relação de amizade com algumas pessoas próximas, mas, ao mesmo tempo, eles sentiam saudades dos familiares que estavam no Haiti:

Eu tinha contato com a família conversando, entendeu? Às vezes, não posso dizer que... A família estava lá orando por mim, torcendo para que saísse essa dor, entendeu? Mas, como eu não estava perto e a comunicação não é tão fácil lá [...]. Aqui eu converso com todo mundo, mas não é que eu tenho uma coisa, eu posso escrever, eu posso contar com alguém, não. Na real, eu só posso dizer que tenho duas amigas na sala de aula. (H2).

O núcleo afetivo parecia empobrecido, com pouca solidez e diversidade. No entanto, mesmo sem muita intensidade relacional, a solidariedade e ajuda mútua entre os haitianos estava presente. Esse processo pressupõe um entendimento comum do problema e um comprometimento ativo, até que o sujeito receba o auxílio necessário para a resolução do seu problema:

Eu fui lá tentar falar com o doutor. Tipo, eu falei: "ah, o meu amigo está muito doente. Você consegue atender ele?" E ela falou: "ah, tá todo mundo esperando". Eu falei: "mas a pessoa nem está conseguindo falar, e se ficar mais

grave, ainda?" Fui lá porque ele não tinha mais ninguém para ajudar ele, e eu fui lá para ajudar (H3).

Segundo Kleinman², o setor informal é o mais presente na sociedade, no entanto, o menos estudado e entendido. Na fala de H3 observa-se que, em uma situação emergencial, H3 acaba ocupando um espaço nuclear dentro do setor familiar do amigo, imprescindível para que houvesse comunicação entre o rapaz e o profissional de saúde.

Além da ajuda mútua, a autoatenção no setor informal emergiu na busca por uma vida saudável e equilibrada nos níveis físico e mental. No que refere à saúde física, houve valorização de hábitos de vida saudáveis, expressos na necessidade de descansar, de ter boa alimentação, realizar atividade física e ter acesso a cuidados médicos. A saúde mental aparece como reflexo da capacidade de resiliência: “Tem que ter autoestima [...] saber lidar com situações difíceis na vida, saber enxergar situações mesmo terríveis [...] psicologicamente a pessoa é forte pra enxergar a situação.” (H6).

Quando não há essa capacidade interna para superar situações difíceis na vida, o sujeito ficará susceptível a problemas de saúde mental, revelados em sentimentos depressivos, de tristeza e ansiedade, podendo inclusive repercutir em sintomas físicos. Os relatos de H1 e H2 demonstram que a superação da tristeza e das fortes dores de cabeça foram resultado não somente do tratamento biomédico, no caso de H2, mas em decorrência de orações e da atuação divina:

Espiritualmente é, quando eu estou triste, eu oro. Ouço bastante música evangélica, porque a música é uma segunda opção, entendeu? Parece uma segunda oração também, as palavras são fortes e ajudam muito a te recuperar. E eu oro, também (H1).

Às vezes, eu me sinto, meu Deus, eu queria um tempo para viver livre, para conseguir pensar como todo mundo pensa, sem precisar passar por esse momento. Porque, quando eu estou com a dor, eu não me sinto bem [...] eu acredito que a minha cura, também, não é só das medicações. Eu acredito que Deus que decide colocar um fim nessa dor. Deus mesmo que tirou essa ansiedade, essa, como, tipo de depressão que eu estava sentindo (H2).

Estudos realizados nos EUA sobre saúde de imigrantes haitianos apontam para a influência de crenças religiosas e culturais no entendimento dos participantes sobre a etiologia de algumas doenças^{11,12,14}, além de interferir na conduta terapêutica^{11,13,14}. Nesta pesquisa, foi possível constatar a percepção, por parte dos haitianos, de que há uma influência divina na manutenção e redução do sofrimento mental. No entanto, as orações fizeram parte do recurso

terapêutico em associação à terapia medicamentosa, sem que dispensassem o tratamento biomédico.

A autoatenção no setor profissional e os serviços do setor profissional foram amplamente explorados pelos participantes, que relataram enfrentar alguns problemas de saúde para os quais obtiveram melhora por meio da automedicação, como por exemplo, dor de cabeça, resfriado e dor de estômago. Os problemas de saúde que levaram os participantes a procurar ajuda diretamente no setor profissional foram: problemas dermatológicos (alergia nas mãos, acne, parasita de pele), oftalmológicos (conjuntivite e dificuldade visual). Outras enfermidades e transtornos físicos específicos que receberam atendimento e solução no setor profissional, foram: busca por cirurgia de circuncisão, cólicas menstruais, enxaqueca, hérnia abdominal, edema testicular, vômito e diarreia, realização de exames preventivos (Papanicolau e hemograma), hipertensão, contratura muscular, problemas odontológicos (restauração e colocação de aparelho ortodôntico).

No momento das entrevistas, nenhum dos participantes relatou estar vivenciando um problema de saúde cujo itinerário pudesse ser acompanhado pela pesquisadora. No entanto, três entrevistados relataram o caso de um colega (Beaudelaire), que havia falecido recentemente, e esse fato tinha gerado grande impacto emocional entre seus colegas e amigos. Assim, informações sobre os cuidados à saúde dele em função da doença, assim como seu falecimento, foram mencionados pelos participantes:

O que eu descobri, quando ele faleceu, é que ele tinha anemia falciforme, que é uma doença, enfim, hereditária, que você nasce com a doença e, para viver bem, tem que ter um acompanhamento médico durante a vida toda. E... Acho que ele não teve um acompanhamento suficiente durante todo esse tempo. E as recomendações que ele tinha que seguir, ele não seguiu como deveria, porque ele foi internado umas duas vezes, acho, antes de falecer (H7).

Os entrevistados relataram que a maior parte dos amigos de Beaudelaire não sabia da doença, mesmo aqueles que o tinham acompanhado no hospital. “Às vezes, também, ele escondia a doença dele. A gente falava: ‘você tem anemia falciforme’. E ele falava: ‘não mano, a gente tem problema de pulmão, não é tão grave’ (H8)”.

Segundo os entrevistados, Beaudelaire negligenciou nos cuidados com sua saúde. Ele tinha recomendação médica de manter boa alimentação e dormir mais horas. No entanto, em decorrência dos estudos e trabalho, acabava reduzindo as horas de sono:

Ele não podia trabalhar, entendesse? E, pelo jeito que ele tava, acho que também não dava pra fazer mestrado. Eu acho que devia ter terminado a graduação e voltado pra nosso país, procurado alguma coisa pra fazer. Porque ele fazia muitas coisas que não poderia fazer. Por exemplo, ele fazia mestrado e trabalhava na praia, chegava em casa muito cansado, até a situação dele piorar. (H8).

A relação de Beudelaire com a doença pode, por um lado, ter suscitado a sua negligência no autocuidado. No entanto, ao se olhar para os setores de cuidado à saúde no Haiti e para a interpretação da etiologia de algumas enfermidades denominadas sobrenaturais (que não podem ser curadas pela biomedicina), cabe refletir se a enfermidade enfrentada por Beudelaire poderia encontrar algum entendimento/tratamento espiritual com o auxílio de *Sacerdotes Vodou*.

O seu segredo em relação à anemia falciforme pode indicar a percepção de estigma em relação a essa doença. O estigma pode ser compreendido como resultado de um processo social, diretamente relacionado a dominação e poder, que desencadeiam preconceito e discriminação. A implicação do estigma “faz com que alguns grupos sejam desvalorizados e outros valorizados de formas inerentemente discriminatórias [...]”¹⁵.

Os haitianos podem representar sujeitos duplamente estigmatizados na sociedade brasileira, por serem negros e imigrantes, o que favorece o preconceito e a discriminação em relação a eles, por parte da população em geral e nos serviços de saúde.

A visão do imigrante como uma ameaça, potencial portador e transmissor de doenças é o mito mais difundido e amedrontador das histórias relacionadas a saúde e migrações^{16,17}. No entanto, atualmente o risco de transmissão de doenças como a tuberculose, por exemplo, de populações migrantes para populações hospedeiras é geralmente baixo, sendo mais alto o risco de transmissão dentro das famílias e comunidades migrantes^{18,19}.

A partir dessa constatação, cabe aqui refletir sobre o papel do Sistema Único de Saúde (SUS) no cuidado ao imigrante, mais especificamente dentro da atenção primária à saúde (APS). Neste caso em estudo, seria almejavável que houvesse a aplicação do método clínico centrado na pessoa²⁰, bem como o princípio da competência cultural²¹, trabalho que deveria ser realizado de forma mais eficaz com esse público em especial.

Os participantes da pesquisa teceram críticas avaliativas relacionadas ao setor profissional no Brasil. Percebeu-se que os entrevistados estavam cientes de seus direitos de acesso ao serviço público de saúde e reivindicavam por um atendimento menos burocrático e com maior agilidade em consultas nos níveis especializados, uma demanda crítica que também é apontada por brasileiros usuários do SUS: “Só que, o problema que tem, é que demora muito.

É muita burocracia. Mas tem um determinado problema que demora, sei lá, já demorei quase três anos para arrumar um especialista aqui” (H4).

Além da demora e burocracia, foram observados problemas comunicacionais entre imigrantes e profissionais que repercutiram em aumento do número de consultas e do tempo para alcançar a resolubilidade da situação, além do risco de erros de diagnóstico e conduta terapêutica. H3 relata que procurou a emergência para levar um amigo que estava com dor e percebeu que o rapaz talvez estivesse se sentindo intimidado, pois não se comunicava com o profissional e, segundo H3, ele sabia falar português:

O cara não conseguia falar bem, porque ele estava muito mal. Mas o médico perguntou para mim o que foi. Tive que falar para ele como é o cara, porque o cara não conseguia falar bem (H3).

Foi a pior consulta que eu já tive na vida. Ele, tipo, bem brusco do jeito que ele me perguntou as coisas, do jeito que ele fala. Aí foi uma consulta bem difícil, acho que, por isso, ele também descreveu desse jeito. E quando eu voltei com o médico que eu sempre fazia consulta no SASC, ele [...] não gostou da consulta dele (H2).

Na experiência de H2, em consulta médica, outro fator emergiu: a característica do profissional, denominada por ela como “bem brusco”. Esta postura profissional não é coerente com as diretrizes e princípios do cuidado humanizado e de atenção em saúde preconizada pelo SUS.

O entrevistado H6 relatou que, para fazer uma cirurgia de circuncisão, precisou ir ao urologista duas vezes, em anos consecutivos. Ele disse ter esperado um ano entre as consultas, até que aprendesse melhor o português e se sentisse apto a convencer o médico de sua necessidade de realizar o procedimento.

A fala de H4 indica uma abordagem através de condutas e conteúdos inadequados, durante a consulta médica, e que não condizem com uma escuta acolhedora e compreensiva:

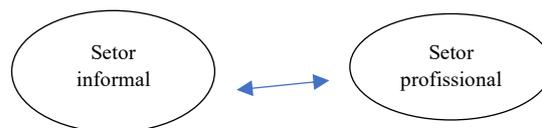
O médico pergunta: “de onde você é?”. “Eu sou do Haiti”. Ele responde: “Ah, tem muitos haitianos aqui.” E daí comentavam: “Ah, vocês gostam muito da Dilma, né, do PT.” [...] Aí, quando eles perguntam o que você tá fazendo aqui, e eu falo que tô fazendo mestrado ou doutorado, aí já muda a conversa, já muda a linguagem, a maneira de falar (H4).

Nessa experiência, ao abordar conteúdos político-partidários em um atendimento de saúde, o profissional se afasta de uma postura acolhedora e se aproxima de uma postura

investigativa intimidatória. No estudo de Risson²² também emergiu a relação entre imigrantes e determinados partidos políticos, no imaginário de profissionais da saúde.

No que se refere ao setor popular, não se observou a busca por tratamentos nesse contexto desde que os entrevistados chegaram ao Brasil, o que demonstra um fluxo de busca por cuidado em saúde diferenciado:

Figura 2 – Caminho terapêutico percorrido pelos haitianos no cuidado à saúde, conforme indicado pelas setas



Fonte: Dados da pesquisa, 2019

A busca de ajuda no setor profissional concentrou-se no atendimento do SUS, que, apesar das dificuldades relacionais e burocráticas enfrentadas, mostrou-se relevante no sentido de contribuir no cuidado da saúde dos entrevistados.

Considera-se que o contato dos haitianos com o Sistema Único de Saúde (SUS) atende a uma demanda por serviços do setor profissional de saúde anteriormente reprimida no Haiti.

Neste estudo, assim como em outros^{23,24}, constatou-se que os haitianos utilizam amplamente os serviços do SUS. No entanto, pesquisas com imigrantes no Brasil demonstram que existem entraves discriminatórios^{25,26}, comunicacionais^{26,27}, éticos²⁶, epidemiológicos^{28,29} e culturais^{30,31,32} que prejudicam a qualidade do atendimento. O SUS é universal, e o espaço de pertencimento e direito de acesso com qualidade e equanimidade deve ser construído e elucidado em políticas públicas voltadas à saúde de populações imigrantes^{33,34,26}.

Análise comparativa entre os setores de cuidado no Haiti e no Brasil

As práticas de autoatenção realizadas no setor informal e popular no Haiti não foram reproduzidas no Brasil, havendo maior utilização da automedicação e utilização dos serviços ofertados pelo setor profissional no Brasil. Os itinerários terapêuticos no âmbito informal foram reduzidos após a imigração. Isso ocorreu possivelmente em função do afastamento da rede de apoio e do núcleo familiar, presentes no Haiti. A utilização de chás, relatada muitas vezes como principal recurso terapêutico no Haiti, praticamente não ocorreu no Brasil. No entanto, o processo de ajuda mútua foi observado de maneira transnacional, especialmente entre amigos da mesma nacionalidade. Esse processo pressupõe um entendimento comum do problema e um

comprometimento ativo com o amigo que precisa de ajuda, até que o sujeito receba o auxílio necessário para a resolução do seu problema.

No Haiti, os problemas de saúde mental são tratados em sua maioria no setor popular, por meio de sacerdotes *vodou*, já que são reconhecidas como doenças espirituais. No entanto, quando H2 é questionada sobre a diferença percebido em relação aos tratamentos oferecidos pelos dois países no tratamento de sua ansiedade e tristeza, ela não afirma o *vodou* como alternativa terapêutica e relata ser de religião evangélica:

Acho que a diferença que teria é que, aqui, eu conseguiria as consultas gratuitas, mas lá, eu vou pagar para fazer consultas, a medicação. Aqui, eu consegui tudo gratuito. É só isso de diferença. Mas fazer consultas, igual, se me prescreverem algum medicamento, eu vou tomar e eu vou continuar orando (H2).

Gioda e Grisotti³⁵ descrevem que, independente da opção religiosa, o princípio místico do *vodou*, sob a orientação dos *lwas* e outros espíritos, está impregnado no viver cotidiano. Para o haitiano nativo, a proteção espiritual é necessária para se sentir amparado e permeia a reabilitação. Dessa forma, percebe-se que, ainda que não haja procura por tratamento proveniente do *vodou* e que a participante se considere evangélica, existe um fator cultural que norteia a compreensão da etiologia da enfermidade.

A autoatenção expressa pela automedicação acabou sendo a prática mais realizada pelos participantes da pesquisa, para amenizar sintomas de gripe e dor de cabeça. Em um caso específico, constatou-se que houve interesse, por parte de uma participante, em buscar uma receita da avó para o tratamento de cólica menstrual:

Nessa semana eu falei com a minha irmã, e ela falou que eu tenho que comprar vinho, gengibre e... o que mais..., canela. Fazer tudo junto, fazer uma mistura e deixar por uma semana e tomar em jejum, um copinho em jejum, para ajudar a passar aquela dor, pra me ajudar a me manter quente (H1).

A participante H1 conta, em conversa informal, mais de um ano após a realização da entrevista foi diversas vezes ao médico, desde que chegou no Brasil, para tratar as cólicas de que sofria desde a menarca. Descobriu que tinha endometriose e iniciou um tratamento com um anti-inflamatório, que devia tomar durante os cinco dias do ciclo menstrual. Isso havia reduzido muito as dores, entretanto, estava esperando na fila do SUS para realizar a cirurgia que, de fato, resolveria o problema. A depoente relata que no Haiti ela nunca iria descobrir esse problema, porque lá as cólicas menstruais são consideradas uma consequência do resfriamento do corpo.

Estas enfermidades, assim como outras, são, em sua maioria, explicadas com base em um quadro de referência amplamente compartilhado pela comunidade haitiana, que tem sua fundamentação na teoria humoral. A partir dessa teoria, acredita-se que os desequilíbrios de temperatura, interna e externa, se originam por meio da ingestão de alimentos inadequados (com qualidade quente/fria, leve/pesada), exposição a elementos ambientais (frio, calor, sol, chuva, vento etc.) ou em virtude de influências de fortes emoções (raiva, medo...) ^{36,37}.

A preocupação com a alimentação (ter o que comer) e a relação de uma boa alimentação com a percepção de ser saudável também foram fatores apontados de forma transnacional. Nesse sentido, o acesso a uma alimentação balanceada duas vezes por dia, servida no restaurante universitário, foi algo que promoveu saúde: “Lá, você tem a oportunidade de ter os pratos quentes, entendeu? Lá no RU, eu não vou ficar me estressando: ‘meu Deus, depois dessa aula, o que eu vou comer?’ Aqui não, é porque eu já sei que eu tenho o benefício de dois pratos, entendeu? Quentes, bem equilibrados” (H1).

A utilização do setor profissional no Brasil foi preponderante em relação ao setor profissional no Haiti. A facilidade de acesso aos serviços de saúde, tanto pelo serviço de atendimento ao estudante, do Hospital Universitário, como nos Centros de Saúde, aliada a uma redução no grupo de apoio que compõe o setor familiar, facilitaram para a vasta utilização dos serviços de saúde.

Os entrevistados utilizaram o SUS para consultas a diversos profissionais, principalmente no Hospital Universitário. Os relatos indicam que muitos não sabiam a diferença entre centro de saúde e hospital e usavam a palavra hospital sempre que falavam de um serviço de saúde, provavelmente remetendo ao serviço de saúde no Haiti.

O entrevistado H4 detalha seu itinerário de descoberta da hipertensão arterial no Haiti e como deu continuidade ao tratamento no Brasil. Em seu relato, verificou-se que o diagnóstico não foi realizado formalmente em uma consulta médica no Haiti, mas por meio de um amigo da faculdade que havia se formado em medicina e que prescreveu o medicamento:

[...] Depois que eu cheguei aqui no Brasil, eu continuei cuidando da pressão. Daí eu fui no posto, eu trouxe também a medicação e mostrei pro médico. E ele falou então: “tá bom, vamos continuar usando esse daqui, só que pode chegar em um momento que esse pode não dar mais certo”. Desde quando o médico falou que enalapril poderia não dar mais certo, eu passei a medir semanalmente a pressão no centro de saúde. Daí, duas vezes tava um pouco alta, e eu percebi [...] pelo jeito não tá dando certo. Daí eu fui, e eles trocaram o medicamento, e agora tá funcionando. (H4)

Percebe-se, na fala de H4, que houve preocupação em dar continuidade ao tratamento no Brasil por meio de apoio de um médico, o que pode demonstrar credibilidade no serviço de saúde brasileiro. Esse fato também foi observado na fala de H6: “Eu não vejo, mais ou menos, diferença no atendimento. Mas agora, no equipamento, agora diria na confiança nos profissionais em diagnosticar [...] você acabar vendo equipamento e espaço físico que é melhor do que lá” (H6).

Por outro lado, H5 ressalta que, se tivesse uma doença grave com necessidade de atendimento médico, teria preferência pelo atendimento feito no Haiti:

Em questão de ter um problema e procurar solução, lá eu vejo muito mais seguro, porque eu sei que aquele médico lá, ele vai entender a minha própria língua, meu jeito. Tipo, ele vai se pôr na pele como se fosse ele. Então o cara consegue entender bem e muito melhor a minha situação. Aqui, digamos, eu vou no hospital... vai ser muito difícil de eu tentar explicar pro médico e ele entender exatamente tudo o que eu tô sentindo (H5).

Stewart *et al.*²⁰ apresentam, em seus achados, que 54% dos distúrbios percebidos pelos pacientes não eram considerados pelos médicos nas consultas. Isso indica a necessidade de melhorias nessa relação, no sentido de maior diálogo e escuta do usuário, além da necessidade de maior convergência entre os atores na interação³⁸. Uma possibilidade para melhorar essa relação seria a apropriação de conhecimentos, por parte dos profissionais de saúde, sobre hábitos, cuidados em saúde e o processo saúde/enfermidade/atenção que ocorre no país de origem dos imigrantes.

No que se refere ao setor popular, não foram identificados relatos de tratamento oriundo desse setor após a imigração para o Brasil. O que demonstra que esta é a maior cisão que ocorre nos itinerários terapêuticos dos entrevistados após a imigração, seja nesse setor, ou no setor informal. No entanto, apesar de os entrevistados não relatarem procura por atendimentos religiosos e cura espiritual no Brasil, percebe-se que o ato de orar em casa é uma forma de autoatenção, coadjuvante no tratamento de enfermidades em nível psicológico.

No Haiti, o setor popular, expresso nas práticas *vodouistas*, é responsável por tratar das doenças que muitas vezes não encontram resolubilidade na biomedicina, segundo alguns participantes deste estudo:

Tem algumas doenças, que você vai no médico, e o médico não consegue fazer nada. Você tem um acompanhamento médico, mas não consegue o tratamento. Nesse caso, não é o médico que fala, é a crença. Se você vai no médico, e o médico não consegue resolver o teu caso, a doença não é para o médico resolver, é para outra pessoa resolver (H7).

Entende-se que, em muitos casos, como já apontado por Gioda ⁶, a ausência de recursos terapêuticos provenientes do setor profissional pode fortalecer a cultura e o entendimento da existência de doenças sobrenaturais que não podem ser tratadas dentro do setor profissional, ficando a cargo da terapêutica *vodou* apontar um caminho plausível (sustentado culturalmente) para a cura da enfermidade. Porém, se há uma constatação cultural de que algumas enfermidades, como, por exemplo, problemas de saúde mental, são doenças com etiologias místicas e por isso só encontrariam caminho de cura a partir de tratamentos *vodouistas*, como poderiam ser tratadas essas enfermidades no Brasil? O caminho encontrado para lidar com essas questões, segundo nossas entrevistadas, era a realização de orações.

No entanto, essas questões são complexas e demonstram ser um grande desafio para o SUS, mais especificamente para a APS, a qual tem, dentre seus atributos derivados, a competência cultural para dialogar diretamente com a forma como o sujeito compreende a enfermidade e constrói modelos explicativos para esse fenômeno.

Considerações finais

Os itinerários terapêuticos que os participantes desta pesquisa percorrem no Haiti diferem das trajetórias percorridas por eles no Brasil. Essas diferenças são evidenciadas na subutilização do setor popular no Brasil e a extensa utilização de serviços do setor profissional. Não se constatou, nos seus relatos, a percepção de falta de recursos terapêuticos ou de atores atuando no setor popular da medicina tradicional e/ou do *vodou*.

Os entrevistados valorizaram o serviço público de saúde brasileiro com relação à infraestrutura, qualidade do atendimento e gratuidade. No entanto, percebeu-se que eles se identificam mais com os profissionais de saúde do Haiti, o que é justificado pelo fato de o atendimento ser realizado por pessoas da mesma nacionalidade, que tem o entendimento completo da linguagem e dos sentimentos, expressos na consulta.

Com as constatações e discussões realizadas ao longo do texto, caberia, neste espaço, refletir até que ponto os problemas de saúde vivenciados, pelos pesquisados, no Haiti, em que foram tratados dentro do setor familiar e popular, precisariam de assistência do setor profissional, ou não. É provável, conforme constatações redigidas por Gioda ⁶ e balizadas por participantes deste estudo que, em função da dificuldade de acesso e/ou da qualidade e infraestrutura ineficientes dos serviços biomédicos naquele país, que boa parte dos problemas de saúde sejam tratados pelo setor informal ou popular em decorrência da violência estrutural.

No sistema de saúde oficial, essa violência se revela na precária infraestrutura física dos estabelecimentos, na presença de profissionais pouco qualificados e na ausência de recursos para diagnóstico e terapêuticos.

A possibilidade de ampliação do acesso ao setor profissional e da qualidade da assistência à saúde dos imigrantes, apesar de necessária, não deveria reduzir a autoatenção realizada no setor informal. Essa atenção é importante, já que evitaria intervenções médicas desnecessárias com potencial iatrogênico. Além disso, essa atenção atua como filtro³⁹ (reconduzindo para o setor profissional as pessoas com enfermidades passíveis de serem tratadas no setor informal).

Estando enfraquecida a rede de cuidado e afeto no país de acolhimento, é inevitável que diversos problemas de saúde que poderiam ser solucionados em casa passem a ganhar espaço no setor profissional de saúde. Esse fato acaba eliminando o primeiro filtro de atenção à saúde e aumentando, por consequência, a demanda do setor profissional, mais especificamente a APS, com questões que poderiam ser solucionadas em âmbito familiar.

Nesse sentido, é importante que haja um maior investimento em políticas públicas e projetos de envolvimento e integração entre os profissionais de saúde, mais especificamente para a APS (que deveria ser a principal porta de entrada dos usuários) e os imigrantes. O fortalecimento desse diálogo entre ambas as partes fortalecerá os vínculos e a construção de confiança mútua necessários para ampliar a qualidade da assistência.

Por fim, verifica-se a necessidade de um olhar sobre a competência cultural e educação permanente em saúde, por parte dos profissionais, de forma a ampliar seus conhecimentos sobre a saúde de imigrantes. Esse aprendizado deve estar voltado para a valorização de hábitos de saúde considerados positivos na cultura do imigrante haitiano, favorecendo, dessa forma, as práticas preventivas, a promoção à saúde e a inclusão social.

Referências

1. Gerhardt TE, Burille A, Muller TL. Estado da arte da produção científica sobre itinerários terapêuticos no contexto brasileiro. In: Pinheiro R, Gerhardt TE, Ruiz ENF, Silva Junior AGS, organizadores. Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde [acesso em 2019 out 20] pp. 27-97. Rio de Janeiro: Cepesc/Abrasco, 2016. Disponível em: www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2017/07/livro-itinerarios-terapeuticos-1.pdf.
2. Kleinman A. Patients and healers in the context of culture. Berkeley: University of California Press, 1980.

3. Menéndez EL. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 1, p. 185–207, 2003.
4. Freitas C, Mendes A. A resiliência da saúde migrante: itinerários terapêuticos plurais e transnacionais. *REMHU: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana*, v. 21, n. 40, p. 69-92, 2013.
5. Haydu M. Refugiados congolese na cidade de São Paulo: processo migratório e itinerários terapêuticos. [Tese] [São Paulo]: Universidade Estadual de São Paulo, 2017.
6. Gioda FR, et al. Agentes, saberes e práticas no processo saúde/doenças no Haiti. 2017. [Tese] [Florianópolis]: Universidade Federal de Santa Catarina, 2017.
7. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Portaria nº 092, de 28 de abril de 2010. Institui o Programa Emergencial PRÓ-HAITI em Educação Superior e dispõe sobre os procedimentos para operacionalização das atividades do programa [acesso em 17 nov. 2019]. Disponível em: https://www.capes.gov.br/images/stories/download/legislacao/Portaria092-28abr2010_ProHAITI_AlterPort-171-2012.pdf.
8. Oliveira DC. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. *Rev. Enferm. UERJ*, v. 16, n. 4, p. 569-576, 2008.
9. Flick U. An introduction to qualitative research. London: Sage, 2014.
10. Brasil, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União de 12 dez. 2012.
11. Sanon MA, Mohammed SA, McCullagh MC. Definition and management of hypertension among Haitian immigrants: A qualitative study. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*. 2014;25(3):1067-1078.
12. Kobetz E, Menard J, Dietz N, et al. Contextualizing the survivorship experiences of Haitian immigrant women with breast cancer: opportunities for health promotion. *Oncology Nursing Forum*, 2011;38(5):555-560.
13. Menard J, Kobetz E, Diem J, et al. The sociocultural context of gynecological health among Haitian immigrant women in Florida: Applying ethnographic methods to public health inquiry. *Ethn Health*. 2010;15(3):253-267.
14. François F, Elysee G, Shah S, Gany F. Colon cancer knowledge and attitudes in an immigrant Haitian community. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 2009;11(4):319-325.
15. Parker, R. Interseções entre estigma, preconceito e discriminação na saúde pública mundial. In: Monteiro S, organizador. *Estigma e Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013. p. 25-46.

16. Abubakar I, Aldridge RW, Devakumar D, et al. (2018). The UCL–Lancet Commission on Migration and Health: the health of a world on the move. *The Lancet*, 392(10164), 2606-2654.
17. Marks L, Worboys M, editores (2002). *Migrants, minorities & health: historical and contemporary studies*. Routledge.
18. Dahle UR, Eldholm V, Winje BA, et al. Impact of immigration on the molecular epidemiology of *Mycobacterium tuberculosis* in a low-incidence country. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 2007, 176(9), 930-935.
19. Aldridge RW, Zenner D, White PJ, et al. (2016). Tuberculosis in migrants moving from high-incidence to low-incidence countries: a population-based cohort study of 519 955 migrants screened before entry to England, Wales, and Northern Ireland. *The Lancet*, 2016, 388(10059), 2510-2518.
20. Stewart M, Brown JB, Weston WW, et al. *Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
21. Starfield, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde [acesso em 2019 out 20], 2002. 726p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf.
22. Risson AP. *Cartografia da atenção à saúde de imigrantes haitianos residentes em Chapecó – SC*. [Dissertação] [Chapecó-SC]: Universidade Comunitária da Região de Chapecó, 2016.
23. Leão LHC, et al. Migração internacional, saúde e trabalho: uma análise sobre os haitianos em Mato Grosso, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 33, p. 00181816, 2017.
24. Santos FV. A inclusão dos migrantes internacionais nas políticas do sistema de saúde brasileiro: o caso dos haitianos no Amazonas. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* [acesso em 2019 out 20], v. 23, n. 2, p. 477-494, 2016. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702016000200477&lng=en&nrm=iso&tlng=pt&ORIGINALLANG=pt.
25. Risson AP, Matsue RY, Lima ACC. *Atenção em saúde aos imigrantes haitianos em Chapecó e suas dimensões étnico-raciais*. 2018.
26. Guerra K, Ventura M. Bioética, imigração e assistência à saúde: tensões e convergências sobre o direito humano à saúde no Brasil na integração regional dos países. *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 25, n. 1, 2017.
27. Steffens I, Martins J. “Falta um Jorge”: a saúde na política municipal para migrantes de São Paulo (SP). *Lua Nova*, n. 98, p. 275-301, 2016.
28. Fujita DM, et al. Aumento de inmigrantes en países emergentes: atención a la salud gratuita y vacunación como medidas preventivas en Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 35, n. 2, 2019.

29. Carneiro Júnior N, et al. La migración boliviana y la enfermedad de Chagas: límites en la actuación del Sistema de Salud Brasileño (SUS). *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 22, n. 64, p. 87-96, 2018.
30. Roldán-Chicano MT, et al. Síndromes vinculadas à cultura nos processos migratórios: o caso dos imigrantes bolivianos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 25, p. 1-9, 2017.
31. Topa J, Neves S, Nogueira C. Imigração e saúde: a (in) acessibilidade das mulheres imigrantes aos cuidados de saúde. *Saúde e Sociedade*, 2013, v. 22, p. 328-341.
32. Carneiro Júnior N, et al. Migração, exclusão social e serviços de saúde: o caso da população boliviana no centro da cidade de São Paulo. *BIS. Boletim do Instituto de Saúde (impresso)*, v. 13, n. 2, p. 177-181, 2011.
33. Eberhardt LD, Miranda AC de. Saúde, trabalho e imigração: revisão da literatura científica latino-americana. *Saúde em Debate*, v. 41, p. 299-312, 2017.
34. Granada D, et al. Discutir saúde e imigração no contexto atual de intensa mobilidade humana. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 21, p. 285-296, 2017.
35. Gioda FR, Grisotti M. A religiosidade e a violência estrutural como fatores influentes no processo saúde/enfermidade/atenção em uma comunidade do Haiti rural. *Métis: História & Cultura*, v. 17, n. 34, 2018.
36. Nicolas G, et al. Expression and treatment of depression among Haitian immigrant women in the United States: clinical observations. *American Journal of Psychotherapy* [acesso em 2019 out 20], v. 61, n. 1, p. 83-98, abr.2007. Disponível em: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17503679.
37. Foster GM. Disease etiologies in non-western medical systems. *American Anthropologist*, v. 78, n. 4, p. 773-782, dez 1976. Disponível em: <https://doi.org/10.1525/aa.1976.78.4.02a00030>.
38. Stewart M, Brown JB, Donner A, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract*, 2000; 49(9):796-804.
39. Faqueti A, Tesser CD. Use of complementary and alternative medicine in primary healthcare in Florianópolis, Santa Catarina, Brazil: user perception. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 8, p. 2621-2630, 2018.

5.2 ARTIGO 2

Como qualificar o atendimento à imigrantes nos serviços públicos de saúde do Brasil?

Resumo

O atendimento aos imigrantes nos serviços públicos de saúde tem trazido demandas novas e específicas aos profissionais de saúde como problemas comunicacionais, desconhecimento sobre perfil epidemiológico e novos desafios no entendimento de questões sociais e culturais que interferem no processo saúde e doença dessa população. Este trabalho pretende esboçar por meio de uma revisão de literatura integrativa as recomendações e experiências positivas que possam auxiliar os serviços de saúde a ampliar o acesso e qualificar a assistência à saúde prestada. Constatou-se que existem recomendações em termos de capacitação profissional, estratégias a nível de ação no serviço e de gestão e políticas. As recomendações apontam para a necessidade de: Estabelecimento de uma política de saúde para a população imigrante; inclusão da temática das migrações no ensino superior e pós graduação, além da realização de educação permanente em saúde. Há necessidade de maior interdisciplinaridade nas ações realizadas nos serviços integrando assistência social, atendimento psicológico e serviços de saúde.

Palavras-chave: Imigrante. Serviço de saúde. Educação continuada.

Introdução

A temática saúde e migrações emerge na ciência como um campo de pesquisa que necessita ser expandido na área da saúde coletiva. Apesar do reconhecimento internacional de que a saúde é essencial durante todo o processo migratório, o acesso a rede de cuidados em saúde e o acolhimento sociocultural envolvidos ficam à mercê de decisões políticas¹ e institucionais que podem trazer desafios de ordem prática aos serviços de saúde.

O acesso e uso de serviços por imigrantes foi descrito em pesquisas realizadas principalmente nos EUA², Canadá³ e Europa⁴. Barreiras enfrentadas por imigrantes negros no acesso aos serviços de saúde americanos incluem dificuldade comunicacional, falta de informação sobre como acessar os serviços de saúde, diferenças culturais, ausência de seguro-saúde, discriminação e estigma relacionado ao HIV/Aids². A avaliação do acesso de imigrantes que vivem no Canadá também depende da linguagem, além da acessibilidade geográfica, relação estabelecida com os profissionais, e qualidade dos serviços³. Na Europa, estudo realizado em dezesseis países evidenciou problemas enfrentados no atendimento à imigrantes, dentre eles destaca-se: barreiras de linguagem, problemas no atendimento de pacientes sem cobertura de saúde, ausência de familiaridade com o sistema de saúde, diferenças culturais e de

entendimento sobre a doença e o tratamento, dificuldades relacionais com a equipe de saúde e ausência de histórico médico⁴.

Na última década houve crescimento de estudos nacionais que abordam a relação entre migração e saúde^{5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19}. Problemas de comunicação e conhecimento da língua, adaptação no país de acolhimento, ausência de suporte social e emocional, confronto com discriminação e preconceito, empregos extenuantes e mal remunerados^{8,10,12,17,18,20,21}, estresse pós traumático^{5,18} são desafios que afetam a qualidade de vida, e o acesso aos serviços de saúde, além de fazerem parte dos determinantes sociais da saúde dos imigrantes²¹.

Trabalhos realizados no Brasil demonstram que bolivianos e haitianos, apesar dos desafios, acessam o Sistema Único de Saúde (SUS)^{8,9,11,16,19}, no entanto dificuldades enfrentadas na interação com o serviço de saúde podem prejudicar a qualidade da assistência^{11,15}. Nesse sentido, questiona-se: Quais as recomendações descritas em publicações científicas, necessárias para que os serviços públicos de saúde brasileiros possam qualificar o atendimento aos imigrantes?

Métodos

Para analisar a relação entre as recomendações descritas para qualificar os serviços de saúde brasileiros nas publicações científicas e as ações efetivamente já desenvolvidas realizou-se uma revisão integrativa. Este método de pesquisa permite sintetizar a literatura sobre um determinado conteúdo, analisar e extrair conclusões a partir de estudos que adotam diversas metodologias²².

O processo de busca foi realizado em outubro de 2019 nas bases de dados Scielo e Biblioteca Virtual em Saúde. No Scielo foi utilizado a seguinte combinação de descritores: imigrantes AND saúde AND Brasil. Já na Biblioteca Virtual em Saúde utilizou-se a seguinte combinação: imigrantes AND saúde AND Brasil. Como critérios de inclusão definiu-se: Estudos que possuam foco central na saúde de imigrantes no contexto brasileiro; ter acesso ao texto completo; artigos científicos empíricos, teóricos, revisão e de relato de experiência. Os critérios de exclusão foram: artigos que investigaram saúde de brasileiros no exterior e pesquisas realizadas por pesquisadores brasileiros sobre saúde de imigrantes em outros países. Não foi realizado recorte temporal.

O processo de seleção e análise dos artigos foi desenvolvido em três etapas:

- 1) leitura prévia dos títulos e resumos aplicando-se os filtros de inclusão formando o grupo de trabalhos pré-selecionados;
- 2) leitura completa das produções pré-selecionadas aplicando-se os filtros de exclusão;
- 3) leitura da lista de referências dos artigos selecionados visando identificar outros artigos relevantes sobre a temática e não recuperados nas bases consultadas.

A síntese dos resultados da pesquisa realizada para seleção dos artigos é apresentada no quadro 02:

Quadro 02 – Síntese dos resultados da pesquisa para seleção dos artigos

Bases	Recuperados (filtro temático)	Pré-selecionados (filtros de inclusão)	Selecionados (filtros de exclusão e duplicatas)
Scielo	203	117	15
Biblioteca Virtual da Saúde	200	102	3
Outros artigos (análise das referências dos artigos selecionados)			4
TOTAL	403	218	22

Fonte: autoria própria

Com a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, enquadraram-se na pesquisa 22 artigos, elencados no Quadro 03:

Quadro 03 – Publicações selecionados para análise

Id	Ano	Autoria	Título	Tipo de pesquisa
1	2002	Chubaci, RYS; Merighi MAB	A Cominuação no processo de hospitalização do imigrante japonês	Empírica qualitativa
2	2003	Carneiro JRN; Silveira C.	Organização das práticas de atenção primária em saúde no contexto dos processos de exclusão/inclusão social	Relato de experiência
3	2011	Junior, NC.et al.	Migração, exclusão social e serviços de saúde: o caso da população boliviana no centro da cidade de São Paulo. BIS. Boletim do Instituto de Saúde	Relato de experiência
4	2011	Waldman, TC	Movimentos migratórios sob a perspectiva do direito à saúde: imigrantes bolivianas em São Paulo	Empírica quantitativa
5	2012	Calixto, FM; Loureiro, JS; Garcia, CE; Simões, O.	Pró-Saúde: uma resposta para a necessidade de informações de mães imigrantes na região central da cidade de São Paulo	Relato de experiência

6	2013	De Freitas, MH.	Relações entre religiosidade e saúde mental em imigrantes: implicações para a prática psi.	Teórica
7	2013	Martes, ACB; Faleiros, SM.	Acesso dos imigrantes bolivianos aos serviços públicos de saúde na cidade de São Paulo	Empírica qualitativa
8	2014	Aguiar, ME; Mota, A.	O Programa Saúde da Família no bairro do Bom Retiro, SP, Brasil: a comunicação entre bolivianos e trabalhadores de saúde.	Empírica qualitativa
9	2016	Santos, FVD.	A inclusão dos migrantes internacionais nas políticas do sistema de saúde brasileiro: o caso dos haitianos no Amazonas	Empírica etnográfica
10	2016	Steffens, I; Martins, J.	Falta um Jorge”: a saúde na política municipal para migrantes de são paulo (sp)	Empírica qualitativa
11	2016	Silva, RGM; et al.	Estratégias de comunicação do enfermeiro com paciente estrangeiro: Relato de experiência	Relato de experiência
12	2017	Guerra, K. Ventura, M.	Bioética, imigração e assistência à saúde: tensões e convergências sobre o direito humano à saúde no Brasil na integração regional dos países	Revisão
13	2017	Granada, D.	Discutir saúde e imigração no contexto atual de intensa mobilidade humana	Teórico
14	2017	Eberhardt, LD; Miranda, ACD.	Saúde, trabalho e imigração: revisão da literatura científica latino-americana.	Revisão
15	2017	Roldán-Chicano, MT; et al.	Síndromes vinculadas à cultura nos processos migratórios: o caso dos imigrantes bolivianos	Empírica etnográfica
16	2017	Leão, CDHL; et al.	Migração internacional, saúde e trabalho: uma análise sobre os haitianos em Mato Grosso, Brasil	Empírica quantitativa
17	2017	Assis, NM; et al.	Acolhimento de imigrantes haitianos via integração ensino-serviço-pesquisa na atenção primária à saúde: relato de experiência	Relato de experiência
18	2018	Risson AP; Matsue, RY; Lima, ACC.	Atenção em Saúde aos Imigrantes Haitianos em Chapecó e suas Dimensões Étnico-Raciais	Empírica qualitativa
19	2018	Carneiro Junior, N; et al.	Migração boliviana e doença de Chagas: limites na atuação do Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS)	Empírica qualitativa
20	2018	Martin, D. Goldeberg, A.	Imigração, refúgio e saúde: perspectivas de análise sociocultural	Teórico
21	2019	Barreto, MDS; et al.	Discurso de enfermeiros e médicos sobre a utilização do serviço de emergência por imigrantes.	Empírica qualitativa
22	2019	Losco, LN. Gemma, SFB.	Sujeitos da saúde, agentes do território: o agente comunitário de saúde na Atenção Básica ao imigrante	Empírica qualitativa

O processo de análise envolveu uma leitura orientada pela questão norteadora deste artigo, a qual visa identificar quais as contribuições das produções brasileiras sobre melhorias no acesso e atendimento de imigrantes nos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os resultados alcançados com a leitura das produções encontradas seguem descritos nas próximas seções e organizados da seguinte maneira: (1) Caracterização bibliométrica; (2) Formação profissional; (3) Estratégias a nível de ação no serviço; (4) Gestão e políticas públicas.

Caracterização bibliométrica

Visando facilitar a contextualização em relação aos estudos selecionados optou-se em retratar alguns dados bibliométricos. No que se refere à autoria dos artigos, a maioria dos estudos (18 artigos) possui autoria múltipla, entre 2 a 6 autores. Dentre o total de 59 autores somente dois autores tiveram mais de uma publicação, Nivaldo Carneiro Junior e Cassio Silveira. Quanto aos anos de publicação, percebe-se que foram resgatados somente 2 publicações antes de 2010 e de 2011 a 2019 foram localizados 20 artigos, 11 desses publicados nos últimos 3 anos. Esta informação permite inferir que existe uma tendência crescente de publicações que corroboram com a necessidade de ampliar o acesso e qualificar a atenção à saúde de imigrantes no Brasil.

Em relação aos periódicos observou-se que os artigos foram publicados, em revistas das áreas de saúde pública, saúde coletiva e enfermagem. Identificou-se a predominância de 4 publicações na revista Interface-Comunicação, Saúde, Educação, 2 publicações no periódico Saúde e Sociedade e outras 2 no Caderno de Saúde Pública.

No que se refere especificamente aos artigos de relato de experiência encontrou-se 5 estudos que apresentam intervenções a nível de processo de trabalho, 4 foram realizados na Atenção Primária em Saúde (APS)^{23,24,25,26}. Observou-se que dois trabalhos^{23,24} relatam a experiência do mesmo centro de saúde, localizado na cidade de São Paulo, que visou qualificar a assistência de imigrantes e populações em vulnerabilidade social.

Formação profissional

A recomendação de formação dos profissionais da saúde para o trabalho com imigrantes é descrita diretamente em poucos trabalhos^{27,28,29}, no entanto fica implícita, em outros, quando os autores falam sobre a dificuldade dos profissionais em: estabelecer uma boa comunicação com os imigrantes^{15,28,29,30,32,33}, conhecer os aspectos culturais que interferem no processo

saúde/doença^{9,20,21,24,28,29,32,33} e o perfil epidemiológico de algumas doenças endêmicas dos países de origem dos imigrantes²⁸; reconhecer as necessidades e particularidades das mulheres imigrantes^{7,24,28}; trabalhar com saúde mental considerando a vivência social, cultural e religiosidade do imigrante³³; compreender que a eficácia de determinadas terapias se dá no âmbito das crenças culturais independente de comprovação científica³¹ e adquirir conhecimento sobre os problemas de saúde associados aos trabalhos que mais empregam imigrantes^{12,27,34}.

Em termos de capacitação profissional encontrou-se nos textos que o município de São Paulo, desde 2011, oferta um curso intensivo para profissionais da saúde aprenderem inglês e espanhol²⁹. Apesar de ser uma iniciativa inovadora e condizente com as demandas do contexto, considera-se fundamental expandir as estratégias de aprendizagem através de projetos de educação permanente em saúde com foco na qualificação do atendimento à imigrantes. A partir das dificuldades e necessidades identificadas no cotidiano do trabalho, é possível lançar mão de estratégias diversas, tais como cursos, palestras, reuniões de equipe e ações de matriciamento, intercâmbios de experiências entre equipes, municípios, estados e países, formação de facilitadores, interação ensino-serviço, entre outros.

Estes dados indicam também para a importância de repensar a formação profissional dos trabalhadores da área da saúde. Os imigrantes, com suas características demandas e especificidades, apresentam novos desafios ao cotidiano dos serviços e trabalhadores da saúde. Diante disso, percebe-se a necessidade de instrumentalizar tecnicamente e sensibilizar os trabalhadores da saúde para a importância de seu trabalho com estes novos usuários.

O acesso aos serviços de saúde é legalmente e constitucionalmente garantido aos imigrantes que chegam ao Brasil. No entanto, a integralidade em saúde e a humanização do cuidado dar-se-á pela postura e prática do serviço e dos trabalhadores diante destes novos usuários. Para tanto, considera-se importante o investimento em uma formação profissional que capacite e sensibilize os trabalhadores¹⁵.

Estratégias de atuação no serviço de saúde

Além da necessidade de formação profissional encontrou-se recomendações e estratégias de atuação no serviço que podem aproximar os imigrantes dos serviços de saúde. A mais descrita foi a contratação de agentes comunitários de saúde bolivianos^{35,9}. Essa experiência pareceu melhorar a comunicação entre a equipe e a comunidade de imigrantes favorecendo o acesso. A apresentação de uma cartilha para instruir mães imigrantes quanto aos seus direitos nas políticas de saúde brasileiras e seu papel no desenvolvimento dos filhos foi uma prática realizada, porém a mesma não alcançou os objetivos propostos²⁵. Sugere-se nesse

e em outros casos em que se almeje transformar uma realidade social que sejam escolhidas estratégias de ensino-aprendizagem para o desenvolvimento de problematização como o Arco de Charles Maguerez³⁶.

O levantamento de agravos e danos à saúde de trabalhadores imigrantes delimitado por ramo produtivo¹² na área de atuação da unidade também é uma ação que pode ser realizada pelo serviço e que direciona as ações para atender as necessidades da comunidade. A reorganização do serviço na perspectiva da equidade do acesso por meio da discriminação positiva foi estabelecida em um centro de saúde referência no atendimento de pessoas em vulnerabilidade social, incluindo imigrantes no município de São Paulo²³. Essa forma de organização foi satisfatória e é recomendável em centros de saúde, em que há uma importante comunidade de imigrantes residentes, já que configura uma forma prioritária de acolhimento quando comparada aos demais usuários. O estabelecimento de outras formas comunicacionais como falar mais alto e pausadamente, utilização da escrita, mímica, gestos, postura corporal e toque técnico foram estratégias utilizadas por enfermeiros que trabalhavam em um hospital público de São Paulo³⁷.

As estratégias elencadas acima e criadas pelos profissionais para atender aos imigrantes são imprescindíveis para o acolhimento desses usuários. Entretanto, os trabalhadores da saúde devem ser instrumentalizados tecnicamente para este atendimento. Para isso, entende-se que cursos de formação continuada e permanente podem contribuir com uma prática culturalmente e humanamente adequada.

Gestão e Políticas Públicas

A definição de políticas públicas setoriais e intersetoriais que visem à melhoria nas condições de vida, trabalho e promovam equidade de acesso e oferta de serviços adaptados as novas demandas dos imigrantes são as principais recomendações descritas nos estudos^{21,29,38}.

No Brasil o único município que instituiu um decreto e uma lei para a população imigrante foi São Paulo, no ano de 2016^{39,40}. No que se refere a saúde pública, a Lei Municipal n.16.478³⁹, visa garantir o acesso universal aos serviços, observando-se as necessidades especiais relacionadas ao processo de deslocamento, as diferenças dos perfis epidemiológicos e as peculiaridades do sistema de saúde dos países de origem. Já o Decreto n° 57.533⁴⁰ que regulamente a referida lei atribui à secretaria municipal de saúde realizar ações de: promoção da assistência à saúde atentando-se às especificidades culturais e religiosas dos imigrantes em suas diferentes fases da vida; incentiva o desenvolvimento de planos e programas que contemplem as especificidades em saúde, relacionados aos diferentes perfis epidemiológicos;

delimita a necessidade de atenção integral à saúde da mulher imigrante; estimula a contratação de agentes comunitários de saúde imigrantes. Segundo a revisão realiza neste estudo é necessário que haja avanço no diálogo sobre preconceito, discriminação social^{11,15,29,38}, estigma em saúde e desigualdade de gênero^{15,24}. Considera-se que a relação entre desigualdade de gênero, estigma em saúde e discriminação deve ser uma temática transversal no estabelecimento de uma política nacional de saúde para a população imigrante.

Discussões e Considerações finais

O fluxo de imigrantes no Brasil tem trazido novas demandas e desafios para a saúde pública brasileira. Em vistas da universalidade de acesso ao SUS e a ausência de políticas voltada para a população imigrante percebeu-se a necessidade de conhecer quais as experiências que demonstraram melhorias de acesso e/ou qualidade da assistência a saúde de imigrantes; bem como as recomendações evidenciadas nos estudos para que haja fortalecimento da rede pública de saúde brasileira no atendimento aos imigrantes.

Constatou-se que para que haja efetivamente acesso facilitado e melhorias na qualidade da assistência é necessário o estabelecimento de uma Política Nacional de Saúde de Imigrantes, que esteja atenta a alguns nós críticos que dificultam a qualidade e equanimidade de ações, como questões discriminatórias e de gênero.

Além do estabelecimento de políticas é necessário que haja capacitação profissional para trabalhar com saúde de imigrantes, tanto a nível de graduação como pós graduação e educação permanente em saúde. Uma iniciativa de sucesso, voltada para a educação permanente, iniciada no município de Florianópolis junto a secretaria municipal de saúde, foi a capacitação de profissionais da saúde para o atendimento com práticas integrativas e complementares⁴¹. Essa iniciativa poderia servir como fonte de inspiração na capacitação de profissionais para o atendimento de imigrantes.

Considera-se que o mesmo método de capacitação citado nesse trabalho⁴¹, apontaria caminhos para a resolução de problemas específicos de cada comunidade, aprimorando o diálogo e ampliando confiabilidade entre profissionais de saúde e imigrantes. Os problemas de saúde e a relação com o trabalho executado pelos imigrantes poderia ter maior espaço de investigação e os profissionais estariam mais aptos a trabalhar com a competência cultural, um dos atributos derivados da Atenção Primária à saúde.

Percebeu-se com a leitura dos textos ausência de interdisciplinaridade entre os setores de atenção ao imigrante (assistência social, atendimento psicológico e serviço de saúde), já que não foi localizado nesta revisão nenhum artigo que abordasse práticas interdisciplinares. Um

exemplo de trabalho interdisciplinar voltado para a saúde mental de imigrantes em Florianópolis pode ser evidenciado no trabalho de Machado, Barros e Borges, (2019)⁴². O trabalho apresenta reflexões sobre a construção de um serviço de psicologia intercultural dentro de um Centro de Referência de Atendimento a Imigrantes, esse serviço é realizado em parceria com a Universidade Federal de Santa Catarina e também presta atendimento junto ao Hospital Universitário. A equipe de psicólogos discute-se com os profissionais locais questões interculturais que podem estar influenciando no cuidado de forma positiva ou negativa na saúde do imigrante⁴².

Por fim ressalta-se a necessidade de uma clínica ampliada⁴³ também para imigrantes, na qual se possa expandir o entendimento sobre as enfermidades para além de patologias diagnosticadas pela biomedicina, possibilitando acordos com relação a escolha terapêutica considerando as condições sociais, culturais, valores e preferências dos imigrantes.

Referências

François F, Elysee G, Shah S, Gany F. Colon cancer knowledge and attitudes in an immigrant Haitian community. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 2009;11(4):319-325.

1- Wickramage, K; Annunziata, G. Advancing health in migration governance, and migration in health governance. *The Lancet*, 2018; 392(10164):2528-2530.

2- Wafula EG, Snipes SA. Barriers to health care access faced by black immigrants in the US: theoretical considerations and recommendations. *J Immigr Minor Health*. 2014;16(4):689-98.

3- Leduc N, Proulx M. Patterns of health services utilization by recent immigrants. *Journal of Immigrant Health*, 2004;6:15–27.

4- Priebe, S et al. Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. *BMC public health*, 2011;11:187.

5- Kang, S., Razzouk, D., Mari, J. J. D., & Shirakawa, I. The mental health of Korean immigrants in São Paulo, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 2009;25:819-826.

6- Madi, M. C. C., Cassanti, A. C., & Silveira, C. (2009). Study on social representations of pregnancy in Bolivian women in the context of primary health care in the central area of the city of São Paulo. *Saúde e Sociedade*, 2009;18:67-71.

7- Waldman, T. C. Movimentos migratórios sob a perspectiva do direito à saúde: imigrantes bolivianas em São Paulo. *Revista de Direito Sanitário*, 2011;12(1)90-114.

8- Silveira, C., Carneiro Junior, N., Ribeiro, M. C. S. D. A., & Barata, R. D. C. B. Living conditions and access to health services by Bolivian immigrants in the city of São Paulo, Brazil. *Cadernos de saude publica*, 2013; 29,2017-2027.

- 9- MARTES, Ana Cristina Braga; FALEIROS, Sarah Martins. Acesso dos imigrantes bolivianos aos serviços públicos de saúde na cidade de São Paulo. *Saúde e Sociedade*, 2013; 22, 351-364. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0104-12902013000200008&script=sci_arttext&tlng=en
- 10- Santos, J., Drezett, J., & de Loiola Alves, A. Características sociodemográficas de migrantes bolivianas com gestação decorrente de violência sexual atendidas em serviço público de referência para abortamento legal, São Paulo, Brasil, 2002-2014. *Reprodução & Climatério*, 2015; 30(1), 25-32.
- 11- SANTOS, FV dos. A inclusão dos migrantes internacionais nas políticas do sistema de saúde brasileiro: o caso dos haitianos no Amazonas. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 2016; 23, 2, 477-494. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702016000200477&lng=en&nrm=iso&tlng=pt&ORIGINALLANG=pt
- 12- Leão, Luís Henrique da Costa et al. Migração internacional, saúde e trabalho: uma análise sobre os haitianos em Mato Grosso, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 2017; 33p. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2017.v33n7/e00181816/>
- 13- Yasuda, M. A. S., Sátolo, C. G., Carvalho, N. B., Atala, M. M., Ferruffino, R. Q., Leite, R. M., ... & de Oliveira, C. M. R. Interdisciplinary approach at the primary healthcare level for Bolivian immigrants with Chagas disease in the city of São Paulo. *PLoS neglected tropical diseases*, 2017; 11(3), 54-66.
- 14- Junior, S., Lacerda, M. V. G. D., Fontes, G., Mourão, M. P. G., & Martins, M. *Wuchereria bancrofti* infection in Haitian immigrants and the risk of re-emergence of lymphatic filariasis in the Brazilian Amazon. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 2017; 50(2), 256-259.
- 15- Risson, Ana Paula; Matsue, Regina Yoshie; Lima, Ana Cristina Costa. Atenção em Saúde aos Imigrantes Haitianos em Chapecó e suas Dimensões Étnico-Raciais 1. 2018; (4) 111-130 Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Ana_Risson3/publication/332566745_Atencao_em_Saude_aos_Imigrantes_Haitianos_em_Chapeco_e_suas_Dimensoes_Etnico-Raciais/links/5cbdf9f992851c8d22fe95a3/Atencao-em-Saude-aos-Imigrantes-Haitianos-em-Chapeco-e-suas-Dimensoes-Etnico-Raciais.pdf
- 16- Borges, F. T., Muraro, A. P., da Costa Leão, L. H., de Andrade Carvalho, L., & Siqueira, C. E. G. (2018). Socioeconomic and health profile of Haitian Immigrants in a Brazilian Amazon State. *Journal of immigrant and minority health*, 1-7.
- 17- Batista, D. R. R., Gugelmin, S. A., & Muraro, A. P. (2018). Prenatal follow-up of Haitian and Brazilian women in Mato Grosso. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 18(2), 317-326
- 18- Brunnet, A. E., Bolaséll, L. T., Weber, J. L., & Kristensen, C. H. (2018). Prevalence and factors associated with PTSD, anxiety and depression symptoms in Haitian migrants in southern Brazil. *International Journal of Social Psychiatry*, 64(1), 17-25.

- 19- Alves, JFS, Martins, MAC, Borges, F.T., Silveira C, Muraro, A.P.. Utilização de serviços de saúde por imigrantes haitianos na grande Cuiabá, Mato Grosso.. Cien Saude Colet [periódico na internet] (2018/Mai). [Citado em 25/06/2019]
- 20-Martin, D., Goldberg, A., & Silveira, C. (2018). Imigração, refúgio e saúde: perspectivas de análise sociocultural. *Saúde e Sociedade*, 27, 26-36. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sausoc/2018.v27n1/26-36/pt/>
- 21- Granada, D., Carreno, I., Ramos, N., & Ramos, M. D. C. P. (2017). Discutir saúde e imigração no contexto atual de intensa mobilidade humana. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 21, 285-296. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1414-32832017000200285&script=sci_arttext&tlng=pt
- 22- Whittemore, R.; Knafl, K. The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, Oxford, v. 52, n. 5, p. 546-553, Dec. 2005.
- 23- Carneiro JRN; Silveira, C. Organização das práticas de atenção primária em saúde no contexto dos processos de exclusão/inclusão social. *Cadernos de Saúde Pública*, 2003; 9, 1827-1835. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2003000600026&script=sci_arttext&tlng=pt
- 24- Junior, NC., Oliveira, LSD., Jesus, CHD., & Luppi, CG. Migração, exclusão social e serviços de saúde: o caso da população boliviana no centro da cidade de São Paulo. *BIS. Boletim do Instituto de Saúde (Impresso)*, 2011;13(2)177-181. Disponível em: http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122011000200012&lng=pt&nrm=iso.
- 25- Calixto, FM et al. Pró-Saúde: uma resposta para a necessidade de informações de mães imigrantes na região central da cidade de São Paulo. *Rev Bras Educ Méd*, 2012;36,223-227. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Oziris_Simoies/publication/262465981_Pro-saude_an_answer_to_the_lack_of_information_of_immigrants_mothers_at_the_central_area_of_Sao_Paulo_City/links/55dfbcc908aecb1a7cc1a595.pdf
- 26- Assis, NM. etl al. Acolhimento de imigrantes haitianos via integração ensino-serviço-pesquisa na atenção primária à saúde: relato de experiência. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. Rio de Janeiro, 2017;12(39):1-91. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1210/851>
- 27- Barreto, Mayckel da Silva et al. Discurso de enfermeiros e médicos sobre a utilização do serviço de emergência por imigrantes. *Escola Anna Nery*, v. 23, n. 3, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452019000300220&script=sci_arttext&tlng=pt
- 28- Carneiro Junior, Nivaldo et al. Migração boliviana e doença de Chagas: limites na atuação do Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS). *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 22, n. 64, p. 87-96, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v22n64/1807-5762-icse-1807-576220160338.pdf>.
- 29- Guerra, K; Ventura, M. Bioética, imigração e assistência à saúde: tensões e convergências sobre o direito humano à saúde no Brasil na integração regional dos países. *Cadernos Saúde*

- Coletiva, v. 25, n. 1, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/2017nahead/1414-462X-cadsc-1414-462X201700010185.pdf>
- 30- Aguiar, ME de; Mota, A. O Programa Saúde da Família no bairro do Bom Retiro, SP, Brasil: a comunicação entre bolivianos e trabalhadores de saúde. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 18, p. 493-506, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2014.v18n50/493-506/>
- 31- Roldán-Chicano, MT et al. Síndromes vinculadas à cultura nos processos migratórios: o caso dos imigrantes bolivianos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 25, p. 1-9, 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/2814/281449566074.pdf>
- 32- Chubaci RYS, Merighi MAB. A comunicação no processo da hospitalização do imigrante japonês. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2002;10(6):805-12. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000600009&lang=pt
- 33- De Freitas, Marta Helena. Relações entre religiosidade e saúde mental em imigrantes: implicações para a prática psi. *Psico-USF*, v. 18, n. 3, p. 437-444, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712013000300010&lang=pt
- 34- Eberhardt, LD; Miranda, AC de. Saúde, trabalho e imigração: revisão da literatura científica latino-americana. *Saúde em Debate*, v. 41, p. 299-312, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2017.v41nspe2/299-312/>
- 35- Losco, LN; Gemma, SFB. Sujeitos da saúde, agentes do território: o agente comunitário de saúde na Atenção Básica ao imigrante. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 23, p. e180589, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2019.v23/e180589/pt/>
- 36- Prado, ML do et al. Arco de Charles Maguerez: refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, p. 172-177, 2012.
- 37- Silva, RGM da et al. Estratégias de comunicação do enfermeiro com paciente estrangeiro: relato de experiência. *Arquivos de ciencias da saude da UNIPAR*, v. 20, n. 2, p. 145-148, 2016. Disponível em: <https://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/5219/3307>
- 38- Steffens, I; Martins, J. “Falta um Jorge”: a saúde na política municipal para migrantes de são paulo (sp). *Lua Nova*, n. 98, p. 275-301, 2016. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/673/67347761011.pdf>
- 39- São Paulo. Lei nº 16.478, de 08 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. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/direitos_humanos/LEI%2016478.pdf
- 40- 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.

Disponível em:

https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/direitos_humanos/participacao_social/ATAS/Decreto%2057533-2016%20-%20Regulamentacao%20PMPI.pdf

41- Santos, MC; Tesser, CD. Um método para a implantação e promoção de acesso às Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v 17; 3011-3024, 2012.

42- Machado, G,de S; Barros, AFO; Borges, LM. A escuta psicológica como ferramenta de integração: práticas clínicas e sociais em um Centro de Referência de Atendimento a Imigrantes em Santa Catarina. *REMHU-Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana*, 27,(55),79-96, 2019.

43- Cunha, GT. *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. São Paulo: Hucitec, 2005.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pesquisar trajetórias de cuidado à saúde adotando referenciais que reconheçam com igual importância os diversos setores de cuidado à saúde tendo como foco o próprio indivíduo e a sua capacidade de autoatenção é uma grande tarefa e se torna um desafio ainda mais complexo, quando se trata de imigrantes, visto que os sujeitos se deparam com uma realidade cultural que muitas vezes é distinta do país de origem. Este estudo teve como objetivo compreender as trajetórias de cuidado à saúde de imigrantes haitianos estudantes da UFSC.

Apesar das dificuldades para acessar os participantes e de fato construir um diálogo livre de grandes expectativas por parte deles, as entrevistas fluíram com naturalidade e espontaneidade. Os participantes sempre contextualizavam suas histórias de chegada ao Brasil e aos poucos falavam sobre fatores que interferiam nas escolhas terapêuticas no Haiti e no Brasil, relataram percursos de tratamento nos dois países, abordaram diversas formas e setores de cuidado que possibilitaram a compreensão de como se estruturaram as trajetórias de cuidado à saúde de imigrantes haitianos estudantes da UFSC, atendendo aos objetivos desta tese. Agradeço profundamente toda abertura, desprendimento e disponibilidade de todos os participantes deste estudo.

Para compreender como se estruturaram as trajetórias de cuidado à saúde foi importante realizar previamente uma revisão de literatura como objetivo de sintetizar evidências qualitativas de estudos empíricos que abordaram saúde de imigrantes haitianos. Posteriormente realizou-se o estudo de campo que buscou atender os objetivos desta tese, os resultados foram descritos no artigo 1. A partir da pesquisa empírica percebeu-se a necessidade de apontar caminhos para qualificar a assistência à saúde dos imigrantes, no setor profissional, os resultados deste estudo de revisão foram apresentados no artigo 2.

Sendo assim as principais conclusões e contribuições desta pesquisa são descritas a seguir, organizadas em tópicos: a) contribuições no campo da saúde de imigrantes haitianos a partir de revisão de literatura internacional; b) contribuições sobre a construção das trajetórias de cuidado à saúde de imigrantes haitianos no Brasil; c) contribuições sobre ampliação do acesso e qualificação da assistência à saúde de imigrantes no Brasil.

a) Contribuições no campo da saúde de imigrantes haitianos a partir de revisão de literatura internacional

A revisão de literatura sobre saúde de imigrantes haitianos demonstrou que a maior parte dos estudos são norte americanos, resultando na inserção dessa população em um sistema de saúde prioritariamente privado, e com baixa valorização da autonomia dos sujeitos frente ao

processo de adoecimento. Isso se revelou nas recomendações de ações educativas sobre saúde que deveriam ser realizadas pelos serviços de saúde com os imigrantes haitianos, para que eles adquirissem o conhecimento sobre a importância de ações preventivas e adesão ao tratamento. O que representa a lógica de pensamento do sistema de saúde naquela realidade. A necessidade de educação em saúde também foi observada na revisão de estudos nacionais, no entanto enfatizamos a necessidade de capacitação dos profissionais da saúde do SUS para melhor entender as necessidades em saúde dos imigrantes.

A influência de crenças religiosas e culturais sobre o entendimento dos imigrantes haitianos a respeito da etiologia das doenças e seu reflexo na conduta terapêutica foi demonstrado em estudos internacionais, o que repercutiu por vezes em baixa utilização do setor profissional ou não adesão ao tratamento. Em nosso estudo empírico apesar de identificarmos que existem doenças com etiologia mística percebemos que houve ampla utilização do SUS; a extensa utilização do SUS por haitianos também foi demonstrada em outros estudos nacionais, o que nos faz concluir que as crenças culturais e hábitos de tratamento não são fatores que limitaram a utilização dos serviços de saúde no Brasil.

A realização da revisão de literatura internacional sobre saúde de imigrantes haitianos contribuiu para repensarmos o rumo dos estudos nacionais que investigam essa temática. Ressaltamos a necessidade de estudos que investiguem as percepções sobre concepções de saúde e doença, relação entre qualidade de vida e trabalho no país de destino, contribuições sobre como lidar com percepções culturais que possam interferir no tratamento de algumas enfermidades e construção de política de saúde para imigrantes.

b) Contribuições sobre a construção das trajetórias de cuidado à saúde de imigrantes haitianos no Brasil

As trajetórias de cuidado à saúde realizadas por imigrantes haitianos estudantes da UFSC demonstram que apesar de haver ampla utilização do SUS as trajetórias realizadas no Haiti diferem das percorridas no Brasil. Essa diferença ocorre principalmente no que diz respeito a utilização de práticas de prevenção e tratamento no setor informal. Os haitianos entrevistados nesta pesquisa relataram baixa rede de apoio no Brasil, além de não terem acesso a chás e tratamentos realizados a nível familiar no Haiti. Uma parte da realização dos tratamentos em qualquer sociedade é realizada inicialmente em âmbito informal, no entanto como esse setor (que não depende de estrutura física, mas de pessoas que compõem uma rede de cuidados do sujeito) inevitavelmente será rompido com a imigração. Constatamos dessa maneira que até que essa rede que compõem o setor familiar seja reconstruída as demandas de tratamento que na comunidade haitiana eram tratadas a nível doméstico ganharão espaço de

atenção no setor profissional com a chegada ao Brasil. Isso de certa forma é ruim, já que no setor profissional podem ser realizadas intervenções médicas desnecessárias com potencial iatrogênico. Além disso o setor informal naturalmente filtra a demanda pelo setor profissional e estando esse filtro rompido haverá conseqüentemente sobrecarga no setor profissional, mais especificamente na APS.

Tal constatação demonstra a necessidade de realização de ações entre os profissionais das equipes da APS e os imigrantes para que haja fortalecimento dos vínculos de confiança, resgate e valorização por parte dos profissionais de saúde de práticas de tratamento realizadas a nível informal no Haiti, que possam conectá-los a sua cultura de origem. Essas ações irão repercutir em ampliação da longitudinalidade, além de reduzir uma demanda desnecessária de atendimento na APS.

c) contribuições sobre ampliação do acesso e qualificação da assistência à saúde de imigrantes no Brasil

Constatou-se que para que haja efetivamente acesso facilitado e melhorias na qualidade da assistência à saúde de imigrantes no Brasil é necessário que: Seja estabelecida uma Política Nacional de Saúde de Imigrantes, que esteja atenta a alguns fatores que dificultam a qualidade e equanimidade de ações, como questões discriminatórias e de gênero. Capacitação profissional, em nível de graduação, pós graduação e educação permanente em saúde. Ações interdisciplinares entre os setores de atenção ao imigrante (assistência social, atendimento psicológico e serviço de saúde).

Ademais relata-se que participação no Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior (PDSE) da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), na Universidade Nova de Lisboa, Portugal, foi imprescindível a nível pessoal para que a pesquisadora adquirisse maior empatia sobre o processo de imigração e vulnerabilidade social. A trajetória de cuidado à saúde percorrida pela pesquisadora que na época era gestante e passou por uma longa internação hospitalar ampliou sua percepção sobre o processo migratório e a colocou de frente com diversas dificuldades relatadas pelos respondentes desta pesquisa. Além disso a experiência de ter acessado o serviço de saúde público de Lisboa foi extremamente enriquecedora e demonstrou caminhos possíveis para qualificar a assistência aos imigrantes no SUS.

A conjuntura política brasileira atual infelizmente tem ameaçado a efetivação de um SUS que seja efetivamente universal e equânime, sendo assim marca-se a importância da universalidade do acesso como uma conquista social que merece ser mantida e fortalecida. A partir dos resultados dessa tese espero ter contribuído com ferramentas alicerces para a

construção de uma política de saúde para imigrantes que respalde o direito a saúde, respeito a diversidade e o entendimento das particularidades socio culturais que interferem no processo saúde/enfermidade/atenção de imigrantes haitianos.

REFERÊNCIAS

- ALLEN, J. D. *et al.* Health beliefs, attitudes and service utilization among Haitians. **Journal of Health Care for the Poor and Underserved**, v. 24, n. 1, p. 106–19, fev. 2013.
- BRASIL. **Decreto nº 8.757, de 10 de maio de 2016**. Altera o Decreto nº 86.715, de 10 de dezembro de 1981, para dispor sobre a situação jurídica do estrangeiro na República Federativa do Brasil. Brasília, 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2015-2018/2016/Decreto/D8757.htm. Acesso em: 15 jun. 2016.
- BURILLE, A.; GERHARDT, T. E. Doenças crônicas, problemas crônicos: encontros e desencontros com os serviços de saúde em itinerários terapêuticos de homens rurais. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 2, p. 664–676, jun. 2014.
- BRASIL. (1965). **Decreto Nº 55.613, de 20 de Janeiro de 1965**. Torna obrigatório o registro de estudantes estrangeiros beneficiários de Convênios Culturais (estudantes-convênios) e dá outras providências. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1960-1969/decreto-55613-20-janeiro-1965-395751-norma-pe.html>. Acesso em: 04 nov. 2019.
- BRASIL. (1981). Ministério da Educação-MEC. Programas de Estudante-Convênio. **Programa de Estudantes-Convênio de Pós-Graduação (PEC-PG)**. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/component/content/article?id=62841>. Acesso em: 04 nov. 2019.
- BRASIL. (2013a). **Decreto Nº 7.948, de 12 de março de 2013**. Dispõe sobre o Programa de Estudantes-Convênio de Graduação – PEC-G. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/decreto/d7948.htm. Acesso em: 04 nov. 2019.
- CABRAL, A. L. L. V. *et al.* Therapeutic itineraries: state of the art of scientific production in Brazil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, p. 4433-4442, 2011.
- CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. (2010). **Portaria nº 092, de 28 de abril de 2010**. Institui o Programa Emergencial PRÓ-HAITI em Educação Superior e dispõe sobre os procedimentos para operacionalização das atividades do programa. Disponível em: https://www.capes.gov.br/images/stories/download/legislacao/Portaria092-28abr2010_ProHAITI_AlterPort-171-2012.pdf. Acesso em: 17 nov. 2019.
- CERCI, J. J. *et al.* Itinerário de investigação do paciente coronariano do SUS em Curitiba, São Paulo e Incor – Estudo IMPACT. **Arq. Bras. Cardiol.**, p. 192-200, 2014.
- DIAS, S.; GONÇALVES, A. Migração e saúde. **Migrações**, v. 1, n. 1, p. 15–26, 2007.
- FERREIRA, D. C.; SILVA, G. A. DA. Caminhos do cuidado: itinerários de pessoas que convivem com HIV. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 3087-3098, nov. 2012.
- FERREIRA, J.; ESPÍRITO SANTO, W. Os percursos da cura: abordagem antropológica sobre os itinerários terapêuticos dos moradores do complexo de favelas de Manguinhos, Rio de Janeiro. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, p. 179-198, 2012.

GANY, F. M. *et al.* Attitudes, knowledge, and health-seeking behaviors of five immigrant minority communities in the prevention and screening of cancer: a focus group approach. **Ethnicity & Health**, v. 11, n. 1, p. 19–39, fev. 2006.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: [s.n.].1978

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2449-2463, 2006.
<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n11/19.pdf>

GIRARDI, J. F. (2015). Impactos psicológicos da imigração voluntária: a experiência de universitários imigrantes. **Dissertação de Mestrado**, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil. Recuperado de <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/169465>.

IOM – International Organization for Migration. World Migration Report 2015. **Migrants and cities: new partnerships to manage mobility**. Switzerland: International Organization for Migration, 2015.

KLEINMAN, Arthur. **Patients and healers in the context of culture**. Berkeley, University of California Press, 1980.

LANGDON, E. J. Cultura e processos de saúde e doença. *In*: SEMINÁRIO SOBRE CULTURA, SAÚDE E DOENÇA. **Anais [...]**. Londrina (PR): Fiocruz, 2003.

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**, v. 18, n. 3, p. 173-181, 2010.

MENÉNDEZ, E. L. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 1, p. 185-207, 2003.

MILLER, N. L. Haitian ethnomedical systems and biomedical practitioners: directions for clinicians. **Journal of Transcultural Nursing: Official Journal of the Transcultural Nursing Society** /Transcultural Nursing Society, v. 11, n. 3, p. 204–11, 2000. 13

MOTTA, B.F.B; PERUCCHI, J.; FILGUEIRAS, M.S.T. O acolhimento em Saúde no Brasil: uma revisão sistemática de literatura sobre o tema. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 121-139, jun. 2014. Disponível em:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582014000100008&lng=pt&nrm=iso. Acessos em: 08 fev. 2020.

NICOLAS, G. *et al.* Using a multicultural lens to understand illnesses among Haitians living in America. **Professional Psychology: Research and Practice**, v. 37, n. 6, p. 702, 2006.

OIM – Organização Internacional para as Migrações. (2009). **Glossário sobre Migração**. Direito Internacional da Migração (22).

OLIVEIRA DC. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 16, n. 4, p. 569-576, 2008.

- PATARRA, N. L.; FERNANDES, D. (2011). Brasil: país de imigração? **Revista Internacional em Língua Portuguesa**, III Série (24), 65-89.
- PIERRE, A. *et al.* Culture et santé mentale en Haïti: une revue de littérature. **Santé Mentale au Québec**, v. 35, n. May, p. 13, 2010.
- SANON, M.-A.; MOHAMMED, S. A.; MCCULLAGH, M. C. Definition and management of hypertension among Haitian immigrants: a qualitative study. **Journal of Health Care for the Poor and Underserved**, v. 25, n. 3, p. 1067-78, ago. 2014.
- SCHANTZ, S.; CHARRON, S. A.; FOLDEN, S. L. Health seeking behaviors of Haitian families for their school aged children. **Journal of Cultural Diversity**, v. 10, n. 2, p. 62-8, jan. 2003.
- SOUZA, M. H. T. de; PEREIRA, P. P. G. Health care: the transvestites of Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brazil. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 24, n. 1, p. 146-153, mar. 2015.
- SPERBER, A. Health for migrants and Dominicans of Haitian descent **The Lancet**, v. 391, n.10135, p. 2093-2094, 2018.
- UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina. **Resolução Normativa n.º 05/CUN de 27 de abril de 2010**. Dispõe sobre a pós-graduação *stricto sensu* na Universidade Federal de Santa Catarina. 2010. Disponível em: http://ppgsc.ufsc.br/files/2012/05/05_CUN-2010_resolucao-normativa21.pdf. Acesso em: 16 jun. 2016
10. Santos FV dos. A inclusão dos migrantes internacionais nas políticas do sistema de saúde brasileiro: o caso dos haitianos no Amazonas. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. 2016;23(2).
12. Leão LHC, Muraro AP, Palos CC, Martins MAC, Borges FT. International migration, health, and work: An analysis of Haitians in Mato Grosso State, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 2017;33(7).
13. Brunnet AE, Bolasell LT, Weber JLA, Kristensen CH. Prevalence and factors associated with PTSD, anxiety and depression symptoms in Haitian migrants in southern Brazil. *International Journal of Social Psychiatry*. 2018;64(1):17-25.
19. Silva EF da, Lacerda MVG de, Fontes G, Mourao MPG, Martins M. Wuchereria bancrofti infection in Haitian immigrants and the risk of re-emergence of lymphatic filariasis in the Brazilian Amazon. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 2017;50(2):256-9.
20. Borges FT, Muraro AP, Leão LHC, Andrade Carvalho L de, Siqueira CEG. Socioeconomic and health profile of Haitian immigrants in a Brazilian Amazon State. *J Immigr Minor Health*, 2018:1-7.
21. Alves JFS, Martins MAC, Borges FT, Silveira C, Muraro AP. Utilização de serviços de saúde por imigrantes haitianos na grande Cuiabá, Mato Grosso. *Ciê. Saúde Colet.* [periódico na internet] (2018/Mai) [acesso em 21 jun 2019]. Disponível em:

www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/utilizacao-de-servicos-de-saude-por-imigrantes-haitianos-na-grande-cuiaba-mato-grosso/16786?id=16786&id=16786

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro de entrevista semiestruturada sobre Trajetórias de cuidado à saúde de haitianos estudantes da UFSC

- 1- Em caso de doença, sua ou de algum familiar, amigo, que tipo de tratamento pode ser realizado no Haiti? Por exemplo, para uma febre, uma gripe ou para um câncer... Como pode ser realizado o tratamento?
- 2- Como funciona a medicina tradicional do Haiti?
- 3- Qual a diferença entre os serviços de saúde no Brasil e no Haiti?
- 4- Desde que você veio para o Brasil, teve algum problema de saúde? Em caso positivo você procurou tratamento?
- 5- O que é importante ao buscar um serviço de saúde? (preço, aquele que atende mais rápido, mais próximo de casa, ou aquele onde você já conhece o profissional).
- 6- Como é a sua comunicação com os profissionais da saúde, eles entendem a sua fala?
- 7- Que tipo de serviço de saúde você costuma utilizar? Centro de saúde, hospital?
- 8- Você sente falta de algum medicamento, chá, cosmético, ou algo para cuidar da sua saúde que não encontra no Brasil?
- 9- A sua vinda ao Brasil modificou a sua saúde?
- 10- O que você considera como uma criança, um adulto e um idoso saudável?

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS E DA SAÚDE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Caro participante, Eu, Amanda Faqueti, aluna do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), convido-o (a) a participar do processo de coleta de dados de minha Tese de Doutorado, sob orientação da Profa. Dra. Marcia Grisotti, cujo título é Trajetórias de Cuidado à Saúde de imigrantes Haitianos em Santa Catarina. E tem por objetivo compreender as trajetórias de cuidado à saúde de imigrantes haitianos em Santa Catarina. O seu papel enquanto participante consiste em responder um questionário on-line através do sistema Google Drive, estruturado e anônimo sobre o seu acesso a serviços de saúde em Santa Catarina (centros de saúde e hospitais). O(a) senhor(a) ao aceitar participar da pesquisa deverá: 1. Eletronicamente aceitar participar da pesquisa, o que corresponderá à assinatura do TCLE, o qual poderá ser impresso se assim o desejar. 2. Responder ao questionário. O questionário será on-line e, portanto, respondido no momento e local de sua preferência. Não é obrigatório responder a todas as perguntas se assim você o desejar. O(a) Senhor(a) não terá despesas e nem será remunerado(a) pela participação na pesquisa. Em caso de dano, em decorrência do estudo, será garantida a sua indenização. O risco da pesquisa é mínimo por envolver apenas a resposta ao questionário online, o qual foi elaborado com o intuito de que o tempo gasto para seu preenchimento seja em torno de 2 (dois) a 5 (cinco) minutos. Para garantir a confidencialidade e a privacidade dos indivíduos, a caracterização dos mesmos será feita por codificação de sua identidade. De acordo com os preceitos éticos asseguramos que a sua participação será absolutamente sigilosa, não constando nome ou qualquer outro dado que possa identificá-lo (a), caso ocorra a quebra de sigilo mesmo que não intencional os pesquisadores se comprometem a manter o sigilo de sua identidade. Você não terá nenhuma despesa advinda da sua participação na pesquisa. Informamos, também, que a qualquer momento você poderá desistir da participação na pesquisa, bem como solicitar a exclusão de seus dados, retirando seu consentimento sem qualquer penalização ou prejuízo.

Todos os dados obtidos na pesquisa serão utilizados exclusivamente com finalidades científicas conforme previsto no consentimento do participante. Os resultados da pesquisa não serão divulgados a terceiros. Não existe benefício ou vantagem direta em participar deste estudo. Os benefícios e vantagens em participar são indiretos, proporcionando retorno social através de melhorias no acesso a saúde de imigrantes e da publicação dos resultados da pesquisa em periódicos científicos. Ao responder o questionário você estará automaticamente aceitando participar da pesquisa e pressupõe-se sua compreensão com relação aos objetivos e procedimentos do estudo. Qualquer informação a mais, me coloco a sua disposição no seguinte telefone: (47) 984414717, e-mail: amandafaqueti@gmail.com, endereço residencial: Rodovia Admar Gonzaga n.1623, bloco 1, ap.302, Florianópolis, SC. A pesquisadora responsável, professora e Dra. Marcia Grisotti também estará a sua disposição no telefone (48) 999117709, e-mail: marcia.grisotti@ufsc.br, endereço profissional: Endereço UFSC: Departamento de Sociologia Política, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, terceiro andar, sala do Núcleo de Pesquisa ECOS, Universidade Federal de Santa Catarina Campus Universitário – Trindade CEP 88.040-970 – Florianópolis, Santa Catarina – Brasil. Além disso, a pesquisadora responsável que também assina esse documento compromete-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 466/12 que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes. A presente pesquisa possui aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da UFSC. Você também poderá entrar em contato o referido CEPSH pelo telefone: (48) 3721-6094, email:cep.propesq@contato.ufsc.br, ou pessoalmente na Rua: Des. Vitor Lima 222, sala 401. Prédio Reitoria II. Eu _____, declaro através deste documento o meu consentimento em participar da pesquisa intitulada Trajetórias de Cuidado à Saúde de imigrantes Haitianos em Santa Catarina. Declaro ainda, que estou informado (a) dos objetivos da pesquisa, do método, de meus direitos de desistir participar a qualquer momento e também do meu anonimato. _____ Assinatura do participante da pesquisa Local _____, Data ____.

ANEXOS

ANEXO A – Parecer do CEP/UFSC

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: TRAJETÓRIAS DE CUIDADO À SAÚDE DE ESTUDANTES HAITIANOS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Pesquisador: Márcia Grisotti

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 60523716.5.0000.0121

Instituição Proponente: Programa de Pós-graduação em Sociologia Política

Patrocinador Principal: FUND COORD DE APERFEICOAMENTO DE PESSOAL DE NIVEL SUP

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.390.933

Apresentação do Projeto:

Trata-se do projeto de doutorado de Amanda Faqueti, orientado pela professora Márcia Gisotti.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender as trajetórias de cuidado à saúde de imigrantes haitianos estudantes da Universidade Federal de Santa Catarina.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Adequados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pode contribuir para o conhecimento generalizável sobre o tema.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Corrigidos e adequados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 2.390.933

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_788877.pdf	30/10/2017 10:24:24		Aceito
Outros	Respostas_pendencias4.pdf	30/10/2017 10:06:55	Amanda Faqueti	Aceito
Brochura Pesquisa	roteiro_de_entrevista.pdf	20/10/2017 14:42:22	Amanda Faqueti	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_3.pdf	20/10/2017 10:26:48	Amanda Faqueti	Aceito
Declaração de Pesquisadores	carta_coleta_de_dados.pdf	20/10/2017 10:26:26	Amanda Faqueti	Aceito
Cronograma	cronograma_tese_atualizado.jpg	20/10/2017 10:25:49	Amanda Faqueti	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracaosinter.pdf	08/11/2016 14:39:24	Amanda Faqueti	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_tese.pdf	29/09/2016 15:37:10	Amanda Faqueti	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	29/09/2016 15:26:56	Amanda Faqueti	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 21 de Novembro de 2017

Assinado por:
Yimar Correa Neto
(Coordenador)

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br