



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Daniela Priscila Oliveira do Vale Tafner

Quotidiano das famílias afrodescendentes haitianas migrantes refugiadas: o imaginário contribuindo para um cuidado promotor da saúde

Florianópolis (SC)

2022

Daniela Priscila Oliveira do Vale Tafner

Quotidiano das famílias afrodescendentes haitianas migrantes refugiadas: o imaginário contribuindo para um cuidado promotor da saúde

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.
Orientadora: Dra. Rosane Goncalves Nitschke.

Florianópolis (SC)

2022

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

Tafner, Daniela Priscila Oliveira do Vale
Quotidiano das famílias afrodescendentes haitianas
migrantes refugiadas : o imaginário contribuindo para um
cuidado promotor da saúde / Daniela Priscila Oliveira do
Vale Tafner ; orientador, Dra. Rosane Goncalves
Nitschke, 2022.
181 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, , Programa de Pós-Graduação em Enfermagem,
Florianópolis, 2022.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Família. 3. Migrantes. 4. Refugiados.
5. Direitos Humanos. I. Nitschke, Dra. Rosane Goncalves.
II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós
Graduação em Enfermagem. III. Título.

Daniela Priscila Oliveira do Vale Tafner

Quotidiano das famílias afrodescendentes haitianas migrantes refugiadas: o imaginário contribuindo para um cuidado promotor da saúde

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

Profa. Dra. Rosane Gonçalves Nitschke,
Instituição: Universidade Federal de Santa Catarina

Profa. Dra. Ivonete Teresinha Schuler Buss Heidemann
Instituição: Universidade Federal de Santa Catarina

Profa. Dra. Sonia Silva Marcon
Instituição: Universidade Estadual de Maringá

Profa. Dra. Selma Maria da Fonseca Viegas
Instituição: Universidade Federal de São João Del Rei

Profa. Dra. Maria Lígia dos Reis Bellaguarda,
Instituição Universidade Federal de Santa Catarina

Profa. Dra. Jeane Barros de Souza Lima
Instituição: Universidade Federal da Fronteira Sul

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

Profª. Dra. Mara Ambrosina de Oliveira Vargas
Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Profª. Dra. Rosane Gonçalves Nitschke
Orientadora

Florianópolis (SC), 2022.

*Dedico esta tese a todos que, em diferentes momentos da vida, me proporcionaram enxergar
o mundo além dos muros, me proporcionaram o despertar para o mundo das
vulnerabilidades, dificuldades e superações.*

*Dedico, a cada pessoa, família que me acolheu e me ensinou mesmo quando não havia
palavras.*

Gratidão!

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, a Deus, pois sei que, mesmo sendo uma criatura que nem sempre anda em Seus caminhos, Ele me guia, me protege e me proporcionou esta linda e privilegiada caminhada. OBRIGADA.

Ao Edson Tafner, meu marido, amigo, parceiro, cúmplice, no qual não permito *test drive*, não troco, não vendo. Schatz, não sei como lhe agradecer por sempre estar ao meu lado, seja nos momentos de calma, seja nos momentos de tormentas. Obrigada por sempre estar segurando minha mão e me apoiando. Eu te amo demais. Obrigada. Ah! Não posso deixar de agradecer à Princesa e à Mel, meus anjos de quatro patas: em todo momento, foram presentes e me acalmavam com seus *lambeijos*. Amo minha pequena família.

Aos meus pais e irmãos, pois, cada vez mais, compreendo que somos resultados de nosso meio. Agradeço, pois, na minha infância, adolescência e vida adulta, nunca houve discriminação, preconceito pela pessoa diferente. Nunca a raça, a cor foram fatores para desvalorizar alguém. Obrigada, pois sei que são valores que carrego em minha vida. Obrigada, mãe Clarice, por ter sua melhor amiga de pele negra. Obrigada, pai Jair, por sempre falar que o essencial é o que carregamos em nosso coração.

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) por me possibilitar ingressar nesta seara do saber. Obrigada a todas (os) as (os) professoras (es), que compartilharam seus saberes e instrumentalizaram esta que vos escreve para a realização deste trabalho.

Agradeço à minha orientadora, professora Dra. Rosane Gonçalves Nitschke, por me permitir sonhar, caminhar e hoje idealizar este momento. Obrigada por me acolher em sua vida e, com maestria, me conduzir nos caminhos de incertezas e superações. Sou grata, pois todo este sonho só foi possível junto de sua pessoa. Obrigada.

Agradeço ao Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Enfermagem, Quotidiano, Imaginário, Saúde e Família de Santa Catarina (NUPESQUIS-FAM), que me acolheu e fez morada no meu coração. Não tenho palavras para agradecer a cada membro desta tribo. Sinto as palavras de Maffesoli fazendo real sentido quando penso em nosso laboratório, é o sentimento de fazer parte, “um compartilhamento de paixões e emoções coletivas, que se manifesta em um ambiente específico em que está imersa a tribo à qual se pertence” (MAFFESOLI, 2010, p. 25).

Obrigada a todos que me acolheram desde 2017 e que, a cada quinta-feira, aqueciam meu coração com as boas rodas de conversas e trocas de saberes. Sim, a pandemia veio, mas não conseguiu nos afastar. Agradeço-lhes muito!

Tomo a liberdade de não citar nomes, pois corro o risco de, neste instante, esquecer de colocar aqui alguém, mas saibam que essa caminhada foi linda e todos estão no meu coração. Tenho lembranças lindas que ficaram gravadas em minha mente e coração. Obrigada pelos cafés, pelas conversas, pelos choros, pelas trocas de conhecimentos, pelos abraços e por caminharmos na mesma direção: a do cuidado afetivo e efetivo.

Agradeço à Turma de Doutorado em Enfermagem 2018 pela parceira nesta caminhada. Em especial, à minha amiga, doutoranda Thais Favero, obrigada pelos inúmeros momentos de conversa, suporte e fofocas. Saiba que a caminhada ficou bem mais leve e alegre com a sua presença.

Aos professores da Banca, por aceitarem, de forma tão acolhedora e afetiva, participar deste momento tão significativo para a minha construção como pessoa, como profissional e doutoranda. Minha gratidão. Obrigada, Dra. Selma, Dra. Sonia Marcon, Dra. Ivonete, Dra. Jeane, Dra. Maria Ligia.

*“Silva, Ribeiro, Rodrigues, Navarro, Schneider.....
De onde veio seu sobrenome? Pense em suas origens.
A sociedade como a conhecemos hoje só existe porque os nossos antepassados migraram.”*

(INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION, 2019)

“Somos um povo alegre, mas tem um sofrimento lá dentro; eu tenho dois filhos que não vejo há sete anos, é muita coisa, mas, por ser migrante, estamos sofrendo um pouco. Mas, um dia, vai melhor! Governo, lembrar migrante haitiano.” (FAM. 15)

[...] tem várias pessoas que também passaram por essas dificuldades e, um dia, conseguiram enfrentar a vida, até encontrar a felicidade. Então, a gente vem também de um povo que é muito maltratado e todo esse sofrimento ajuda a gente, a cada dia, ser mais forte na vida atual; viver, para nós, todo dia, é continuar lutando, é continuar acreditando que nós podemos ser. (FAM. 21)

RESUMO

Pesquisa qualitativa, interpretativa, **objetivo geral** compreender o imaginário sobre as potências e os limites no cotidiano das famílias afrodescendentes migrantes refugiadas para um cuidado promotor da saúde em ambiente de privações de direitos humanos. Adotou-se o referencial da Sociologia Compreensiva e do Quotidiano de Michel Maffesoli, seus Pressupostos Teóricos da Sensibilidade. Participaram 22 famílias migrantes refugiadas afrodescendentes haitianas e 27 profissionais da Atenção Primária à Saúde, totalizando 49 participantes, dos municípios de Blumenau, Gaspar, Pomerode e Florianópolis. A coleta de dados ocorreu entre agosto de 2020 a agosto de 2021, entrevistas seguindo roteiro semiestruturado, forma *on-line* com os profissionais da Atenção Primária à Saúde e presencial com as famílias. Registro dos dados, adotaram-se a gravação digital, transcrição e o diário de campo, Notas de Interação, Notas Metodológicas, Notas Teóricas e Notas Reflexivas. Análise de dados seguiu as etapas de pré-análise, exploração, tratamento dos resultados e interpretação. **Resultados** foram apresentados em seis manuscritos. O primeiro, **Quotidiano de violação dos direitos humanos na vida das famílias migrantes refugiadas afrodescendentes haitianas:** Trabalho: ambiente de preconceito e racismo; Dignidade roubada; Dificuldade na documentação; Barreira linguística; Problema de saúde é muito complicado: vai no consultório com doença e sai com a doença. (2) **Potências no cotidiano das famílias migrantes refugiadas afrodescendentes haitianas em privações de direitos humanos:** Sonho de uma vida melhor; Vida cotidiana; Família, minha potência; Família: o que é e quem é. (3) **O imaginário das famílias migrantes refugiadas afrodescendentes haitianas sobre a promoção da saúde:** Saúde é a ausência de doenças; Saúde é ruim; Espera prolongada pelo cuidado; Ser saudável é o básico; Realidade no cotidiano de privações de direitos; Presente divino. (4) **Imaginário dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre as potências e os limites no cotidiano de famílias afrodescendentes haitianas migrantes refugiadas;** **Potências:** educados, Ensino Superior; Laços familiares; Gentileza; **Limites:** Buscam serviços de saúde somente para assistencialismo; Barreira linguística; Vulnerabilidade; Estigma na compreensão dos profissionais. (5) **Potências e limites no cotidiano dos profissionais da Atenção Primária à Saúde para a promoção da saúde das famílias afrodescendentes haitianas migrantes refugiadas:** Políticas e ações para a promoção da saúde; Estratégia Saúde da Família como potência para a promoção da saúde; Limites para a promoção da saúde no cotidiano dos profissionais da saúde. (6) **Contribuições para um cuidado promotor da saúde no cotidiano de famílias afrodescendentes migrantes refugiadas. Considerações finais:** para um cuidado afetivo, portanto, efetivo, em direção aos princípios do Sistema Único de Saúde e à garantia dos direitos humanos, é urgente a viabilização de políticas públicas que respaldem o respeito às diferenças e a eliminação de estigmas. Faz-se necessária a introdução de capacitações e discussões nos espaços educacionais e diferentes cenários do Sistema Único de Saúde sobre a saúde da população afrodescendente migrante refugiada e o combate ao racismo institucionalizado. Sustenta-se que a compreensão do imaginário sobre as potências e os limites do cotidiano das famílias afrodescendentes haitianas migrantes refugiadas, em conjunto com os profissionais, possibilita coconstruir um cuidado promotor da saúde para transfigurar ambientes de privações de direitos humanos.

Palavras-chave: Famílias. Migrantes. Refugiados. Afrodescendentes. Direitos Humanos. Promoção da Saúde. Atenção Primária à Saúde. Atividades Cotidianas. Enfermagem.

ABSTRACT

Qualitative, interpretative research, **overall objective** of understanding the imaginary about the powers and limits in the daily lives of Afro-descendant migrant refugee families for a health-promoting care in an environment of human rights deprivations. We adopted the theoretical framework of Michel Maffesoli's Comprehensive Sociology and the Quotidian, with its Theoretical Assumptions of Sensibility. A total of 22 migrant families of Haitian African descent and 27 Primary Health Care professionals participated, totaling 49 participants, from the cities of Blumenau, Gaspar, Pomerode and Florianópolis. Data collection occurred between August 2020 and August 2021, with interviews, following a semi-structured script, online with Primary Health Care professionals and face-to-face with the families. For data recording, we adopted digital recording, with later transcription, and field diary, integrating Interaction Notes, Methodological Notes, Theoretical Notes, and Reflective Notes. The data analysis followed the steps of pre-analysis, exploration, treatment of the results obtained, and interpretation. The **results** were presented in six manuscripts. The first, **Daily human rights violation in the lives of Haitian afro-descendant migrant refugee families, presented the categories:** Work: environment of prejudice and racism; Dignity stolen; Difficulty in documentation; Language barrier; Health problem is very complicated: you go to the doctor's office with the disease and leave with the disease. (2) **Powers in the daily lives of Haitian Afro-descendant migrant refugee families in human rights deprivation:** Dream of a better life; Everyday life; Family, my power; Family: what it is and who it is. (3) **The imaginary of Haitian Afro-descendant migrant refugee families about health promotion:** Health is the absence of disease; Health is bad; Long wait for care; Being healthy is basic; Reality in everyday life of disenfranchisement; God's gift. (4) **Primary Health Care professionals' imaginary about the powers and limits in the daily life of Haitian Afro-descendant migrant refugee families; Powers:** educated, Higher Education; Family ties; Kindness; **Limits:** They seek health services only for welfares; Language barrier; Vulnerability; Stigma in professionals' understanding. (5) **Powers and limits in the daily life of Primary Health Care professionals for the promotion of health of afro-descendant Haitian migrant refugee families:** Policies and actions for health promotion; Family Health Strategy as a potency for health promotion; Limits to health promotion in the daily life of health professionals. (6) **Contributions to health-promoting care in the daily lives of Afro-descendant migrant refugee families. Final considerations:** for an affective care, therefore, effective, toward the principles of the Unified Health System and the guarantee of human rights, it is urgent to enable public policies that support respect for differences and the elimination of stigmas. It is necessary the introduction of training and discussions in educational spaces and in different scenarios of the Unified Health System on the health of the afro-descendant migrant refugee population and the fight against institutionalized racism. It is argued that the understanding of the imaginary about the powers and limits of the daily lives of Haitian Afro-descendant migrant refugee families, together with professionals, enables the co-construction of a health-promoting care to transfigure environments of deprivation of human rights.

Keywords: Family. Afro-descendant. Haitian. Migrant. Refugee. HumanRights. Health Promoting. Primary Health Care. Nursing.

RESUMEN

Investigación cualitativa, interpretativa, objetivo general comprender el imaginario sobre las potencias y los límites en el cotidiano de familias migrantes afrodescendientes refugiadas para la atención promotora de salud en un ambiente de privación de derechos humanos. Se adoptó el marco teórico de la Sociología Comprensiva y de la Vida Cotidiana de Michel Maffesoli, con sus Supuestos Teóricos de la Sensibilidad. Participaron 22 familias migrantes refugiadas afrodescendientes haitianas y 27 profesionales de la Atención Primaria de Salud, totalizando 49 participantes, de los municipios de Blumenau, Gaspar, Pomerode y Florianópolis. Recolección de datos se llevó a cabo entre agosto de 2020 y agosto de 2021, entrevistas, siguiendo un guion semiestructurado, en línea con profesionales de Atención Primaria de Salud y cara a cara con las familias. Registro de datos se adoptó la grabación digital, con posterior transcripción, y el diario de campo, integrando Notas de Interacción, Notas Metodológicas, Notas Teóricas y Notas Reflexivas. Análisis de los datos siguió las etapas de preanálisis, exploración del material, tratamiento de los resultados obtenidos e interpretación. **Los resultados** se presentaron en seis manuscritos. El primero, **Violación Cotidiana de los Derechos Humanos en la Vida de las Familias Migrantes Haitianas Afrodescendientes Refugiadas**, presentó las categorías: Trabajo: ambiente de prejuicio y racismo; Dignidad robada; Dificultad en la documentación; Barrera lingüística; Un problema de salud es muy complicado: vas a la consulta con una enfermedad y te vas con la enfermedad. (2) **Potencias en la vida cotidiana de familias migrantes refugiadas afrodescendientes haitianas en privación de derechos humanos**: Sueño de una vida mejor; Vida diaria; Familia, mi potencia; Familia: qué es y quién es. (3) **El imaginario de las familias migrantes refugiadas afrodescendientes haitianas sobre la promoción de la salud**: La salud es la ausencia de enfermedad; La salud es mala; Espera prolongada para recibir atención; Estar saludable es lo básico; Realidad en la vida cotidiana de la privación de derechos; Regalo divino. (4) **Imaginario de los profesionales de la Atención Primaria de Salud sobre las fortalezas y límites en el cotidiano de las familias refugiadas migrantes haitianas afrodescendientes; Facultades**: educados, Educación Superior; Los lazos familiares; Amabilidad; Límites: Acuden a los servicios de salud sólo para asistencia; Barrera del idioma; Vulnerabilidad; Estigma en la comprensión de los profesionales. (5) **Atribuciones y límites en el cotidiano de los profesionales de la Atención Primaria de Salud para promover la salud de las familias refugiadas migrantes haitianas afrodescendientes**: Políticas y acciones para la promoción de la salud; Estrategia de Salud de la Familia como potencia para la promoción de la salud; Límites para la promoción de la salud en el cotidiano de los profesionales de la salud. (6) **Aportes a la atención promotora de la salud en la vida cotidiana de las familias afrodescendientes de refugiados migrantes. Consideraciones finales**: para una atención afectiva, por lo tanto, efectiva, hacia los principios del Sistema Único de Salud y la garantía de los derechos humanos, es urgente implementar políticas públicas que apoyen el respeto a las diferencias y la eliminación de estigmas. Es necesario introducir capacitaciones y discusiones en los espacios educativos y en los diferentes escenarios del Sistema Único de Salud sobre la salud de la población refugiada afrodescendiente y la lucha contra el racismo institucionalizado. Se argumenta que comprender el imaginario sobre las potencias y límites del cotidiano de las familias refugiadas migrantes haitianas afrodescendientes, junto a los profesionales, posibilita co-construir atención promotora de salud para transfigurar ambientes de privación de derechos humanos.

Palabras clave: Familias. Migrantes; Refugiados. Afrodescendientes. Derechos Humanos. Promoción de la Salud; Primeros Auxilios. Actividades Diarias. Enfermería.

LISTA DE DIAGRAMAS

Diagrama 1	Quotidiano das famílias migrantes refugiadas afrodescendentes haitianas.....	141
Diagrama 2	Cuidado no momento do acolhimento pelo profissional na APS.....	142
Diagrama 3	Cuidado no momento do cadastramento da família no território pelo agente comunitário de saúde na APS.....	143
Diagrama 4	Coconstruindo um cuidado promotor da saúde.....	146

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CEAQ	<i>Centre d'Étudessur l'Actuel et le Quotidien</i>
COVID-19	<i>Coronavirus Disease 19</i>
CRI-MSH	Centro de Pesquisa sobre o Imaginário
MINUSTAH	Missão das Nações Unidas para o Estabelecimento do Haiti
ONU	Organização das Nações Unidas
PIB	Produto Interno Bruto
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
SARS-CoV-2	Coronavírus 2 da Síndrome Respiratória Aguda Grave
SUS	Sistema Único de Saúde
UNICEF	<i>United Nations International Children's Emergency Fund</i> (Fundo das Nações Unidas para a Infância)

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
2	OBJETIVOS.....	28
2.1	OBJETIVO GERAL.....	28
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	28
3	MARCO CONTEXTUAL.....	29
3.1	AFRODESCENDENTE HAITIANA.....	29
3.2	FAMÍLIA.....	33
3.3	PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	35
4	REFERENCIAL TEÓRICO.....	40
5	METODOLOGIA.....	45
5.1	TIPO DE PESQUISA.....	45
5.2	LOCAL DA PESQUISA.....	45
5.3	PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	46
5.4	COLETA E REGISTRO DE DADOS.....	47
5.5	ANÁLISE DOS DADOS.....	49
5.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	51
6	RESULTADOS DA PESQUISA.....	53
6.1	MANUSCRITO 1.....	55
6.2	MANUSCRITO 2.....	74
6.3	MANUSCRITO 3.....	89
6.4	MANUSCRITO 4.....	102
6.5	MANUSCRITO 5.....	118
6.6	MANUSCRITO 6.....	133
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	152
	REFERÊNCIAS.....	155
	APÊNDICES.....	163
	APÊNDICE A - Roteiro de entrevista junto às famílias.....	163
	APÊNDICE B - Roteiro de entrevista para os profissionais da saúde.....	164
	APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Família.....	165
	APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - Profissionais da APS.....	167
	APÊNDICE E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Creole.....	169
	APÊNDICE F - Quadro de construção de categorias.....	171
	ANEXOS.....	175
	ANEXO A - Parecer Consubstanciado do CEP.....	175

ANEXO B - Termo de Consentimento – Florianópolis.....	178
ANEXO C - Termo de Consentimento – Pomerode.....	179
ANEXO D - Termo de Consentimento – Gaspar.....	180
ANEXO E - Termo de Consentimento – Blumenau.....	181

1 INTRODUÇÃO

A sociedade contemporânea está repleta de informações, inovação e ampliação do desenvolvimento tecnológico, trazendo importantes questionamentos econômicos, sociais, raciais e políticos mediante a urbanização desenfreada. Neste cenário, vive-se uma harmonia conflitual na qual o moderno e o arcaico se encontram, alavancando mudanças significativas e inovadoras em todos os espaços de produções do conhecimento e de desenvolvimento humano (MAFFESOLI, 2014).

É nesse contexto de desenvolvimento tecnológico, descobertas inovadoras, busca por igualdade e liberdade que a desigualdade econômica e social aumentou de forma relevante. Bilhões de famílias apresentam-se nos patamares mais baixos de renda, privados de seus direitos humanos e de perspectivas de uma vida melhor. Os recursos e privilégios de poucos se acumulam, desviando o mundo ainda mais da visão de igualdade afirmada na Declaração Universal dos Direitos Humanos (BAUMANN, 2015).

Apesar das lutas significativas para a redução da pobreza extrema nos últimos anos, milhões de famílias ainda são pobres ou vulneráveis à pobreza. Há um consenso crescente de que a pobreza compreende mais dimensões do que apenas monetárias. É importante considerar as necessidades e vulnerabilidades específicas de raça, gênero, idade e contexto (POLICY IN FOCUS, 2018).

No ano de 2018, comemoram-se os 70 anos da Declaração dos Direitos Humanos, declaração esta que supõe que todos os seres humanos, independente de raça, nacionalidade, credo/religiosidade, cor, classe social, deveriam ter acesso à educação, saúde, liberdade de expressão e liberdade sobre seus próprios corpos (UNITED NATIONS HUMAN RIGHTS, 1948).

De acordo com a Declaração Universal dos Direitos Humanos:

“Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos; todo ser humano tem direito à vida; toda família é o núcleo natural e fundamental da sociedade e tem direito à proteção da sociedade e do Estado” (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018, p. 87).

Quando a Declaração dos Direitos Humanos foi idealizada e, posteriormente, decretada, estava iniciando uma caminhada de busca pela dignidade, justiça e paz em um mundo perplexo pelas atrocidades ocorridas durante a Segunda Guerra Mundial. Em seu escopo, a Declaração dos Direitos Humanos busca inspirar uma humanidade livre do terror, da miséria, ou seja, livre de qualquer situação de opressão ou de subjugação (JUBILUT; LOPES, 2018).

A Declaração dos Direitos Humanos, promulgada em 10 de dezembro de 1948, na Assembleia Geral das Nações Unidas, em Paris, por meio da Resolução nº 217 A (III), prescreve, pela primeira vez na história, uma diretriz para todos os povos e nações do mundo.

Em seus artigos, ressalta que:

Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos; dotados de razão e de consciência, devendo agir uns para com os outros em espírito de fraternidade”, todos possuem o direito “à vida, à liberdade e à segurança”, todo ser humano “tem o direito de livremente circular e escolher a sua residência...toda a pessoa tem o direito de abandonar o país em que se encontra, incluindo o seu, e o direito de regressar ao seu país (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Desse modo, muitas vezes, pergunta-se: como estão estes direitos humanos no cotidiano contemporâneo? Ao entender o cotidiano como

[...] a maneira de viver dos seres humanos no presente, expresso no dia a dia através de interações, valores, crenças, símbolos e imagens, que vão delineando seu processo de viver, em um movimento de ser saudável e adoecer, pontuando seu ciclo vital. Esse percurso pelo ciclo vital tem uma determinada cadência que caracteriza nossa maneira de viver, influenciada tanto pelo dever ser, como pelas necessidades e desejos do dia a dia, que se denomina como ritmo de vida e do viver. O cotidiano não se mostra apenas como cenário, mas, sobretudo, revela tanto as cenas do viver como as do conviver (NITSCHKE, 2017, p. 8), essa noção válida e reforça os direitos à saúde e à vida.

Ao trazer essa discussão para o âmbito profissional, entende-se que a Enfermagem tem, como compromisso social, a garantia da dignidade humana. O princípio norteador das práticas da Enfermagem é a busca do bem-estar da pessoa e das famílias, procurando garantir sistemas:

“Efetivos de saúde e que estejam ao alcance de todos, reconhecendo a importância não apenas do acesso à atenção à saúde, mas, também, dos determinantes sociais da saúde para concretização da dignidade e dos direitos humanos, especialmente do direito à saúde” (ALBUQUERQUE, 2016, p. 48).

Recentemente, os direitos humanos foram introduzidos no Código de Ética Profissional da Enfermagem, pois estes se constituem uma ferramenta primordial para alcançar a excelência nos cuidados em saúde, pois, além das funções técnicas essenciais e fundamentais para os cuidados à saúde, o profissional da Enfermagem é um ator político na promoção dos direitos humanos dos usuários dos serviços de saúde, especificamente em razão de sua formação e conhecimentos científicos, técnicos, competência holística e a viabilidade de advogar em prol dos direitos de usuários na assistência à saúde e da dignidade humana (ALBUQUERQUE, 2016).

Somente quando se contempla um ambiente onde estes direitos são privados aos seres humanos, não estão estabelecidos ou não são respeitados, é que se resgata e se compreende a imensurável importância da Declaração dos Direitos Humanos.

Graduada em Enfermagem em 2007, a pesquisadora deste trabalho vem construindo um leque de desafios no dia a dia, atuando nas mais diferentes ações da Atenção Primária, bem como na Alta Complexidade, tanto na assistência como no ensino, desenvolvendo projetos inclusive com pessoas em vulnerabilidade social, como na situação de rua.

Em 2012 e 2013, teve a honra de participar de um projeto pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, o qual lhe proporcionou conviver com famílias e experienciar um pouco do ser cotidiano juntamente com profissionais da área da Enfermagem no Haiti. Ali, percebeu que o “desencantamento do mundo” se fazia presente, pois o país havia passado por uma grande catástrofe natural na qual milhões de pessoas estavam privadas de seus direitos humanos essenciais.

Nos dias que ali permaneceu, as privações de direitos humanos caminhavam lado a lado com aquelas famílias haitianas, reveladas pela falta de moradia, de alimento, de paz, enfim, de felicidade, para milhões de pessoas. Esta realidade cotidiana os paralisava, não possibilitando vislumbrar um viver melhor.

Entretanto, a pesquisadora pensa que seu despertar para as potências existentes em meio às privações de direitos humanos ocorreu em 2018, após realizar um trabalho humanitário em Madagascar, na África, convivendo com as famílias em seu cotidiano. Frente à perplexidade trazida por aquela situação, muitos questionamentos e inquietações emergiram, possibilitando um processo de reflexão sobre as potências que essas famílias desenvolvem para a manutenção e promoção da saúde, mesmo em um ambiente, a princípio, tão desfavorável para se viver e ser saudável, na percepção dela.

Inicialmente, com um olhar cético, devido ao ambiente inóspito para a saúde e experiência anterior do Haiti, ao encontrar outro lugar sem a presença de saneamento básico, água, conforto, acesso à saúde e à informação, imaginava que as famílias que ali residiam padeceriam de inúmeras afecções e patologias, expressando um grande sofrimento. Por um lado, não houve equívoco, pois as crianças apresentavam problemas de saúde, como lesões significativas em seus pés devido à ausência de calçados e de saneamento básico; devido à falta de uma alimentação diária e equilibrada; verminoses e outros males provocados pela falta de higiene. Os adultos, por sua vez, também padeciam com diferentes problemas de saúde. Porém, algo inesperado, para ela, naquelas circunstâncias, “saltava” aos olhos e “gritava na alma”: a solidariedade, a cumplicidade, o resgate às raízes, a fé, o amor, enfim, o que parecia ser a

felicidade estava presente, constantemente! Este modo de ser e viver produzia respostas que os faziam contornar as situações desfavoráveis impostas tanto pelo clima e falta de direitos fundamentais à vida como pela falta de políticas públicas que os possibilitassem um viver mais digno e saudável.

Assim, percebia que um ser resiliente despontava no sorriso da criança apesar de, possivelmente, estar sentindo muita dor. Também estava presente na canção da mulher haitiana para acalmar as crianças assustadas; no colo do amigo que carregava o outro quando estava cansado; na criança que compartilha seu prato de comida para que o outro de sua família não ficasse sem e nos rituais religiosos. Sim, em meio à absurda adversidade e precariedade da vida, estas ações destoavam do esperado, mostrando que um cuidado promotor da vida e do ser saudável pode habitar cada um nas mais adversas circunstâncias.

Admitir o sensível como parte constituinte da natureza humana, evidenciando os efeitos sociais que isso pressupõe, em todas as atribuições do cotidiano, é considerar que a paixão, o sentimento, a emoção e o cuidado (re)exercem um papel privilegiado para a compreensão do viver (MAFFESOLI, 1998).

Ao buscar elucidar, Maffesoli (2016) disse que “o lugar faz o elo” e é neste cotidiano de viver humano que a razão sensível ganha relevância.

Quando nada é importante, tudo ganha importância. E os pequenos fenômenos da vida atual, os usos e os costumes sem atributos, os rituais banais que determinam a existência individual ou coletiva, tudo isso constitui o hùmus a partir do qual se desenvolve o estar juntos pós-moderno (MAFFESOLI, 2016, p. 96).

Este ambiente de privação dos direitos fortaleceu a compreensão de que saúde não é apenas *ausência* de doença. A saúde está em concepção, em movimento, sujeitando-se a valores sociais, culturais, subjetivos e históricos. É a procura de uma relação harmoniosa que possibilite viver com qualidade, que depende de um melhor conhecimento e aceitação de si mesmos, de convívios mais solidários, tolerantes com os outros e convivência de extremo respeito à natureza, em um ato de compromisso ecológico com a vida sobre a terra e com o futuro (BRASIL, 1997).

Pensar em ser saudável apresenta-se como caminho que aborda muitos fatores que ameaçam a saúde e o bem-estar e proporciona reflexões sobre os ambientes onde as famílias, comunidades vivem, trabalham, brincam e tomam decisões que afetam sua saúde e bem-estar. Estes incluem casas, escolas, locais de trabalho, cidades e o ambiente digital (UNITED NATIONS ORGANIZATION, 2014).

A compreensão de saúde, em seu sentido mais amplo, propõe radicalização na luta contra as desigualdades, fortalecimento da cidadania e da constituição de sujeitos saudáveis e dignos de seus direitos. Além disso, também favorece a compreensão de que a promoção da saúde não se estabelece somente em ambientes favoráveis, embora seja preciso sempre os colocar enquanto meta. A promoção da saúde, apesar das adversidades, cria mecanismos em ambientes de privação dos direitos para a produção de uma saúde pautada na pessoa. Desse modo, é uma concepção ampla que vai em direção a um bem-estar, estando unida a um conjunto de valores: vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e campos de ação conjunta. Pertence também a uma ligação de ações de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes saudáveis, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação do sistema de saúde (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DA LA SALUD, 2021).

Ao refletir sobre as condições de privações de direitos, às quais a vida de muitas famílias é submetida constantemente, a promoção da saúde apresenta-se como uma possibilidade de compreender como, em meio a tantas desigualdades, é possível envolver valores e práticas que promovam saúde.

Guimarães (2010) disse que o nascimento e o desenvolvimento dos direitos humanos vêm acompanhando as mudanças graduais que as famílias e as populações vêm passando ao longo da história. Destacou que é necessário compreendê-los como uma construção humana que não é imutável, nem definitiva, pois retratam as necessidades coletivas vividas no período.

No Brasil, cerca de 61% das famílias que possuem crianças vivem na pobreza. Pobreza da privação de direitos ou de algum deles, sendo que o *United Nations International Children's Emergency Fund* (UNICEF) considerou, para a análise, a educação, informação, proteção contra o trabalho infantil, moradia, água e saneamento como também a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (BRASIL, 2016a; FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2018).

“A privação de direitos humanos não é comum nas análises tradicionais sobre a pobreza, mas é essencial para dar destaque a problemas graves que afetam meninas e meninos e colocam em risco seu bem-estar” (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2018).

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), em 2015, utilizou rendas familiares de meninas e meninos à possibilidade de acesso destas crianças a seus direitos básicos: educação, informação, água, saneamento, moradia e proteção contra o trabalho infantil. A falta de um ou mais desses seis direitos situa as crianças em uma situação de “privações

múltiplas” “uma vez que os direitos humanos não são divisíveis, têm de ser assegurados conjuntamente” (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2018).

Estas privações de direitos agravaram-se de forma acentuada e os dados mostram o avanço dos problemas habitacionais no que diz respeito à informalidade. O número de domicílios em favelas passou de 1,6 milhão para 3,2 milhões. Com relação ao desemprego, hoje, o Brasil possui 14 milhões de desempregados e, destes, 64,8% são pretos e pardos e os brancos correspondem a 34,2% (BRASIL, 2021a).

Quando se pensa na privação de direitos humanos, emergem, em lembranças, as famílias do Haiti, de Madagascar. Porém, o UNICEF propôs uma reflexão e ampliação do olhar, pois como é possível afirmar que uma criança que vive com sua família em um ambiente permeado de insegurança, violência, tráfico de drogas, moradias impróprias tem seus direitos humanos preservados?

O mérito das dimensões propostas pelo UNICEF para a discussão dos direitos humanos é que estas quebram os paradigmas que impregnam o inconsciente. Assim, propôs a perceber como as crianças e suas famílias ainda possuem uma longa caminhada para adquirir o que lhes é de direito, ou seja: “a vida, saúde, alimentação, educação, esporte, lazer, profissionalização, cultura, dignidade, respeito, liberdade e convivência familiar e comunitária” (BRASIL, 2018a).

A Organização das Nações Unidas (ONU) descreveu que a pobreza é a manifestação de múltiplas privações que impedem as pessoas de desenvolver todo o seu potencial. Muitas famílias que vivem com uma renda monetária aceitável podem permanecer relativamente pobres em seu contexto local ou enfrentar privações em saúde, educação e moradia. Outras permanecem altamente vulneráveis a retrocessos que ameaçam devolvê-las à pobreza, incluindo os impactos de desastres naturais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017). Ressalta-se que estas manifestações de privações de direitos humanos associadas aos determinantes sociais e comportamentais da saúde, como a pobreza, preveem resultados de saúde críticos (GONÇALVES; GOMES, 2018).

Ao resgatar as vivências nas quais a pesquisadora presenciou as inúmeras violações aos direitos humanos, a realidade do Haiti fragiliza a mente e o coração dela diante de um país de extrema miséria associada aos inúmeros anos de injustiça social e preconceito racial.

No Brasil, a população afrodescendente é definida por desigualdades. Seja como descendentes de vítimas da escravidão e do comércio transatlântico de escravos ou como migrantes recentes, ela enfrenta uma série de problemas nos quais os vestígios históricos

deixam marcas indelévels até os dias atuais no que diz respeito ao acesso aos direitos humanos (FUENTES; ANDREWS, 2018).

Quando se pesquisam dados sobre a população afrodescendente, especificamente, constata-se que meninas e meninos negros registram uma taxa de privação de 58,3%. Entre crianças e adolescentes brancas, essa taxa não passa de 40%. Estes dados refletem-se na estatística do risco de uma criança preta ou parda morrer antes dos cinco anos de idade por causas infecciosas e parasitárias, sendo 60% maior do que o de uma criança branca ((FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2018).

Os negros, ou seja, os pardos e pretos, representam 45% da população brasileira, mas correspondem cerca de 65% da população pobre e 70% da população em extrema pobreza. Já os brancos, por sua vez, representam 54% da população total, mas somente 35% dos pobres e 30% dos extremamente pobres. Essa desigualdade social repercute diretamente nos indicadores de saúde da população negra, mais vulnerável a uma série de agravos e doenças, quando comparada com a população branca (WADE, 2018, p. 84).

Historicamente, a população afrodescendente compreende um grupo de pessoas e famílias com histórias, experiências e identidades diversas. As circunstâncias nas quais eles vivem e os problemas que eles enfrentam variam conforme os países e regiões. Há cerca de 200 milhões de afrodescendentes vivendo nas Américas resultado da escravidão e das necessidades de refúgio devido à violação de um ou mais direitos humanos. O Brasil, hoje, é a residência da segunda maior população afrodescendente do mundo, superada, em tamanho, apenas pela Nigéria (WADE, 2018; FISCHER; GRINBERG; MATTOS).

A população afrodescendente está entre as comunidades mais pobres e marginalizadas do mundo. Ela apresenta alto índice de mortalidade e mortes maternas, além de acesso limitado à educação de qualidade, serviços de saúde, moradia e seguridade social. Pode deparar-se com discriminação no acesso à justiça e enfrenta índices de violência e filtragem racial alarmantemente altos (ANDREWS, 2019).

A discriminação racial coloca a população afrodescendente em condições mais baixas na sociedade e ela está agrupada entre os mais pobres dos pobres. A discriminação enfrentada pela população afrodescendente perpetua ciclos de desvantagem e transmissão histórica de pobreza, prejudicando o seu desenvolvimento humano. As barreiras ao acesso e à conclusão de uma educação de qualidade repercutem no acesso ao mercado de trabalho e nos tipos de empregos encontrados (ANDREWS, 2019).

Os afrodescendentes estão entre os grupos mais vulneráveis do hemisfério como resultado da pobreza, subdesenvolvimento, exclusão social, desigualdades econômicas, que estão intimamente ligados ao racismo, discriminação racial, xenofobia e práticas de intolerância relacionada (ORGANIZATION OF AMERICAN STATE, 2016, p. 3).

A moradia é negada em razão de preconceito racial e a população afrodescendente é forçada a habitar em áreas com infraestrutura precária, exposta ao crime e à violência. A prática de suas próprias culturas e religiões, assim como a participação na vida cultural de suas comunidades, não raro é cercada de restrições e impedimentos. Em alguns países, também sofre deslocamento por conta de ameaças de conflito armado ou projetos de desenvolvimento industrial de grande escala (DÁVILA, 2018).

A incorporação da ideia de direitos humanos para os afrodescendentes é relativamente nova, possui apenas 23 anos, isso aconteceu durante a realização da Conferência Regional das Américas, preambular para a III Conferência Mundial de Combate ao Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Correlata, na cidade de Santiago do Chile, no ano 2000 (BRASIL, 2018b).

É importante ressaltar que a Declaração de Santiago é o primeiro registro do Direito Internacional dos Direitos Humanos que define o conceito de afrodescendente e reconhece os afrodescendentes como sujeitos de direito e, especificamente, como sujeitos do Direito Internacional dos Direitos Humanos. A Declaração de Santiago estimulou Estados a assumirem leis em favor da população afrodescendentes, bem como a criação de órgãos públicos para promover a igualdade racial (DÁVILA, 2018).

A discriminação contra os afrodescendentes é perniciosa. Os afrodescendentes estão frequentemente presos à pobreza em grande parte por causa da intolerância e, ainda por cima, a pobreza é usada como um pretexto para excluí-los ainda mais (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2020).

Considera-se que uma grande parcela da população, que vive em privações de direitos humanos, está entre a população de afrodescendentes, migrantes, refugiados e solicitantes de refúgio. Impossibilitados de promover meios de subsistência saudáveis e sustentáveis, estes são forçados a abandonar seus costumes, culturas, objetos pessoais e histórias em busca de melhores condições de vida em outros países com suas famílias (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DA LA SALUD, 2021).

A globalização e o aumento das disparidades, tanto nos países quanto entre eles, contribuíram para o aumento da migração internacional. Muitos estão procurando emprego, oportunidades educacionais ou melhoria na qualidade de vida. Outros querem reunir-se com

suas famílias e muitos outros estão fugindo de perseguição, de regimes não democráticos, de conflitos ou da violência em seus próprios países. Eles colocam a sua vida em risco em tentativas desesperadas de encontrar segurança e têm o direito à proteção internacional (AGÊNCIA DA ONU PARA REFUGIADOS, 2019).

A migração tem sido parte da experiência dos países da região das Américas durante diferentes momentos ao longo de sua história, seja como países de origem, trânsito ou destino. Conflitos sociais e políticos, insegurança alimentar, desastres naturais, mudanças climáticas, degradação ambiental, problemas econômicos, violência, outros fatores adversos e problemas estruturais têm impedido as pessoas de construir meios de subsistência saudáveis e sustentáveis, forçando-as a procurar melhores condições de vida em outros lugares para elas e suas famílias. Esses fatores adversos e problemas estruturais levaram à dinâmica de migração que evoluiu dentro da região (ZUBEN *et al.*, 2018).

A primeira grande migração da população africana para o Brasil teve início nos meados de 1500, foi a realizada em tempos da escravidão, pela posse da vida das pessoas sem a permissão devida. Migração esta não desejada, imposta, violando todos os direitos humanos, a escravidão realocou milhares de africanos, tendo fim somente na década de 1850 (JUBILUT; FRINHANI; LOPES, 2018).

O termo *migração* deriva do latim *migrare*, que significa passar de um local para o outro. Na Convenção de 1951 e no Protocolo de 1967, o Estatuto dos Refugiados conceituou os refugiados/migrantes como “aqueles que saem de seus países de origem por motivos de perseguições de raça, religião, nacionalidade, liberdade de expressão política ou questões sociais que não possam ou não queiram voltar de onde vieram”. No território brasileiro, há vigente uma legislação que cuida dos refugiados, a Lei nº 9.474/97 (BRASIL, 1997).

“Ela define mecanismos de complementação à Convenção de 1951, tendo em vista estabelecer quais migrantes terão reconhecida a condição de refugiado ou não, como se dá o pedido de refúgio e os tipos de autorizações vigentes no país” (ANNONI, 2018, p. 30).

No Brasil, os direitos humanos conquistam destaque e concretude tardiamente, somente a partir da Constituição da República Federativa do Brasil (BRASIL, 1988). No “Artigo 5º, I – Homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações, nos termos desta Constituição”. A Constituição Federal de 1988, conhecida como “Constituição Cidadã”, apresenta, discretamente, a proteção às relações internacionais com apoio no artigo 4º, a busca pelo predomínio dos direitos humanos, a cooperação entre os países para o progresso da humanidade e a permissão de proteção política/asilo, garantindo direitos fundamentais e segurança a quem está sujeito a perseguições políticas, religiosas decorrentes de raça,

nacionalidade, cultura e opinião política (AGENCIA NACIONAL DE LA ONU PARA LOS REFUGIADOS. DEFENSORÍA PÚBLICA DE LA UNIÓN; DEFENSORÍA PÚBLICA DEL ESTADO DE PARÁ, 2021; BRASIL, 1988; NUNES, 2021).

A Constituição (BRASIL,1988) também apresentou a saúde como direito de todos, criando o Sistema Único de Saúde (SUS) para a universalidade do acesso de toda pessoa aos cuidados em saúde, seja no âmbito da atenção primária, secundária ou terciária. A universalidade preconizada no SUS garante, aos migrantes e refugiados, o direito à saúde, porém, também traz novos desafios para o sistema de saúde: a superação das desigualdades e das iniquidades de acesso à saúde (VENTURA; YUJRA, 2019).

Importante entender que, para reduzir as vulnerabilidades e desigualdades no cotidiano, um dos primeiros passos é reconhecer a existência de privações dos direitos de uma população tanto do ponto de vista individual como coletivo. Esta compreensão do cotidiano das famílias afrodescendentes migrantes ou refugiadas pode colaborar para o fortalecimento de estratégias em saúde e, acima de tudo, reconhecê-las como um direito humano.

Souza *et al.* (2020) descreveram que a dificuldade de acesso a alimentos saudáveis devido ao valor não acessível para as famílias migrantes, as saudades da família, a ausência de equidade, a barreira linguística, o tempo inadequado para dormir e fazer atividade física são fatores, determinantes sociais, que contribuem para a manutenção das desigualdades e impactam a vida destas.

Outro passo significativo para a redução destas vulnerabilidades e desigualdades é compreender as potências existentes na diversidade das famílias. Portanto, é respeitar o direito à sua própria identidade, ou seja: seu direito de ter, manter e promover seu modo de vida; de ter, manter e promover sua cultura; de ter, manter e promover suas tradições; de ter, manter e promover manifestações religiosas; de ter, manter e promover seu próprio idioma; de ter, manter e promover sua herança cultural (ORGANIZATION OF AMERICAN STATE, 2016).

A privação de direitos humanos é o resultado da soma de necessidades, exclusões, intolerâncias e diferentes vulnerabilidades às quais famílias afrodescendentes migrantes ou refugiadas estão expostas e que influenciam o seu bem-estar. Ao emergir neste cotidiano, ainda se encontra distante de reduzir ou eliminar as situações de iniquidade e vulnerabilidade que acometem a vida destas famílias.

Também é importante salientar que as privações dos direitos humanos vêm recebendo diferentes interpretações e aplicações em função dos distintos momentos e regiões do mundo. Na história sobre a qual os direitos humanos foram desenhados, o século XX é marcado pela solidificação do Direito Internacional dos Direitos Humanos, embora, nesse mesmo período, o

acúmulo de injustiça social, discriminação racial e choque de interesses culminou em duas grandes guerras em nível mundial, nas quais o descaso com o ser humano chegou a níveis inimagináveis, com a banalização da dignidade e da vida do ser humano (BRASIL, 2010).

E mais recentemente, no contexto da pandemia de Coronavírus Disease 19 (COVID-19), os direitos humanos ganharam espaços de discussão, visto que:

Os direitos humanos no Brasil contextualizam desafios para a efetividade e são severamente desrespeitados. A pandemia de COVID-19, doença causada por um novo coronavírus, o SARS-CoV-2, evidenciou desigualdade/exclusão, corroborando à corrosão dos direitos sociais e à desproteção social de pessoas-grupos em situações de pobreza, reforçando a subalternidade e produção/reprodução da pobreza, sobretudo nas comunidades empobrecidas e discriminadas: população negra e periférica, indígena, quilombola, mulheres (NUNES, 2021, p. 510).

Essas vulnerabilidades aumentaram vertiginosamente em decorrência da pandemia da COVID-19, que teve início em dezembro de 2019 em Wuhan, China, e que, em poucos meses, se tornou um problema de saúde pública mundial. A falta de conhecimento sobre o desenvolvimento da doença e suas consequências, a falta de medicamentos antivirais e vacinas contra o vírus, o desenvolvimento grave da doença e a rápida propagação da infecção são fatores que, em conjunto, tornaram esta pandemia um dos “eventos mais importantes em saúde pública desde a pandemia de gripe espanhola do começo do século XX” (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2015, p. 109).

O vírus é, em certa medida, democrático. Pode infectar, adoecer, flagelar e matar a qualquer um. Sim. Mas a pandemia, seus desdobramentos, e os desafios que ela impõe a cada família e a cada pessoa, não. Tais desafios são profundamente desiguais. E, logicamente, se mostram ainda mais graves quando as desigualdades e os desafios preexistentes já são enormes (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2015, p. 7).

A pandemia acentuou as desigualdades existentes, sustentando ainda mais as privações de direitos humanos.

É neste cotidiano de privações de direitos das famílias afrodescendentes haitianas migrantes refugiadas, que se traz a compreensão de Maffesoli sobre a *potência*, que é a força que vem do interior de cada pessoa, sendo da ordem da libertação e da cooperação e dos *limites*, que envolvem a determinação, sendo um mecanismo de sobrevivência diante de situações cotidianas (MAFFESOLI, 2016).

Justifica-se a escolha das famílias afrodescendentes migrantes refugiadas haitianas, pois os que farão parte desta pesquisa são migrantes refugiados provenientes do país Haiti e

parte-se do pressuposto de que estes são privados dos direitos humanos em seu país: à vida, à liberdade, à saúde, à educação.

Desse modo, surge a questão de pesquisa: quais são as potências e os limites do cotidiano das famílias afrodescendentes haitianas migrantes refugiadas em situação de privação dos direitos humanos para coconstruir um cuidado promotor da saúde a partir do imaginário dos profissionais da saúde e das próprias famílias?

Sustenta-se a tese de que, a partir da compreensão do imaginário sobre as potências e os limites do cotidiano das famílias afrodescendentes haitianas migrantes refugiadas, é possível a coconstrução de um Cuidado Promotor da Saúde para transfigurar o ambiente de privações de direitos humanos.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Compreender o imaginário sobre as potências e os limites do cotidiano das famílias afrodescendentes haitianas migrantes refugiadas para um cuidado Promotor da saúde em ambientes de privação dos direitos humanos.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Compreender o imaginário das famílias afrodescendentes haitianas migrantes refugiadas sobre o cotidiano de privação dos direitos humanos, com seus desafios e limites;
- b) Compreender as potências do cotidiano das famílias afrodescendentes haitianas migrantes refugiadas em ambientes de privação dos direitos humanos para um cuidado promotor da saúde;
- c) Compreender o imaginário sobre a promoção da saúde para as famílias afrodescendentes haitianas migrantes refugiadas;
- d) Compreender o imaginário dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) sobre as potências e os limites do cotidiano das famílias afrodescendentes haitianas migrantes refugiadas;
- e) Compreender as potências e os limites do cotidiano dos profissionais da APS para a promoção à saúde das famílias afrodescendentes haitianas migrantes refugiadas;
- f) Contribuir para um Cuidado Promotor da Saúde, considerando as potências e os limites do cotidiano das famílias afrodescendentes haitianas migrantes refugiadas para transfigurar ambientes de privações de direitos humanos.

3 MARCO CONTEXTUAL

3.1 AFRODESCENDENTE HAITIANA

O Brasil destaca-se atualmente como novo lar para as famílias haitianas. No período de 2010 a 2016, havia, aproximadamente, 56 mil migrantes haitianos econômicos e portadores de visto humanitário no país. Historicamente, é importante lembrar que a população afrodescendente sempre esteve presente, seja para a construção de uma nova nação ou para a manutenção das grandes potências mundiais, pois foi pelos esforços dela e de seus ancestrais que países europeus e americanos se desenvolveram. Porém, as cicatrizes marcadas na pele e na história ecoam até hoje nas desigualdades, no preconceito e na diferença de possibilidades (AGÊNCIA DA ONU PARA REFUGIADOS, 2019).

Muitos fatores motivaram os haitianos à migração: necessidade de um emprego imediato; sair do país totalmente destruído; ausência de perspectiva de futuro; buscar um futuro melhor para a família; medo de outras catástrofes naturais (além do terremoto de 2010, o Haiti viria a sofrer ainda com os efeitos destruidores do Furacão Matthew em 2016 e de outro terremoto em 2018); perseguição política (CHARLOTIN, 2018).

O Haiti, até 2004, vivia em um contexto de guerra civil, o que provocou a instalação da Missão das Nações Unidas para a Estabilização (MINUSTAH) de junho de 2004 até abril de 2017. As famílias haitianas viram-se, por mais de uma década, restritas a um contexto territorial e político sem qualquer possibilidade de melhora apesar de o país apresentar índices satisfatórios de educação básica a superior e qualificação profissional (CHRISTOFFOLI *et al.*, 2017).

Assim, em 2004, com a instalação da MINUSTAH, sob o mandato do Brasil, o Haiti viveu um período de reconstrução nacional, estradas e vielas foram planejadas e construídas, até instituições universitárias e a própria organização da democracia do país, onde se realizou a primeira eleição presidencial em 2006 (BAENINGER *et al.*, 2018).

Contudo, na tarde do dia 12 de janeiro de 2010, abruptamente, os feitos foram perdidos com o maior terremoto já ocorrido no território do Haiti em sua história, com magnitude de 7,0 na Escala de Richter, com epicentro apenas a 25 quilômetros da capital, Porto Príncipe. O país fora totalmente destruído, matando cerca de 316 mil pessoas e desabrigando um milhão e meio. Entre os mortos, havia milhares de civis e militares participantes da MINUSTAH (CHRISTOFFOLI *et al.*, 2017).

O Haiti é hoje reconhecido como o país mais pobre do hemisfério ocidental e um dos mais pobres do mundo, porém, em sua história, grandes feitos existiam. Conhecido como a *Pérola das Antilhas*, era a colônia mais rica e lucrativa do mundo. Em 1697, o império espanhol exterminou a população nativa e a França adquiriu parte da chamada ilha de *Hispaniola*, nomeando-a *Saint-Domingue* (Haiti). Na época, Saint-Domingue ocupava um posto elevado entre as lideranças mundiais de culturas comerciais como açúcar, café e algodão, sendo a principal fornecedora dos franceses, chegando a ultrapassar as exportações feitas pelas Treze Colônias americanas para a Grã-Bretanha (SILVA; PEROTTO, 2018).

Entre 1697 e 1804, durante o período do domínio francês, mais de 800 mil pessoas africanas foram escravizadas para servir nas plantações de Saint-Domingue. Próximo de 1790, a população total da colônia era estimada em 520 mil habitantes, sendo composta de, pelo menos, 420 mil escravizados africanos para os padrões da época. Os africanos padeciam jovens e, para compensar tamanha perda de mão de obra, a introdução de novos indivíduos trazidos da África crescia à medida que as exportações de açúcar e café ascendiam (SILVA; SILVEIRA; MULLER, 2018).

Os sofrimentos, as doenças, o excesso de trabalho, a quantidade inópia de alimentos providos aos trabalhadores e o sadismo dos superintendentes respondiam pela maioria das mortes. Assim, em meio ao caos, instaurou-se um movimento de negros e mulatos que se uniram para lutar pela sua liberdade (DOMINGUES, 2018).

A chamada Revolução Haitiana iniciou-se nos primórdios da década de 1790 e, em 1794, o movimento já havia conquistado a emancipação da colônia por meio de uma aliança com os colonos franceses republicanos. A derrota final do exército imperial francês deu-se em 1804, sendo considerada a data da conquista da independência (SILVA; SILVEIRA; MULLER, 2018).

Durante o período de 1791 a 1800, sob a liderança de Toussaint L'Ouverture, o movimento pela independência haitiana conseguiu vencer os franceses, os espanhóis e os ingleses. Em meados da década de 1790, Toussaint tornou-se comandante-chefe de todas as forças rebeldes em Saint-Domingue e, a partir desta posição, desafiou a França ao tentar criar um Estado autônomo, livre da influência europeia (SILVA; PEROTTO, 2018).

Ao longo de treze anos de luta contra o colonialismo e a escravidão, os rebeldes vitoriosos declararam a República do Haiti em 1º de janeiro de 1804. No mesmo dia, Jean-Jaques Dessalines renomeou a ilha com seu nome original taino – Haiti ou Ayiti (terra montanhosa) – em memória aos tainos, povo nativo massacrado pelos espanhóis no início da colonização (CHRISTOFFOLI *et al.*, 2017).

O Haiti entrou para a história ao tornar-se a primeira república negra independente no mundo – o primeiro Estado moderno fundado e governado por negros –, o único Estado fundado e sustentado totalmente por indivíduos antes escravizados, que conquistaram sua liberdade pela luta armada, o primeiro país do mundo moderno a abolir a escravidão e a segunda república independente das Américas (SILVA; SILVEIRA; MULLER, 2018; SILVA *et al.*, 2018).

Os eventos até então relatados demonstram o protagonismo dos (as) negros (as) na trajetória de desenvolvimento e evolução do Direito Internacional dos Direitos Humanos, especialmente por meio da Revolução Haitiana, episódio que tem sido silenciado na historiografia do Direito Internacional Público.

A Revolução Haitiana precisa ser consagrada como um marco significativo com relação às exigências de igualdade e liberdade que ganharam força na última década do século XVIII. O triunfo do povo haitiano não foi aceito pelas elites dominadoras da época e os efeitos da revolução no mundo foram imediatos e drásticos, uma vez que as estruturas de poder existentes foram fortemente desafiadas (SILVA *et al.*, 2018).

A notícia da vitória dos ex-escravizados espalhou-se rapidamente pelo Caribe e, posteriormente, pelas Américas, deixando os colonizadores alarmados e temerosos de que revoluções do mesmo cunho se repetissem nas demais colônias. Logo, os franceses e britânicos começaram a planejar uma resposta à altura como meio de retaliar o novo país. Afinal, a economia escravista encontrava-se em pleno apogeu e a república recém-fundada era um símbolo da liberdade negra, uma ameaça que necessitava ser controlada pelos colonizadores (SILVA; PEROTTO, 2018).

Com a interferência dos britânicos e franceses, o Haiti começou a viver um isolamento político e boicotes econômicos, tendo como resultado que nenhuma nação estrangeira reconhecia mais a independência do Haiti por mais de duas décadas após a revolução. O chamado “Débito da Independência” causou, ao Haiti, sérios danos econômicos e, também, foi fundamental para que a França mantivesse uma relação de poder de cunho neocolonial com sua ex-colônia (SILVA *et al.*, 2018).

A França exigiu uma indenização monetária aos colonos expulsos em troca de reconhecimento diplomático e restabelecimento das relações econômicas. A subscrição do acordo é vista como uma tentativa desesperada do governo haitiano de sair do isolamento e reaquecer a economia e, mais do que isso, alega-se que o tratado é legalmente viciado em decorrência da coação. Isso porque a pressão pela assinatura do pacto ia além da necessidade de sair do isolamento diplomático: uma flotilha de navios de guerra francesa foi enviada à costa

haitiana com ordens para invadir e bloquear o país caso as negociações fracassassem (CHRISTOFFOLI *et al.*, 2017).

No Haiti, ano após ano, a situação agravava-se e os pagamentos atrasavam. O governo haitiano acreditava que o pacto possibilitaria a reinserção comercial e o reconhecimento internacional, entretanto, tudo o que conseguiu foi a perda de autonomia para construir a infraestrutura nacional com base nos seus próprios parâmetros (SILVA; PEROTTO, 2018).

Apesar das contínuas intervenções externas que asseguravam estabilizar e desenvolver o país, a realidade do Haiti hoje é preocupante: a nação é a mais pobre das Américas e uma das mais pobres do mundo, dependente do auxílio externo para alimentar a própria população e sem muita perspectiva de melhora no que concerne ao desenvolvimento econômico e à obtenção de real autonomia de governo (SILVA, 2020).

O resultado das tentativas reiteradamente fracassadas de integração na economia global, que se iniciou no período pós-revolução e permanecem até hoje como resquícios das políticas colonial e neocolonial implementadas, sobretudo, pela França e, na sequência, pelos Estados Unidos, é a miséria do Haiti (SILVA, 2020).

No atual momento histórico, é incrível considerar que a primeira revolução ante escravidão do mundo e que ocorreu em um tempo histórico paralelo às revoluções francesa e americana não ocupa um lugar nuclear na historicidade do direito internacional e é totalmente excluída das análises e estudos sobre democracia e direitos humanos (ANDRESS, 2019).

Embora o Brasil seja um país conhecido internacionalmente pelo acolhimento e respeito às diferentes culturas, atualmente, um número significativo de famílias haitianas está presente no Brasil, porém, as práticas empregadas a essa população são contraditórias à história progressiva, “falta acolhimento, preconceito... esse novo processo migratório é caracterizado pela cor negra e pela pobreza, desencadeando questionamentos e discriminação de segmentos da sociedade” (MARCON; BARRETO; ELSÉN, 2019, p. 259). Esse processo intensifica a vulnerabilidade presente nestas famílias.

O Haiti investe apenas 1,5% de seu Produto Interno Bruto (PIB) em serviços de saúde 44,5% estão em situação de subnutrição e 34,7% não são alfabetizados; apenas 17% da população do país possui acesso à rede sanitária (PLANCHER, 2018). Um haitiano residente em seu país consome, em média, 2.080 kcal/dia, mesmo nível consumido em países como Iêmen e Tanzânia; 61,7% de sua população vive com menos de um dólar por dia. A renda anual *per capita* é o equivalente a 15% da média da América Latina. As condições de vida são precárias, e as de nascimento também: apenas 26,1% dos partos são assistidos por algum profissional da área de saúde; em 350 de cada 100 mil partos com nascidos-vivos, a mãe falece;

7% das crianças morrem antes dos cinco anos de idade e 5,3%, antes de um ano de idade (DESROSIERS, 2020; NÜSKE; MACEDO, 2019).

Atualmente, século XXI, é considerado o país mais pobre do hemisfério ocidental e um dos mais pobres do mundo, vem enfrentando uma onda de violência, instabilidade econômica e política e o presidente foi assassinado, intensificando ainda mais as vulnerabilidades sociais do país. Segundo a ONU, milhares de pessoas tiveram que sair de suas casas em Porto Príncipe, capital do país, devido à tal instabilidade de segurança. Também no ano de 2021, um novo terremoto, de magnitude 7,2, atingiu o sul do país, onde a população já estava sofrendo os danos da passagem do ciclone tropical Grace, que resultou em mais de 2.000 vidas perdidas, deixando muitos feridos e desaparecidos (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2021).

3.2 FAMÍLIA

A sociedade contemporânea experimenta mudanças nos costumes e estilos de se viver, porém, no âmago, as pessoas necessitam estar ligadas à família, seja essa família de diferentes formas e configurações. Compreende-se que família é uma maneira de viver no recôndito, em um lugar de intimidade, de geração de sentimentos individuais e coletivos, tornando-se imprescindível na sociedade. Os vínculos familiares podem assegurar, ao indivíduo, a segurança de pertencimento social (BRASIL, 2017a).

Discutir sobre família é adentrar significados e preceitos de diferentes compreensões para as pessoas, saberes estabelecidos de acordo com o entendimento cultural, religioso, socioambiental, além da instrução filosófica de vida. A família pode ser compreendida por diferentes definições, noções, conceitos, tipos e mesmo atribuições, podendo ainda ser vista segundo diferentes linhas teóricas distintas (ELSEN *et al.*, 2016).

Caracterizadas como uma unidade em movimento, as famílias têm se formado a partir do momento em que as pessoas se percebem e se respeitam, compartilhando do espaço, do tempo, e organizam-se para o alcance de objetivos em comum, tendo como resultado a construção de uma história de vida (OHARA; SAITO, 2014).

As famílias podem ser compreendidas como:

"[...] um sistema dinâmico de duas ou mais pessoas que se consideram uma família, as quais dividem uma história, objetivos comuns, obrigações, laços afetivos, e um alto grau de intimidade". E mais: "a família seria dois ou mais indivíduos, cada um com suas qualidades singulares que, interagindo, formam um todo que é diferente e maior do que a soma de seus

membros”. Essas caracterizam-se por identidade própria, repassando seus valores culturais, religiosos e costumes no cotidiano (ELSEN *et al.*, 2011, p. 54; ELSEN *et al.*, 2016).

Em uma visão evolucionista, é possível compreender que o conceito de família foi se alterando ao longo das mudanças estabelecidas na sociedade, seja pelo estilo de vida, dos costumes, das descobertas tecnológicas e das ciências. Porém, a família baseia-se no princípio da dignidade, que significa que, dentro do núcleo familiar, todos são iguais e que as relações afetivas no cotidiano familiar podem definir os rumos no modo de ser e de viver com a sociedade. É importante ressaltar que as histórias de vida e as questões socioculturais afetam diretamente a dinâmica familiar, além de deixar marcas (SANTANA, 2015).

Como promotoras do cuidado, as famílias têm sido compreendidas como de fundamental importância, pois é neste ambiente que as potências pessoais e coletivas se aprimoram, é neste cotidiano de cuidado que se estabelece a autonomia, favorecendo a resolução de seus problemas (OHARA; SAITO, 2014).

Frente aos problemas de saúde, as famílias desenvolvem mecanismos próprios de enfrentamento, considerando as experiências anteriores, suas crenças e valores culturalmente instalados (CHAPADEIRO, 2011). É, assim, impossível estabelecer e admitir o pensamento de conceito e modelo apropriado de família (BRASIL, 2017a).

Ao resgatar o contexto profissional da pesquisadora, a área da Saúde/Enfermagem, é importante compreender que o cuidado à família vai muito além de procedimentos e técnicas, é emergir em um contexto de significados e saberes. Faz-se necessário um olhar sensível, pautado no vínculo e respeito. Ao invés de padronizar atitudes e formas de fazer, é preciso encorajar as famílias a encontrarem suas potências e promover o cuidado (ELSEN *et al.*, 2016).

A Enfermagem, ao assumir a família como essencial no seu cuidado profissional, aproxima-se da trajetória de vida das pessoas, conhece o jeito de viver e as situações que demandam cuidado. A Enfermagem atenta-se às demandas do viver e conviver da família, com suas interações entre as gerações, crenças, valores, práticas, além das redes sociais e afetivas (ELSEN *et al.*, 2016).

A saúde é estabelecida pelo vivido no cotidiano onde aprendem, amam, cuidam. A saúde é formada pelo cuidado de cada um consigo mesmo e com o outro, pela competência de tomada de decisões e de ter controle sobre as situações de suas próprias vidas e pela luta para que a comunidade oportunize as condições que permitam o alcance da saúde por todos os seres humanos (BRASIL, 2014b).

Quando se pensa nas famílias de migrantes/refugiados, essas demandam necessidades e cuidados permeados pela empatia e respeito às suas raízes, resgatando suas histórias e

buscando compreender suas potências, pois muitos estão longe de seus familiares, sendo talvez a maior dificuldade enfrentada a ruptura dos laços familiares, buscando a superação da distância e a inserção em um novo país com diferenças culturais. Essa nova realidade pode provocar, nas famílias refugiadas/migrantes, “isolamento social, desânimo e alterações psicoemocionais, acarretando alguns casos, tristeza e depressão”. É importante compreender que este afastamento familiar se dá devido aos altos custos para que todos os membros possam vir para o Brasil (MARCON *et al.*, 2019).

3.3 PROMOÇÃO DA SAÚDE

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), aprovada por meio da Portaria MS/GM nº 687, de 30 março de 2006, afirma que, para o desenvolvimento da promoção da saúde, é imprescindível intervir em problemas como “violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, má qualidade do ar e da água” (BRASIL, 1997).

Essas questões estão em sintonia com o artigo 3º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, documento que institui o SUS. Imbuída do princípio de que a saúde depende da qualidade de vida, a PNPS afirma que as ações públicas em saúde devem ir além da ideia de cura e reabilitação. É preciso privilegiar medidas preventivas e de promoção da saúde, transformando os fatores da vida que colocam as coletividades em situação de iniquidade e vulnerabilidade (BRASIL, 1990).

A promoção da saúde é uma estratégia do setor da saúde que, nas últimas décadas, tem observado o processo saúde-doença evidenciando que a saúde é resultado dos modos de organização da produção, do trabalho e da sociedade, que foi estabelecido por diferentes contextos históricos, não conseguindo modificar os condicionantes nem determinantes mais amplos desse processo, operando um modelo de atenção e cuidado marcado, na maior parte das vezes, pela centralidade na doença. Seu objetivo é produzir a gestão compartilhada entre usuários, movimentos sociais, trabalhadores do setor sanitário e de outros setores, produzindo autonomia e corresponsabilidade (OHARA; SAITO, 2014).

Pode ser caracterizada também com a subjetividade do sujeito, por um estado emocional positivo, com sentimentos de bem-estar e de prazer associados à percepção de sucesso e à compreensão coerente e lúcida do mundo. É um fenômeno predominantemente subjetivo, estando subordinado mais a traços de temperamento, personalidade, otimismo,

resiliência, gratidão, presença de altos escores de emoções positivas e postura perante a vida do que a fatores externamente determinados (FERRAZ; TAVARES; ZILBERMAN, 2007).

Importante ressaltar que as maiores transformações ocorridas para o alcance dos direitos humanos são construídas na prática quotidiana, no dia a dia, e foi assim que ocorreu a construção do SUS que, pelo movimento de profissionais de saúde, pesquisadores e trabalhadores, almejou a saúde como direito e com assistência de qualidade. Essas vozes fizeram surgir um movimento de redemocratização do país e a constituição de um sistema de saúde inclusivo (OHARA; SAITO, 2014).

Esse movimento, chamado de Reforma Sanitária Brasileira, produziu alterações significativas para a vida da sociedade, trazendo grande impacto para a história, afirmando que o direito à saúde e os direitos humanos e de cidadania não poderiam mais ser revogados. Isso culminou em 1986, quando da VIII Conferência Nacional de Saúde, com o lançamento dos fundamentos e princípios do SUS (BRASIL, 1990).

Conclui-se, após a VIII Conferência Nacional de Saúde, que uma somatória de fatores influenciava as respostas à saúde, fatores como alimentação, lazer, emprego, liberdade, transporte, meio ambiente, acesso a serviços de saúde. Esse conceito ampliado de saúde será adotado neste trabalho, pois se entende que a saúde não se faz apenas com um olhar sobre o ser humano biológico, mas resulta de situações da vida do indivíduo e do viver em comunidade (OHARA; SAITO, 2014).

Esse conceito vigente de saúde surgiu em um movimento histórico-político de grandes transformações presente nos “gritos” por mudanças em que havia uma clara insatisfação da sociedade com o modelo biomédico e excludente que era exercido. Diante desses fatos e apoiado na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, realizada em 1977, em Alma-Ata, e na Primeira Conferência Internacional de Promoção de Saúde, em 1986, em Ottawa, Canadá, alavancou-se o movimento que culminou na promulgação, em 5 de outubro de 1988, na Constituição Brasileira, do Art. 196:

[...] a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução dos riscos de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

A Declaração de Alma-Ata - Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em setembro de 1978, enfatiza que:

[...] a saúde é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a

ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde. Reafirma, também, que a promoção e proteção da saúde dos povos é essencial para o contínuo desenvolvimento econômico e social e contribui para a melhor qualidade de vida e para a paz mundial (BRASIL, 2002b, p. 33).

Anos após as discussões produzidas na I Conferência Mundial de Promoção da Saúde, que ocorreu na cidade de Ottawa, Canadá, em 1986, ratificou-se a importância de práticas pautadas na promoção da saúde e contribuiu-se para ampliar a compreensão sobre os determinantes da saúde. Na ocasião, a promoção da saúde foi conceituada como o “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (BRASIL, 2002b, p. 19).

A saúde deve ser percebida como um modo para se viver e não como objeto de viver e, para o seu alcance, as famílias, indivíduos e comunidades necessitam “identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente” (BRASIL, 2002b, p. 19).

A Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986, propôs, em sua Carta de Intenções, uma resposta às demandas por uma saúde pública de qualidade. Nesse movimento, acolheram-se as propostas descritas na Carta de Ottawa, que estabelece cinco campos para a atuação descritos a seguir.

Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis:

A política de promoção da saúde requer a identificação e a remoção de obstáculos para a adoção de políticas públicas saudáveis nos setores que não estão diretamente ligados à saúde. O objetivo maior deve ser indicar aos dirigentes e políticos que as escolhas saudáveis são as mais fáceis de realizar (BRASIL, 2002b, p. 22).

Criação de ambientes favoráveis à saúde:

As ligações entre a população e seu meio ambiente constituem a base para uma abordagem socioecológica da saúde. O princípio geral orientador para o mundo, as nações, as regiões e até mesmo as comunidades é a necessidade de encorajar a ajuda recíproca – cada um a cuidar de si próprio, do outro, da comunidade e do meio ambiente natural. A conservação dos recursos naturais do mundo deveria ser enfatizada como uma responsabilidade global” (BRASIL, 2002b, p. 23).

Reforço das ações comunitárias:

A promoção da saúde trabalha através de ações comunitárias concretas e efetivas no desenvolvimento das prioridades, na tomada de decisão, na definição de estratégias e na sua implementação, visando à melhoria das condições de saúde. O centro deste processo é o incremento do poder das comunidades – a posse e o controle dos seus próprios esforços e destino (BRASIL, 2002b, p. 24).

Desenvolvimento de habilidades pessoais:

A promoção da saúde apoia o desenvolvimento pessoal e social através da divulgação de informação, educação para a saúde e intensificação das habilidades vitais. Com isso, aumentam as opções disponíveis para que as populações possam exercer maior controle sobre sua própria saúde e sobre o meio ambiente, bem como fazer opções que conduzam a uma saúde melhor (BRASIL, 2002b, p. 24).

Reorientação dos sistemas de saúde:

O papel do setor saúde deve mover-se, gradativamente, no sentido da promoção da saúde, além das suas responsabilidades de prover serviços clínicos e de urgência. Os serviços de saúde precisam adotar uma postura abrangente, que perceba e respeite as peculiaridades culturais. Esta postura deve apoiar as necessidades individuais e comunitárias para uma vida mais saudável, abrindo canais entre o setor saúde e os setores sociais, políticos, econômicos e ambientais (BRASIL, 2002b, p. 25).

Na Conferência de Adelaide, na Austrália, em abril de 1988, ratificaram-se as cinco linhas de ação da Carta de Ottawa, vistas como práticas interdependentes, ressaltando a importância das políticas públicas saudáveis para estabelecer o ambiente para que as outras quatro possam tornar-se possíveis (BRASIL, 2002b), destacando que:

[...] as iniquidades no campo da saúde têm raízes nas desigualdades existentes na sociedade. Para superar as desigualdades existentes entre as pessoas em desvantagem social e educacional e as mais abastadas, requer-se políticas que busquem incrementar o acesso daquelas pessoas a bens e serviços promotores de saúde e criar ambientes favoráveis, estabelecendo-se alta prioridade aos grupos mais desprivilegiados e vulneráveis, reconhecendo como peculiar a cultura de povos indígenas, minorias étnicas e imigrantes (BRASIL, 2002b, p. 36).

A Terceira Conferência Internacional de Promoção da Saúde foi realizada em Sundsvall, na Suécia, em junho de 1991. Como discurso central, a conferência convocou todos para terem um papel na criação de ambientes favoráveis, além de ressaltar a atenção para a obrigatoriedade de intervenções urgentes:

Milhões de pessoas estão vivendo em extrema pobreza e privação resultante dos conflitos armados, as pessoas sofrem trágicas consequências para a saúde e o bem-estar, além disso, as migrações das áreas rurais para o setor urbano aumentam drasticamente o número de pessoas vivendo em favelas, com os problemas decorrentes - o que inclui falta de água potável, saneamento básico, alimentação adequada, abrigo e acesso inadequado aos cuidados básicos de saúde (BRASIL, 2002a, p. 45).

A Quarta Conferência Internacional de Promoção da Saúde ocorreu em Jacarta, na Indonésia, em julho de 1997. Ela teve, como assunto principal, a Promoção da Saúde no século XXI, promovendo a inserção do setor privado no apoio e discussão à promoção da saúde, além de repensar os determinantes da saúde. A saúde é, novamente, destacada como um direito

humano indispensável e essencial para o avanço social e econômico da população, ressaltando que a promoção da saúde favorece esse direito e, ainda, que não existe saúde sem:

“[...] a paz, o abrigo, a instrução, a segurança social, as relações sociais, o alimento, a renda, o direito de voz das mulheres, um ecossistema estável, uso sustentável dos recursos, a justiça social, o respeito aos direitos humanos e a equidade” (BRASIL, 2002a, p. 49).

Outro encontro histórico para a consolidação da promoção da saúde ocorreu na Cidade do México, no México, em junho de 2000: a Quinta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde denominada “Declaração do México”. Acordou-se, na época, que a promoção da saúde deveria ser considerada prioridade nas políticas e programas de saúde nas esferas local, regional, nacional e internacional (BRASIL, 2002a).

Recomendou-se que, aos gestores ou lideranças, se deve assegurar “a participação ativa de todos os setores e da sociedade civil na implementação das ações de promoção da saúde que fortaleçam e ampliem as parcerias na área da saúde” (BRASIL, 2002a, p. 30); também se preconizou a preparação de planos nacionais para a concretização de ações de promoção da saúde, acrescentando que é preciso fortalecer as redes nacionais e internacionais de cuidado em saúde (BRASIL, 2014a).

É notável que a promoção da saúde não se limita somente aos setores da saúde, mas, sobretudo, perpassando ações sociais, políticas, educacionais, econômicas, culturais e de espaços de saúde para a concretização de oportunidades de vida saudável (BRASIL, 2002b). Ela reitera os princípios do SUS, integrando-se na luta para a construção de um modelo de atenção à saúde pública, universal e integral, equitativa e de qualidade pautado pelo investimento em sujeitos autônomos e solidários, que aprofunde a gestão democrática dos serviços de saúde e fortaleça estratégias intersetoriais de melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2014b; BRASIL, 2018c).

A promoção da saúde apresenta-se como uma estratégia de produção da saúde em que o modo de pensar e de operar articula as demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde, auxiliando a construção de ações que proporcionem respostas às necessidades sociais em saúde (VELLOSO *et al.*, 2016).

4 REFERENCIAL TEÓRICO

A Sociologia Compreensiva e do Quotidiano, de Michel Maffesoli, possibilita compreender o cotidiano das famílias afrodescendentes migrantes em ambientes desfavoráveis à saúde, pois seus saberes não se limitam a dizer o que se gostaria que fosse dito. A resistência ao conformismo capacita a trazer à luz o que é, a compreender o homem dito comum, privilegiando tudo aquilo que não é fornecido pela racionalidade tradicional (MAFFESOLI, 2007).

Pensar em espaços de privações de direitos humanos e promoção da saúde é assumir um ponto de vista epistemológico das relações vividas que marcam a vida no cotidiano. Não é fácil! Porém, o *raciovitalismo* propõe aliar posições teóricas vistas como discordantes, pretendendo entrar em coesão para uma ambiciosa reflexão, levando em consideração a razão interna que é, na verdade, um modo de unir a teoria e as relações vividas, vislumbrando sua complementaridade, admirando a sinergia de seus efeitos (MAFFESOLI, 2016).

Maffesoli disse que “é unicamente se souber ouvir o inaudível, ver o invisível ou sentir o evanescente, que se ultrapassarão esses pensamentos curtos que diagnosticam a depressão social, a deserção cívica e outros desencantamentos do mundo” (MAFFESOLI, 2014, p. 64).

Michel Maffesoli, sociólogo francês, nascido em 14 de novembro de 1944, é reconhecido pela sua proximidade com a sociologia “compreensiva”, foi aluno de Gilbert Durant e Julien Freund e é professor emérito na Universidade de Paris-Sorbonne Descartes. Em 1982, fundou, em parceria de George Balandier, o *Centre d'Etudessur l'Actual et le Quotidien* (Centro de Estudos sobre o Atual e Quotidiano - CEAQ) e o Centro de Pesquisa sobre o Imaginário (CRI-MSH) onde se produzem pesquisas sobre os modelos de sociabilidade e imaginário em suas diferentes formas (MAFFESOLI, 2019). Ao longo de sua carreira e caminhada, vem sendo reconhecido com vários prêmios: o Grande Prêmio de Ciências Humanas da Academia Francesa pelo livro “A Transfiguração do Político” e como Doutor *Honoris Causa* em diferentes universidades do mundo.

Maffesoli escreveu vários livros nos quais dialoga sobre: a Sociologia do Presente: A Violência Totalitária (1979); A Conquista do Presente (1984); A transfiguração do Político: A Tribalização do Mundo (1992); A Contemplação do Mundo (1995); O Instante Eterno (2012); O Tempo Retorna (2012); Homo Erotikus (2014); A Ordem das Coisas (2016); Ecosofia (2017); Ser Pós-moderno (2018); Pactos Emocionais: reflexões em torno da moral, da ética e da deontologia (2018); O Tesouro Escondido: Carta Aberta aos Franco-Massonicos (2019) e, lançado mais recentemente, *L'èredessoulèvements* (A Era dos Levantes, em livre tradução).

Sociólogo atento à contemporaneidade, Maffesoli também tem brindado os leitores com suas reflexões para uma melhor compreensão deste momento da pandemia de COVID-19, produzindo alguns ensaios: Crise sanitária, crise civilizacional (2020) e Pensar o (im)pensável (2020).

Maffesoli (2014), em seu livro *o Tempo das Tribos*, descreveu que o *costume* se trata quase de um código genético que:

[...] limita e delimita a maneira de estar com os outros muito mais do que poderia fazê-lo a situação. É neste sentido que depois da estética (o sentido comum) e da ética (o laço coletivo), o costume é, seguramente, uma boa maneira de caracterizar a vida cotidiana dos grupos contemporâneos (MAFFESOLI, 2014, p. 38).

Ainda no mesmo livro, ele descreveu que “que o corpo individual só pode ser curado mediante o corpo coletivo” (MAFFESOLI, 2014, p. 45). Esta *ajuda mútua* não é somente uma prática mecânica, mas pode ser compreendida como um sentido natural em que todos os seres, por sinergia, reforçam o conjunto da vida, é o querer viver junto.

Quando se reflete sobre as famílias afrodescendentes em ambientes desfavoráveis à saúde, muitos questionamentos emergem, incitando a buscar a compreensão do seu cotidiano, com suas potências e limites. Maffesoli ressaltou que a:

“[...] compreensão é além ou aquém de uma simples interpretação moral, é principalmente entrar em ressonância. É estar propenso à escuta do que é, é encarar o saber com sabor, apreciar o mundo como ele é, e os que habitam por suas qualidades próprias” (MAFFESOLI, 2016).

Potência é a força que vem do interior de cada pessoa, sendo da ordem da libertação e da cooperação (MAFFESOLI, 1998). *Potência* está justamente no fato de que cada um dos atos é, “ao mesmo tempo, a expressão de uma certa alienação e de uma maneira, certa resistência”. É um composto de trivialidade e exceção, de lentidão e excitação, é o local de “real sentimento de reapropriação da existência” (MAFFESOLI, 2014, p. 96).

A potência que, em algumas situações, não parece possível, se viabiliza, porém, ao *compreender* a “perdurância societal”, que é a capacidade de resistência da massa. Essa capacidade de sobreviver - inconsciente, incorporada no humano, que faz com que os seres humanos continuem a prosperar (MAFFESOLI, 2016), permite refletir sobre sua possibilidade no cotidiano.

Segundo Maffesoli (2010), os *limites*, por sua vez, envolvem a noção de determinação ou empenho, sendo um mecanismo de sobrevivência diante de situações cotidianas, ou seja,

aquilo que protege as pessoas de determinados acontecimentos característicos da condição humana.

Michel Maffesoli traz à luz a *conquista do presente*, que é a solicitação da singularidade plural e, ao mesmo tempo, a ruptura das representações ideológicas que ocultam o que é vivido aqui e agora. Assim, a pessoa plural exprime-se no meio da comunidade. Nas *tribos*, onde a pessoa pode viver suas diversas potencialidades, sexuais, culturais, filosóficas, fazendo dela o que ela é, “há nas práticas cotidianas das tribos pós-modernas uma manifestação de abertura do ser”. Desse modo, a dinâmica de viver-junto “é função do ser profundo das coisas. Cada uma dentre elas, em seu lugar, é desempenho de papel, entrando em interação na sinfonia do conjunto” (MAFFESOLI, 2014, p. 48).

A vida social, em sua totalidade, é feita *cada vez mais, e antes de mais nada, de emoções, de sentimentos e afetos compartilhados*. É no *senso comum* que pode se encontrar esse equilíbrio, *universo simbólico*, que se faz necessário compreender como sendo a somatória das intenções que organizam a vida social. Ora, essas relações não são abstratas, também não são exclusivamente racionais, padrões a serem seguidos. Na verdade, consolida-se na vida banal e apresenta-se em pequenos atos quotidianos que vão, gradativamente, formar aquilo que se denomina *trama social*, a qual é formada das situações imperceptíveis das histórias vividas (MAFFESOLI, 2014).

Para a *compreensão do quotidiano*, o *pensamento dogmático* não poderá se fazer presente, pois este tende a acreditar que tudo tem resolução; faz-se necessário o retorno ao olhar empático, a relativização da sensibilidade dogmática, compreendendo que “importa completar a simples razão pelos sentidos, pelos instintos, pelos sentimentos e por outras manifestações dessa capacidade de fantasiar que constitui a inteireza da humana-natureza” (MAFFESOLI, 2016, p. 76).

Maffesoli apresentou uma reflexão sobre essa nova dinâmica social em que pode ocorrer uma *saturação da lógica* clássica da identidade; antes, poder-se-ia ter um perfil delineado, uma profissão segura. Hoje, o sujeito cede lugar à pessoa, que, conforme a raiz etimológica da palavra, usa *máscaras* ou apresenta diversas facetas que são incorporadas por uma mesma individualidade (MAFFESOLI, 2014).

Essa saturação possibilita a *proxemia*, que é a compreensão de que a vida não é perfeita, “isto é o que faz com que, por paradoxal que possa parecer, da miséria econômica possa brotar uma inegável riqueza existencial e relacional”. Assim, a proxemia apresenta-se como um sentimento de pertencimento, sendo a maneira de superar atitudes, superar as

desigualdades e dificuldades do cotidiano, um sentimento de pertencimento (MAFFESOLI, 2014, p. 226).

Em seu livro, *A Palavra do Silêncio*, Maffesoli (2019, p. 65) descreveu que a arte de viver é nula de preconceitos e argumentou: “Trata-se de se ajustar ao momento vívido, é uma maneira de socializar, que não vem do exterior, de caráter abstrato, racional”, mas que utiliza a fundamentação sensível.

E disse que “o ser humano é maior do que o ser humano” [...] “as gestualidades cotidianas, os olhares trocados, os pequenos acontecimentos da vida diária, enfim, o relacionismo é o que nos constitui, cada instante é eterno” (MAFFESOLI, 2019, p. 78).

Ao expressar a *pós-modernidade*, Maffesoli mostrou um regresso ao passado – há coisas atuais, diferentes, mas com fragmentos do arcaico; vem de outro jeito com a integração das duas expressões – convivência dos diferentes. Porções sutis entre a razão e o sentimento para se ter uma visão mais vasta, possibilitando uma descrição dos contornos que vêm de dentro fundamentada no viver heterogêneo e plural (MAFFESOLI, 2010).

Esta pesquisa será norteada pelos pressupostos da Sociologia Compreensiva, apresentados por Michel Maffesoli como Pressupostos Teóricos da Sensibilidade, a saber: crítica ao dualismo esquemático; a forma; sensibilidade relativista; pesquisa estilística; pensamento libertário.

Primeiro pressuposto: *crítica ao dualismo esquemático* põe em cena a racionalidade aberta em que a razão e os sentimentos servem como ferramentas metodológicas. Faz-se necessária a integração entre razão e componentes da personalidade.

Segundo pressuposto: *a forma*, que limita e fecha o significado. Por sua vez, o *formismo permite descrever os contornos por dentro; esta atitude respeita o efêmero e as insignificâncias da vida cotidiana*. Trata-se de uma suavidade que permite apreender a fragilidade e as correntes afetuosas da vida. A noção forma descreve a verdadeira significação da banalidade, permite a presença do sensível, ressalta a importância do local ou ambiente, a valorização dos sentimentos das tribos. A forma é formante, mas não formal, trazendo a teatralidade, a ritualização, a repetição, a duplicidade, a astúcia, o silêncio “Trata-se de uma modulação temperada que permite apreender a labilidade e as correntes quentes da vida” (MAFFESOLI, 2010, p. 18).

Terceiro pressuposto: *sensibilidade relativista*, ou seja, a verdade é sempre factual e momentânea, não havendo novidade nas histórias humanas, cujos valores retornam de modo cíclico, pois o que muda é a reflexão tecnicista. Não existe uma única verdade, realidade.

“Assim a socialidade, o imaginário ou o cotidiano, de imediato, reportam menos ao conteúdo, do que apresentar uma projeção de (seu) futuro” (MAFFESOLI, 2010, p. 39).

Isso quer dizer que não é necessário produzir conteúdo, mas sim operar como ‘ponto de vista’. Portanto, é de extrema importância observar a realidade das pessoas e suas famílias inseridas dentro do contexto histórico-social específico, o qual pode ser completamente diferente dentro de diferentes territórios e tempos (MARCON *et al.*, 2019, p. 53).

Quarto pressuposto: a *pesquisa estilística* sustenta a ciência leve em consideração ao tempo, expondo-se por meio de um *feedback* constante entre empatia e forma, favorecendo apresentar o cotidiano com seus gestos, palavras, por meio de uma escrita mais aberta, permitindo outros olhares, aflorando a diversidade que permeia o viver (MAFFESOLI, 2010). A pesquisa, indispensavelmente, precisa diminuir o distanciamento entre o mundo acadêmico e o mundo coletivo (NITSCHKE; SOUZA, 2011).

Quinto pressuposto: *pensamento libertário*, que é da ordem da compreensão subjetiva e intersubjetiva, envolve generosidade de espírito, proximidade, correspondência – um exercício da ação de se colocar no lugar do outro; é “saber nascer inocente cada manhã”, favorecendo um novo olhar, exercitando a empatia (MAFFESOLI, 2010, p. 49).

5 METODOLOGIA

5.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa do tipo investigação interpretativa. A pesquisa qualitativa, de acordo com Minayo (2014), caracteriza-se pela busca da compreensão e da reflexão acerca de um assunto. A abordagem qualitativa trabalha com atitudes, crenças, valores, comportamentos e ações, busca entender a forma como as pessoas interpretam e dão sentido às suas experiências e ao mundo em que vivem, enfatizando os aspectos subjetivos do comportamento humano, o mundo do sujeito, suas experiências cotidianas, suas interações sociais e os significados que dá a essas experiências e interações.

O método interpretativo, conforme Josemin (2011), busca o entendimento do fenômeno por meio dos significados que as pessoas atribuem a ele. Parte do “pressuposto de que o acesso à realidade (dada ou socialmente construída) somente é possível através de construções sociais tais como a linguagem, a consciência e significados compartilhados” (JOSEMIN, 2011, p. 10).

O método interpretativo favorece a compreensão da história vivida por diferentes elementos de interação, possibilitando refletir sobre os processos sociais vividos envolvendo o imaginário. Ao adotar o referencial teórico de Michel Maffesoli, fundamenta-se o delineamento desta pesquisa pelo método interpretativo.

Maffesoli (2019, p. 33) descreveu que:

Por meio de imagens, dos cânticos, dos rituais, busca-se encontrar a marca do ser... o silêncio racional e o apelo aos sentidos... Há momentos em que as palavras não são mais pertinentes, nos quais o silêncio se impõe antes que novamente se possa dizer alguma coisa apropriada. A necessidade desse tipo de silêncio encontra-se na própria essência... A insuficiência das palavras e a abordagem de discursos convencionais conduz o narrador a um retorno aos valores tradicionais

5.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada nas cidades do Vale do Itajaí – Blumenau, Pomerode, Gaspar – e na cidade de Florianópolis, elencadas devido à grande incidência da população definida para este estudo e pelas características dessa região.

O Vale do Itajaí, assim como o Estado de Santa Catarina, foi constituído historicamente por diferentes movimentos de migrações e imigrações, formando um Estado repleto de culturas e tradições que o tornam conhecido como um Estado rico de belezas e

tradições. É um Estado conhecido por acolher os imigrantes e migrantes e ter uma ótima oferta de emprego, sendo, atualmente, um dos Estados mais procurados no Brasil por quem imigra. No ano de 2018, foram mais de 30 mil estrangeiros (PRESTES, 2019).

O Estado também se destaca por possuir o maior registro de casos de injúria racial nacional. Foram registrados, até o dia 25 de novembro de 2021, segundo o Anuário Brasileiro de Segurança Pública, 2.865 casos, evidenciando uma média de 7,8 registros diários. A população negra sente-se oprimida, ocorrendo o desencorajamento da vítima de racismo estrutural a buscar acolhimento, visto que, para cada duas pessoas negras, existem oito brancas (PRESTES, 2019).

A pesquisa também foi desenvolvida com profissionais das Unidades de APS, indicados pelas secretárias de Saúde dos municípios acima citados, profissionais estes que atuam nas unidades onde estas famílias afrodescendentes migrantes refugiadas são acolhidas e acompanhadas.

5.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes da pesquisa foram 49 participantes, sendo 22 famílias afrodescendentes migrantes refugiadas haitianas que vivem/viveram privações de direitos humanos e 27 profissionais de saúde que atuam no cuidado assistencial para famílias afrodescendentes migrantes refugiadas. A população afrodescendente, na região do Vale do Itajaí, em sua maioria, é composta por migrantes haitianos, mas é importante enfatizar a relação de empatia e a história pregressa da pesquisadora com a população haitiana, fato que também determinou a escolha dos participantes desta pesquisa.

Para a realização desta pesquisa, torna-se relevante considerar a trajetória histórica da família para compreender o cotidiano e a construção do imaginário e do cotidiano dessas famílias sobre promoção da saúde, os limites e as potências para o cuidado promotor da saúde e a compreensão e a vivência das privações de direitos humanos.

A aproximação com as 22 famílias deu-se a partir de informantes da comunidade que possibilitaram o contato com elas para, posteriormente, convidá-las a fazer parte da pesquisa ou por meio de contato com as associações e igrejas que acolhem e desenvolvem atividades com essa população de haitianos.

Os critérios de inclusão para as famílias afrodescendentes migrantes refugiadas haitianas foram: viver ou ter vivido em situação de privações de direitos humanos; ser maior de 18 anos e ter capacidade cognitiva de responder a questões.

Os critérios de exclusão para as famílias afrodescendentes migrantes refugiadas haitianas foram: participante maior de 18 anos não residente efetivo no Brasil; não existência de núcleo familiar.

Como critério de inclusão para os profissionais de saúde, definiu-se ser profissional da APS que atua/atuou na assistência de forma direta junto às famílias afrodescendentes migrantes refugiadas haitianas. Excluíram-se os profissionais de férias ou afastados do trabalho no período da coleta de dados.

5.4 COLETA E REGISTRO DE DADOS

Os dados foram coletados pela própria pesquisadora nos meses de agosto e outubro de 2020 com os profissionais da APS. No período entre janeiro e agosto de 2021, a coleta de dados foi com as famílias afrodescendentes migrantes refugiadas haitianas.

Como fontes de evidências, foram realizadas entrevistas individuais, seguindo um roteiro semiestruturado contendo questões abertas (APÊNDICE A), as quais abordaram as características da família afrodescendente migrante refugiada haitiana em situação de privação de direitos humanos. Ao buscar a compreensão do objeto deste estudo, foram contempladas questões que abordaram o cotidiano das famílias com suas potências e limites existentes nestes núcleos familiares e sua relação com o cuidado promotor de saúde.

As entrevistas tiveram duração de 60 a 80 minutos com as famílias, com média de 60 minutos. Para melhor compreender a estrutura familiar e suas redes de apoio, adotaram-se instrumentos específicos para o conhecimento das famílias, como o genograma interacional e o ecomapa, buscando a compreensão dos potenciais familiares e das redes de suporte para um cuidado promotor de saúde.

Para a coleta de dados junto aos profissionais da área da saúde, foram adotadas entrevistas individuais abertas com roteiro semiestruturado (APÊNDICE B) em que foram abordadas questões sobre o imaginário, as potências e os limites das famílias afrodescendentes migrantes refugiadas haitianas.

Devido ao momento mundial de enfrentamento à pandemia de COVID-19, as entrevistas com os profissionais da área da saúde ocorreram por meio de ferramentas tecnológicas.

Tradicionalmente, costuma-se definir entrevista como uma situação em que pesquisador e entrevistado se inter-relacionam com o propósito de, respectivamente, coletar e fornecer informações sobre a temática. Frequentemente, a entrevista é realizada face a face (pessoal) ou, ainda, por telefone ou mediada por tecnologias digitais. Esta última forma vem se expandindo durante o atual período de distanciamento social, devido à pandemia da COVID-19, utilizando-se de softwares e de plataformas digitais interativas, disponíveis para celulares e computadores” (NUNES, 2021, p. 63).

Inicialmente, a pesquisa foi projetada com a possibilidade de desenvolver a coleta de dados com encontros presenciais, rodas de conversas, utilização de materiais lúdicos para enriquecimento dos resultados, porém, devido à pandemia de COVID-19, essas atividades necessitaram ser descartadas, respeitando as orientações vigentes no país para a segurança dos participantes e da pesquisadora.

Perante as limitações encontradas para a realização da pesquisa, devido à pandemia, a coleta de dados ocorreu em duas modalidades. Com os profissionais da APS, o contato ocorreu por meio de indicação da secretária da Saúde. A pesquisadora entrou em contato por meio de *e-mail* explicando o objetivo da pesquisa, bem como os convidando a fazer parte, porém, sem obter muito sucesso. Assim, foram realizadas ligações telefônicas para as Unidades de Saúde de Estratégia Saúde da Família, possibilitando o mapeamento das equipes de saúde que atendiam as famílias migrantes refugiadas afrodescendentes haitianas em seu território de atuação. Após o reconhecimento dos atores envolvidos, foram enviados *e-mails* e mensagens por *WhatsApp* explicando o objetivo da pesquisa e os convidando para participar.

Com o aceite inicial, os profissionais recebiam um *e-mail* com um *link* explicando, detalhadamente, os objetivos da pesquisa, os critérios de participação e os de exclusão, além de conduzi-los ao *Google Forms* onde constava o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) e, somente após o aceite, o roteiro de perguntas era aberto.

Já com relação às famílias migrantes refugiadas afrodescendentes haitianas, o contato inicial deu-se por meio da busca de associações e igrejas haitianas onde a pesquisadora se apresentava, explicava o objetivo da pesquisa e, após o aceite, ocorria o agendamento para a realização das entrevistas.

As entrevistas ocorreram de forma individual, sendo realizadas em domicílios, igrejas e associações, usando um gravador para registrar as informações. As entrevistas ocorriam com um questionário já pré-elaborado e aprovado pela banca.

Logo nas primeiras entrevistas, surgiu a dificuldade de compreensão das questões, principalmente aquelas que não tinham relação com seu cotidiano, em especial, alguns termos como Promoção da Saúde, por exemplo. A realidade das famílias era bem distante e diferente

do que a pesquisadora conhecia, fazendo com que as questões fossem se adaptando para esta outra realidade, respeitando os diferentes saberes.

Durante todo o processo de coleta de dados com as famílias afrodescendentes migrantes refugiadas haitianas, as palavras de Michel Maffesoli ecoavam na mente da pesquisadora: “o ser humano é maior do que o ser humano” [...] “as gestualidades cotidianas, os olhares trocados, os pequenos acontecimentos da vida diária, enfim, o relacionismo é o que nos constitui, cada instante é eterno” (MAFFESOLI, 2019, p. 78). Isto fez todo o sentido nas palavras dessas famílias haitianas, que serão apresentadas ao longo dos resultados deste estudo, além das lágrimas, do silêncio ensurdecedor e dos risos nervosos que permearam as entrevistas.

Para o registro dos dados, foram realizadas gravações digitais, com posterior transcrição. Além disso, a pesquisadora adotou o diário de campo, considerando as Notas de Interação, Notas Metodológicas, Notas Teóricas e Notas Reflexivas (NITSCHKE, 1999).

Nas Notas de Interação (NI), foram descritos o local da pesquisa, os participantes, as interações, os diálogos, os comportamentos, entre outras características. Nas Notas Metodológicas (NM), foram realizadas reflexões sobre o caminho percorrido ao desenvolver a metodologia, podendo indicar outras e novas direções. As Notas Teóricas (NT), por sua vez, contemplaram os registros analíticos sobre o referencial teórico, associando sua aplicabilidade e exatidão ao contexto da pesquisa. Finalmente, nas Notas Reflexivas (NR), foi realizada a descrição dos sentimentos, sensações e compreensão da pesquisadora durante o desenvolvimento da pesquisa.

5.5 ANÁLISE DOS DADOS

Para a sustentação teórica e filosófica da pesquisa, adotaram-se os saberes da Sociologia Compreensiva e do Quotidiano de Michel Maffesoli, pois este descreveu que o momento no qual se vive invoca um conhecimento diversificado:

“[...] em que a análise disjuntiva e o apriorismo conceitual devem dar lugar a uma abordagem complexa que possibilite integrar a participação, a descrição, as narrativas de vida e as diversas manifestações do imaginário coletivo” (MAFFESOLI, 2014, p. 277).

Para a análise dos dados produzidos na coleta de dados, utilizaram-se, nesta pesquisa, os preceitos de Minayo (2014) nos quais a análise dos dados permite estabelecer uma compreensão dos dados coletados, confirmar ou não os pressupostos da pesquisa e/ou responder às questões formuladas e ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado, articulando-o ao contexto cultural do qual faz parte. As etapas contempladas do método de análise temática são:

pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação (MINAYO, 2014). Esse processo ocorre desde a organização dos dados, a divisão das unidades elaboradas, a síntese, os aspectos que se destacam e a decisão sobre o que abordam, levando em consideração os objetivos propostos e a compreensão das informações ao próximo.

Na primeira etapa, a pré-análise, ocorreu o primeiro contato com os dados da coleta de dados quando se começou a reconhecer o material das entrevistas e o dos questionários *on-line* a partir da fala dos participantes. Cabe destacar que as 22 entrevistas com as famílias foram transcritas, favorecendo uma leitura minuciosa. Quanto aos 27 questionários aplicados com os profissionais da APS, o recolhimento dos dados ocorreu somente após o encerramento da coleta, fechamento do acesso ao *Google Forms*, possibilitando gerar um documento com as questões e respostas de forma individual e coletiva. Ressalta-se que a tecnologia utilizada possibilitou, à pesquisadora, gerar um documento com cada questão e com as 27 respostas agrupadas. Após a coleta, as respostas foram lidas e relidas em busca da conexão do objetivo proposto neste estudo.

Essa fase oportuniza, à pesquisadora, o questionamento acerca das relações entre as etapas realizadas - entrevistas, genogramas, ecomapas e roteiros, desenvolvendo alguns indicadores que orientam a compreensão do material e a interpretação final.

Para a organização dos dados, os participantes foram identificados com as siglas FAM – referente às famílias e PAS – para os profissionais da Saúde e uma ordem numérica de acordo com a realização das entrevistas e das respostas ao roteiro.

Para a organização das entrevistas, estas foram colocadas em uma tabela, de autoria da própria pesquisadora, em documento no *Word*, onde as respostas eram apresentadas de acordo com a pergunta, o que permitiu a visualização e exploração do material, sendo este momento realizado de forma manual e lúdica, no qual a pesquisadora destacava as falas por meio de cores de acordo com suas similaridades, permitindo também uma melhor compreensão das falas.

A pesquisadora, após a etapa de destaque das falas, pôde realizar um agrupamento e a identificação das categorias que emergiram destas entrevistas. É importante ressaltar que essas foram elaboradas de cada questão, permitindo a criação das categorias que são as expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo das falas fora organizado. Ou seja, a categorização consiste em um processo de redução do texto às palavras e expressões significativas para o estudo (MINAYO, 2014). Com uma leitura detalhada, foi possível identificar as similaridades e diferenças entre as respostas, além de proporcionar, à pesquisadora, o resgate e a construção das categorias que emergiam das perguntas.

E, a partir disso, foi possível então compreender, em amplitude, os significados dos dados encontrados, realizar interpretações pessoais sobre os achados, bem como compará-los com outros descritos na literatura, a fim de responder ao objetivo proposto na pesquisa.

Foram elaboradas seis categorias centrais: O cotidiano de privações de direitos humanos das famílias migrantes refugiadas afrodescendentes haitianas; Potências no cotidiano das famílias migrantes refugiadas afrodescendentes haitianas; Promoção da saúde para as famílias migrantes refugiadas afrodescendentes haitianas; O imaginário dos profissionais da APS sobre as potências e os limites das famílias migrantes refugiadas afrodescendentes haitianas; Potências e limites no cotidiano dos profissionais da APS para a promoção da saúde das famílias migrantes refugiadas afrodescendentes haitianas.

5.6 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi desenvolvida segundo a Resolução CNS nº 466/2012, obedecendo às diretrizes e normas reguladoras de pesquisas que envolvem seres humanos. Essa resolução abrange os cinco referenciais básicos da bioética, que são: autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, visando a assegurar os direitos e deveres sobre a comunidade científica, aos participantes da pesquisa e ao Estado (BRASIL, 2012). A coleta de dados deu-se somente após a anuência das secretárias de Saúde e aprovação em Comitê de Ética.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) sob o Parecer nº 4.195.158 e os TCLEs atendem, na íntegra, à Resolução CNS nº 466/12. Devido à pandemia, uma ementa também foi submetida ao Comitê de Ética solicitando a alteração da forma de coleta de dados com os profissionais da área da saúde, sendo a mesma aprovada.

Os participantes foram convidados a tomar parte do estudo segundo os preceitos éticos que envolvem estudos com seres humanos. Assim, foram informados sobre os riscos e os objetivos da pesquisa anteriormente às entrevistas. Foram respeitados perante a sua vontade sob a forma de manifestação expressa, livre e esclarecida, com o direito de permanecer e contribuir ou não à pesquisa, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos aos participantes. Foi apresentado o TCLE – (APÊNDICE C) e, para a manutenção do sigilo e anonimato dos participantes da pesquisa, foram utilizados códigos alfanuméricos na descrição dos resultados.

As entrevistas individuais foram gravadas por meio digital com autorização prévia dos participantes. Os dados ficarão arquivados com a pesquisadora responsável por um período

mínimo de cinco anos, sendo, após esse tempo, destruídos. Os dados coletados foram tratados com segurança de forma a garantir a confidencialidade e o sigilo em todas as etapas do estudo.

O TCLE foi elaborado em duas vias, sendo assinadas pelo participante da pesquisa e a pesquisadora responsável, assim como todas as páginas foram rubricadas por ambas as partes. Devido à dificuldade de compreensão do idioma português, o TCLE foi apresentado em creole para as pessoas e famílias afrodescendentes migrantes refugiadas haitianas (APÊNDICES D,E).

Os locais da abordagem inicial do convidado a participar da pesquisa foram as associações e igrejas onde as famílias interagem, respeitando-se e obedecendo sua disponibilidade. Ao receber o aceite e a assinatura do termo de consentimento para a realização da entrevista, pedia-se, então, a permissão para a gravação digital e informava-se o início dela. Além disso, sempre buscou-se garantir a realização da entrevista em um local tranquilo e seguro, confiando, ao entrevistado, o sigilo das informações coletadas.

Destaca-se que as informações coletadas não serão utilizadas em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou de aspectos econômicos/financeiros.

Devido ao processo de coleta de dados ter ocorrido durante a pandemia de COVID-19, todos os cuidados foram tomados, com o uso de máscara e o distanciamento, respeitando a segurança das famílias e da pesquisadora. Durante a realização das entrevistas, a pesquisadora esteve atenta: caso ocorressem momentos de instabilidade emocional devido ao resgate de suas origens e situações vividas, seria realizado o acolhimento necessário, bem como os devidos encaminhamentos e acompanhamentos dos participantes junto aos serviços de saúde.

Os participantes da pesquisa receberam os resultados parciais da pesquisa. Ao término do estudo, a pesquisadora compromete-se com a divulgação dos resultados para os diferentes cenários da pesquisa e espaços acadêmicos, podendo ser publicados em revistas indexadas e apresentados em eventos científicos.

Ressalta-se a dimensão ética desta pesquisa ao buscar, como resultado, apresentar elementos que fortaleçam a APS, produzindo saberes e instrumentos para a atuação junto às famílias afrodescendentes migrantes refugiadas, a partir da compreensão do cotidiano de inúmeras privações de direitos às quais estas pessoas estão submetidas, buscando transfigurar esta realidade cotidiana, construindo um Modelo Promotor da Saúde.

6 RESULTADOS DA PESQUISA

Em atendimento à Instrução Normativa nº 01/PEN/2016 do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, os resultados desta tese de doutorado estão estruturados no formato de manuscritos construídos em resposta aos objetivos desta tese.

MANUSCRITO 1 - Quotidiano de famílias migrantes refugiadas afrodescendentes haitianas perante a violação dos direitos humanos

Objetivo: compreender o cotidiano das famílias afrodescendentes haitianas migrantes refugiadas e o imaginário sobre a privação dos direitos humanos com seus desafios e limites.

Categorias que emergiram: cinco categorias centrais: Trabalho: ambiente de preconceito e racismo; Dignidade roubada; Dificuldade na documentação; Barreira linguística; Problema de saúde é muito complicado: vai no consultório com doença e sai com a doença.

MANUSCRITO 2 - Potências no cotidiano das famílias migrantes refugiadas afrodescendentes para o enfrentamento da privação de direitos humanos

Objetivo: compreender as potências no cotidiano das famílias afrodescendentes migrantes refugiadas para o enfrentamento da privação dos direitos humanos para o cuidado promotor da saúde.

Categorias que emergiram: quatro categorias centrais: Sonho de uma vida melhor; Vida cotidiana; Família, minha potência e Família.

MANUSCRITO 3 - O imaginário das famílias migrantes refugiadas afrodescendentes haitianas sobre a promoção da saúde

Objetivo: compreender o imaginário das famílias afrodescendentes haitianas migrantes refugiadas sobre a promoção da saúde.

Categorias que emergiram: Saúde é a ausência de doenças; Saúde é ruim e espera prolongada pelo cuidado; Conhecimento básico sobre o que deve ser feito; Realidade no cotidiano de privações de direitos; Presente divino.

MANUSCRITO 4 - Imaginário dos profissionais da atenção primária à saúde sobre potências e limites no cotidiano de famílias afrodescendentes haitianas migrantes refugiadas

Objetivo: compreender o imaginário dos profissionais da APS sobre as potências e os limites do cotidiano das famílias afrodescendentes haitianas migrantes refugiadas.

Categorias que emergiram: duas categorias centrais: primeira categoria - As potências no cotidiano das famílias afrodescendentes migrantes refugiadas, com três subcategorias: Educados, Ensino Superior; Laços familiares; Gentileza; segunda categoria - Os limites no cotidiano das famílias afrodescendentes migrantes refugiadas, com quatro subcategorias: Buscam o serviço de saúde somente para assistencialismo; Barreira linguística; Vulnerabilidade; A estigmatização na compreensão dos profissionais da área da saúde.

MANUSCRITO 5 - Potências e limites no cotidiano dos profissionais da atenção primária à saúde para a promoção da saúde das famílias afrodescendentes haitianas migrantes refugiadas

Objetivo: compreender as potências e os limites no cotidiano dos profissionais da APS para a promoção a saúde das famílias afrodescendentes migrantes refugiadas.

Categorias que emergiram: três categorias centrais: Políticas e ações para a promoção da saúde; Estratégia Saúde da Família como potência para a promoção da saúde e Limites para a promoção da saúde no cotidiano dos profissionais da saúde.

MANUSCRITO 6 – Contribuições para um cuidado promotor da saúde no cotidiano de pessoas e famílias migrantes refugiadas

Objetivo: propor a coconstrução de um Cuidado Promotor da Saúde, considerando as potências e os limites do cotidiano das famílias afrodescendentes haitianas migrantes refugiadas em ambiente de privações de direitos humanos.

6.1 MANUSCRITO 1

QUOTIDIANO DE VIOLAÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS NA VIDA DAS FAMÍLIAS MIGRANTES REFUGIADAS AFRODESCENDENTES HAITIANAS

RESUMO

Compreender o imaginário das famílias afrodescendentes haitianas migrantes refugiadas sobre o cotidiano de privação dos direitos humanos, com seus desafios e limites. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, com método de investigação interpretativa, fundamentado na Sociologia Compreensiva e do Cotidiano de Michel Maffesoli, contemplando os Pressupostos Teóricos e da Sensibilidade. Fizeram parte desta pesquisa 49 participantes, sendo 22 famílias afrodescendentes haitianas migrantes refugiadas residentes nos municípios de Blumenau, Gaspar, Pomerode e Florianópolis e 27 profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde. A coleta de dados foi realizada entre os meses de agosto de 2020 e agosto de 2021 por meio de entrevistas semiestruturadas e diário de campo. Ocorreu somente após a aprovação no Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina sob o Parecer número 4.195.158. O registro dos dados foi realizado por meio de gravações digitais, com posterior transcrição; o diário de campo também foi adotado integrando Notas de Interação, Notas Metodológicas, Notas Teóricas e Notas Reflexivas. A análise de dados contemplou as seguintes etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Originaram-se cinco categorias centrais: Trabalho: ambiente de preconceito e racismo: Dignidade roubada: Dificuldade na documentação; Barreira linguística; Problema de saúde é muito complicado: vai no consultório com doença e sai com a doença. Neste cotidiano de privações de direitos humanos, as questões históricas permeiam a manutenção do racismo e inúmeras outras formas de violação. Considerações: o imaginário das famílias denota privações de direitos humanos no dia a dia: salário injusto e condições de trabalho precárias, moradia inadequada, luto pela distância de suas origens e família, racismo persistente e violências psíquicas, que provocam dor e sofrimento, repercutindo na saúde e potencializando o adoecer. Cabe aos profissionais, em sua prática cotidiana, dentro do Sistema Único de Saúde, envolver a sociedade e o Estado, lutar pela eliminação de atos de violação dos direitos humanos, como discriminação, preconceito, e das desigualdades e injúrias raciais, revertendo o sentido do viver e do conviver em direção à promoção da saúde e de uma vida digna.

Palavras Chaves: Direitos Humanos; Racismo; Afrodescendentes; Migrantes; Refugiados; Atividades Cotidianas; Enfermagem; Promoção da Saúde.

INTRODUÇÃO

Ao considerar os direitos humanos como perspectiva para o fortalecimento e a efetivação da dignidade humana, emerge-se em um contexto no qual não cabem limitações que estão postas na sociedade. Os direitos humanos surgiram há 73 anos como um instrumento de sinalização de que todos são humanos e têm direito à vida.

A Declaração dos Direitos Humanos surgiu em 1948, após a Segunda Guerra Mundial, com o intuito de guiar e direcionar para que não ocorram mais atrocidades e/ou atos bárbaros vistos na ideologia que desencadeou a Segunda Guerra Mundial. A Declaração dos Direitos Humanos promulgou o “reconhecimento à dignidade de todos os membros da família humana

e dos seus direitos iguais e inalienáveis constituem o fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo” (AGÊNCIA DE LA ONU PARA LOS REFUGIADOS. 2021).

Ao resgatar, historicamente, as conquistas dos direitos humanos, o primeiro direito defendido foi o direito à vida e, posteriormente, os direitos civis, políticos, sociais, que foram sendo agregados nesta busca pela dignidade e igualdade. Ao passar as décadas, a integridade física, educação, habitação, assistência, trabalho, lazer, saúde, informações foram sinalizados como parte essencial para a sua concretização (DOMINGUES, 2018).

O artigo XXV da Declaração dos Direitos Humanos defende que todo ser humano tem direito a uma qualidade de vida capaz de promover a sua saúde e de sua família, incluindo alimentação, habitação e acesso aos serviços de saúde. No Brasil, a saúde como direito de todos surge como resultado do movimento da Reforma Sanitária, que culminou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (BRASIL, 1988; 1990; RAMOS; RODRIGUES; ALMEIDA, 2021).

Os direitos humanos permanecem vigentes no Brasil e em quase todos os países do mundo, mantendo o propósito de que todos devem ser tratados como iguais, buscando promover o bem-estar sem distinção de raça, preconceito pela origem, sexo, cor, idade ou qualquer fator que possa promover discriminação e/ou limitação à vida (DOMINGUES, 2018).

A Declaração dos Direitos Humanos promoveu um papel importante na história da humanidade, “esta codificou as esperanças de todos os oprimidos, forneceu linguagem autorizada à semântica de suas reivindicações, proporcionou base legislativa às lutas políticas pela liberdade e igualdade”, criou alicerces para a construção de uma verdadeira comunidade internacional. Os direitos humanos, além de proporcionar o resgate da fragilidade humana, concebe a importância da fraternidade em um mundo cada vez mais globalizado (ROCHA *et al.*, 2020, p. 30).

Porém, ao pensar nas pessoas e nas famílias afrodescendentes, os direitos humanos só foram implementados durante a realização da Conferência Regional das Américas, preâmbulo para a III Conferência Mundial de Combate ao Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Correlata, na cidade de Santiago do Chile, no ano 2000 (BRASIL, 2016).

Este foi o primeiro registro reconhecendo os afrodescendentes como sujeitos de direito e, especificamente, como sujeitos do Direito Internacional. A Declaração de Santiago estimulou Estados a assumirem leis em favor da população afrodescendente, bem como a criação de órgãos públicos para promover a igualdade racial (DÁVILA, 2018).

Com o direito adquirido de ir e vir, associado à globalização e ao aumento das disparidades, tanto nos países quanto entre estes ocorreu um aumento da migração

internacional. Entre as pessoas e famílias afrodescendentes, muitos estão procurando emprego, oportunidades educacionais e melhoria na qualidade de vida. Outros querem reunir-se com suas famílias e muitos ainda estão fugindo de perseguição, de regimes não democráticos, de conflitos ou da violência em seu próprio país. Eles colocam as suas vidas em risco em tentativas desesperadas de encontrar segurança e o direito à proteção internacional (AGÊNCIA DA ONU PARA REFUGIADOS, 2019).

A globalização tem sido marcada pelos fenômenos sociais que são indissociáveis da história pregressa e da cultural manifesta por meio dos movimentos migratórios em diferentes regiões do mundo. Neste cenário, vive-se uma harmonia conflitual onde *o moderno e o arcaico* promovem mudanças significativas e inovadoras em todos os espaços de produções do conhecimento e de desenvolvimento humano (MAFFESOLI, 2014).

A busca pela igualdade e liberdade potencializa este movimento de migrar. Gradativamente, os movimentos migratórios, entre as diferentes regiões do mundo, têm promovido desafios aos poderes públicos e governamentais para a criação e efetivação de ações integrativas aos migrantes e refugiados, favorecendo o acolhimento no país escolhido por estes (BRASIL, 2017).

No Brasil, o governo vem desempenhando esforços no sentido de desenvolver políticas públicas adequadas às especificidades capazes de acolher os migrantes em ações humanitárias, devido ao aumento do fluxo migratório, com destaque às pessoas e famílias haitianas que, após o terremoto de 2010, migraram em busca de empregabilidade, direito à vida e novas oportunidades (BRASIL, 2016). Porém, ao adentrar a realidade da migração das famílias e pessoas afrodescendentes, esta caracteriza-se pela “falta de acolhimento, por preconceito [...] esse processo migratório é caracterizado pela cor negra e pela pobreza, desencadeando questionamentos e discriminação de segmentos da sociedade” (MARCON; BARRETO; ELSÉN, 2019, p. 259).

Mesmo o Brasil sendo um país conhecido internacionalmente pelo acolhimento e respeito às diferentes culturas, a realidade descrita na literatura fortalece o questionamento sobre como é o cotidiano das famílias migrantes refugiadas afrodescendentes e sua relação com os direitos humanos.

Este estudo tem como objetivo: compreender o cotidiano das famílias afrodescendentes haitianas migrantes refugiadas e o imaginário sobre o cotidiano de privação dos direitos humanos.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa e interpretativa. Segundo Minayo (2014), caracteriza-se pela busca da compreensão e da reflexão acerca de um assunto. Busca entender a forma como as pessoas interpretam e dão sentido às suas experiências e ao mundo em que vivem, enfatizando os aspectos subjetivos do comportamento humano, o mundo do sujeito, suas experiências cotidianas, suas interações sociais e os significados que dão a essas experiências e interações.

Inscribe-se em uma perspectiva da Sociologia Compreensiva e do Quotidiano de Michel Maffesoli, adotando-se seus Pressupostos Teóricos e da Sensibilidade: crítica ao dualismo esquemático; forma; sensibilidade relativista; pesquisa estilística; pensamento libertário.

A pesquisa foi desenvolvida com 22 famílias migrantes refugiadas afrodescendentes haitianas que residem nos municípios de Blumenau, Pomerode, Gaspar e Florianópolis (ANEXOS B, C, D e E), e com 27 profissionais de saúde da APS.

Critérios de inclusão para as famílias afrodescendentes migrantes refugiadas haitianas: encontrar-se ou ter vivido em situação de privações de direitos humanos; ser maior de 18 anos e ter capacidade cognitiva de responder a questões.

Critérios de exclusão para as famílias afrodescendentes migrantes refugiadas haitianas: ser menor de 18 anos; não ser residente efetivo no Brasil; não existência de núcleo familiar; não ser haitiano.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de agosto de 2020 e agosto de 2021 por meio de entrevistas semiestruturadas. Como estratégia de abordagem inicial para a coleta de dados com as famílias, a pesquisadora entrou em contato com igrejas e associações buscando acesso às famílias migrantes refugiadas afrodescendentes haitianas. Nos municípios de Pomerode e Gaspar, as coletas de dados deram-se no espaço cedido pela igreja onde se agendava horário e se realizavam as entrevistas. Já no município de Blumenau, a entrevista ocorreu na residência da família. No município de Florianópolis, a entrevista desenvolveu-se na sede de uma associação de apoio a migrantes. As entrevistas foram guiadas por um instrumento com questões semiestruturadas e, para que não se perdessem informações, todas as entrevistas foram gravadas após o aceite de participação e a assinatura do termo de consentimento. Devido à barreira linguística, favorecendo a compressão do objetivo da pesquisa e a segurança dos participantes, o termo de consentimento foi apresentado no idioma português e no idioma creole.

Após a coleta de dados, desenvolveu-se a fase de análise temática em três etapas, conforme sugerido por Minayo (2014): pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Após uma leitura minuciosa de cada entrevista, os dados foram inseridos em uma planilha, o que favoreceu a visualização das falas de forma geral e singular. Em seguida, fez-se a categorização, respeitando as questões e as falas de cada participante. As categorias agregaram os resultados com mesmo sentido e significado.

A coleta de dados ocorreu somente após a aprovação do Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) sob o Parecer número 4.195.158 (ANEXO A). Para a manutenção do sigilo dos participantes da pesquisa, foi-lhes atribuído codinome alfanumérico na descrição dos resultados.

RESULTADOS

Conhecendo as famílias

Participaram deste estudo 22 famílias afrodescendentes haitianas migrantes refugiadas, que residem em um destes municípios: Blumenau, Pomerode, Gaspar e Florianópolis.

As famílias têm composição nuclear. Todos os participantes são casados. Das 22 famílias, três não têm filhos, uma está no período gestacional, quatro famílias têm um filho (a), sete famílias têm dois filhos, três famílias têm três filhos, duas têm quatro filhos e duas famílias têm cinco filhos. Em uma destas famílias, a mulher está no Brasil e o marido e os cinco filhos permanecem no Haiti.

Com relação à renda salarial, a média está entre 1.200 e 2.000 reais. Dos que fizeram parte desta pesquisa, quatro estavam desempregados, porém, seus cônjuges estavam trabalhando; duas pessoas estavam em auxílio do INSS devido a problemas de saúde.

No campo de atuação no mercado de trabalho, um tem formação em secretariado bilíngue e trabalha como auxiliar de cozinha; dois têm formação em auxiliar de Enfermagem/técnico de Enfermagem e, neste momento, atuam como costureiras; dois possuem formação em técnicos de mecânica de máquinas e, atualmente, trabalham nos serviços gerais; um fez teologia e atua no Brasil como pastor para a comunidade haitiana, porém, trabalha como operador de máquina para ter renda. Do total, 12 pessoas possuem formação de segundo grau, sendo que um era padeiro e atua como auxiliar de padeiro, três não completaram o ensino básico e todos os demais atuam em empresas de malharias ou serviços gerais.

Com relação ao tempo de residência no Brasil: 17 famílias participantes da pesquisa já estão há mais de quatro anos em suas cidades atuais; três famílias, há três anos e duas famílias, há mais de dois anos, o que favoreceu e potencializou ainda mais a compreensão do cotidiano delas.

Com relação às cidades onde estas famílias vivem, algumas especificidades foram percebidas durante o processo de coleta de dados. Nas cidades de Gaspar e Pomerode, as famílias relataram a existência de elos afetivos entre as famílias haitianas, havendo cuidado, apoio mútuo, união e colaboração. As coletas de dados ocorreram na igreja onde estas famílias se congregam. Mesmo após terminar a entrevista, uma família aguardava a outra para compartilhar a experiência (DC).

Na cidade de Blumenau, as entrevistas ocorreram nas residências. As famílias relataram receber ajuda de outras famílias haitianas, porém, sem grande ênfase na fala. Não foi possível perceber a mesma intensidade de cuidado e afeto como nos outros municípios cenários deste estudo.

No município de Florianópolis, todos os entrevistados relataram não ter nenhuma rede de apoio e não ter com quem contar. A desesperança fez parte do momento de todas as entrevistas com estas famílias. Foram as entrevistas que mais evidenciaram o peso de um cotidiano de solidão e sofrimento (DC).

Um ponto a ser destacado é a manutenção do termo *as famílias* durante a descrição da pesquisa, pois, nos municípios de Pomerode, Gaspar e Blumenau, a coleta de dados aconteceu com a presença de todos os membros da família. Em diversos momentos, um dos familiares complementava a ideia do outro, enriquecendo as informações.

Para melhor compreensão da característica das famílias e suas relações e interações, uma das ferramentas para a coleta de dados das famílias foi a construção do ecomapa e do genograma, instrumentos que possibilitaram compreender as redes de apoio para as famílias. Como descrito anteriormente, as famílias de Pomerode, Gaspar e Blumenau referiram receber apoio entre as famílias haitianas e da igreja constituída por membros haitianos, não mencionando outras redes de apoio externo. Mesmo quando questionadas de forma mais direta, nenhuma das 22 famílias participantes citaram o espaço da saúde ou outras formas de cuidado oriundo de outros cenários que não sejam os dos lares haitianos. Em Florianópolis, ao serem questionadas sobre sua rede de apoio, as famílias citaram somente DEUS como apoio.

Uma das famílias sensibilizou a autora deste trabalho de modo muito significativo como pessoa e pesquisadora. Mulher e mãe, a entrevistada encontrava-se sozinha no Brasil, em Florianópolis, e, devido à pandemia, não conseguiu dar continuidade aos seus planos, que seria

a vinda, para o Brasil, do marido com os dois filhos mais novos. O marido, no período de desenvolvimento da pesquisa, não apresentava mais desejo de vir para o Brasil e ela não queria voltar para o Haiti, pois via possibilidade de dias melhores aqui no Brasil. Elaborar este genograma levou a pesquisadora a uma profunda reflexão sobre as dores incalculáveis pelas quais estas pessoas e famílias passam em busca de dias melhores (DC).

Desafios e limites do dia a dia

Os desafios e limites do dia a dia emergiram do imaginário das famílias migrantes refugiadas afrodescendentes migrantes haitianas sobre seu cotidiano e a privação de direitos humanos, apontando seis categorias centrais: Trabalho: ambiente de preconceito e racismo; Dignidade roubada, Dificuldade de documentação; Barreira linguística e Problema de saúde é muito complicado: vai no consultório com doença e sai com a doença.

Ao serem questionadas sobre os limites e desafios enfrentados no cotidiano, o ambiente de trabalho desponta como um grande ambiente de preconceito e racismo. As famílias migrantes refugiadas afrodescendentes referem sofrer violação dos seus direitos, enquanto cidadãs, ora por não “ter vaga” para haitianos, ora por serem oferecidos apenas os trabalhos pesados, embora algumas pessoas tenham formação técnica para desenvolver a função.

“Lá na empresa, se tem alguma coisa que brasileira não consegue fazer, a haitiana vai fazer; todas as coisas pesadas a haitiana vai fazer, tem que fazer, não sei por que, mas tenho que fazer. Não sei, é só um mesmo sangue.” (FAM. 08)

“Emprego, o que me sinto mal, quando haitiano vai pedir serviço, não tem vaga para haitiano; mas o haitiano vem para o Brasil buscar uma vida melhor! Mas chega no Brasil e pessoa que tem emprego e, às vezes, pessoa que tem emprego não sabe nada. Mas quem manda na empresa tem preconceito com haitiano. Você vê que tem vaga urgente, mas haitiano vai lá e diz que não tem vaga para haitiano, me sinto mal [...] você pode morrer de fome, mas não dão emprego.” (FAM. 10)

“Eu trabalhei no Haiti na padaria; eu saber fazer pão. Agora, quatro anos auxiliando o padeiro, quatro anos! Agora vem outro! Eu auxiliar em tudo, em três meses, tudo auxiliiei ele, eu mostrar tudo que fazer,

passaram ele para padeiro e, eu quatro anos, sabendo tudo e nunca me passam para padeiro. Ah! É haitiano, pega uma faca e passa aqui (faz gestos como se tivesse uma faca e cortasse o braço) mesma cor de sangue, mesma condição! Falam que racismo é crime, é um crime. Cor? Não tem cor! Não sei por que fazem isso. É muito complicado.”
(FAM. 11)

“Eu sou técnico em manutenção automotiva, mas tentei, várias vezes, emprego em oficina e não consegui. Fiz o curso do IFSC (Instituto Federal de Santa Catarina) no Brasil, só que, quando eu cheguei, eu achei que era porque tinha feito o curso no Haiti não conseguia emprego. Já tem cinco anos que sou formado; desde 2015. Não consigo trabalhar em uma oficina mecânica para poder praticar a profissão que eu amo. Eu gastei muito tempo para estudar. Eu só preciso praticar, mas não tenho oportunidade para fazer. Até me ofereci para dar uma força, eles me aceitaram; entrei, mas, na verdade, não queriam, só me mandaram limpar o chão. Não me mandou nada para a prática [...] dói meu coração[...] (choro). Para trabalhar de ajudante de construção você consegue, para trabalhar de auxiliar de cozinha você consegue, engenheiro não consegue, técnico de manutenção de mecânica não consegue, isso me dói (choro).” **(FAM. 21)**

O cotidiano é permeado de racismo e preconceito, como as próprias famílias afrodescendentes haitianas migrantes refugiadas continuam a resgatar de seu imaginário, a partir de seu vivido.

“Eu tenho para fazer um curso de francês, dar aula, eu levei currículo, depois, me falou que vai me ligar em janeiro, ninguém nunca ligou [...], mas por que não ligou? Coisa da cor, estou perdendo, mas por coisa da cor da pele.” **(FAM. 01)**

“Eu não estou saindo, não estou conversando porque eu sei como as pessoas têm esse preconceito e, normalmente, por conta da cor da

minha pele. Eu fico no meu cantinho, melhor assim, não tenho problemas,” (FAM. 05)

“Um haitiano vai na empresa, dizem que não tem vaga para haitiano, mas vi venezuelano, argentino. No emprego, também tem preconceito, haitiano não pode reclamar! Tudo que é pesado é para haitiano! Outros brasileiros fazem o que quiser. Exemplo: tenho sete anos na empresa, se entrar um brasileiro na empresa, ele pode fazer o que quiser e ele vai passar na experiência, e eu que tenho sete anos, eu não posso dizer que estou doente, eu não posso dizer que estou cansado, vou pegar suspensão, advertência, para mim, isso é preconceito, racismo. A primeira coisa que vem na mente é que sou haitiano, ele sabe que eu não tenho onde reclamar, que não sabe meus direitos, acho que tem muito preconceito.” (FAM. 07)

Também vivenciam, em seu dia a dia, a dignidade roubada pela falta de valorização enquanto ser humano e cidadão, que também tem suas necessidades humanas básicas afetadas.

“Eu sou haitiana, a minha concepção não tem valor, eu sofri um monte disso.” (FAM. 02)

“Tem pessoa que, quando estou em um lugar e preciso de algo, preciso de ajuda, exemplo: que você pegue o celular para mim, já falam, vai para o Haiti, volta para o seu país. Eu não me sinto bem.” (FAM. 06)

“Haitiano faz igual que Brasil, paga água, luz e diz que não tem emprego para ele, como fazer? Onde vai dormir? E casa como vai pagar? E comer? É ruim passar fome! Eu não gosto de pessoa sofrer de fome. Você trabalha, mas é ruim [...] não sei explicar como é para você, obrigada por nos ajudar, é complicado para haitianos.” (FAM. 09)

“Eu saí da escola muito cedo, pretendo estudar Engenharia e até agora não consigo, me dói bastante (choro).” (FAM. 21)

“Problema é que quero estudar, entrar na universidade e não consigo. Os documentos estão legalizados, mas não consigo, não aceitam.”
(FAM. 20)

Outro limite do cotidiano das famílias migrantes refugiadas afrodescendentes haitianas é a dificuldade de documentação, envolvendo o agendamento para legalizar e/ou renovar a documentação de permanência no Brasil. Esta situação interfere no retorno à escolarização dos seus dependentes, na retomada de uma formação especializada que lhes dê mais qualificação para o trabalho.

“Dificuldade, tenho um filho aqui e não consigo documento, agendamento para fazer os documentos para o filho trabalhar.”
(FAM. 13)

“Não sou só eu, muitos migrantes: renovação de documentos. A minha residência venceu em julho do ano passado, eu tinha o protocolo, mas não consigo agendamento, mas enquanto não consigo, tem outros que conseguem.” **(FAM. 18)**

“Problema é que quero estudar, entrar na universidade e não consigo. Os documentos estão legalizados, mas não consigo, não aceitam.”
(FAM. 20)

“Documento é difícil, a federal não liberar, tudo está fechado! Se entra em uma empresa e se não tem permissão, não pode pegar na empresa. Desde pandemia, tudo fechado. Como vai arrumar documentos? Federal fechada dois anos, dois anos sem emprego. Tem haitiano sofrendo muito, não tem permanente de Brasil. Permanente demora muito! Como fazer se não tem emprego? Vai ficar com fome?! Se não tiver uma família ou um haitiano para ajudar, como a vida fica?”
(FAM. 12)

A barreira linguística e a falta de uma escola para aprender a falar a língua portuguesa são desafios no dia a dia das famílias migrantes refugiadas afrodescendentes migrantes haitianas.

“Não falo português, dificuldade para se comunicar e não tem escola para aprender.” (FAM. 17)

“Não falo português, preciso de uma escola para falar português, quero estudar, ir para a universidade.” (FAM. 15)

O cotidiano das famílias afrodescendentes, haitianas, migrantes e refugiadas que vivenciam privações de direitos humanos traz, como desafios e limites, que problema de saúde é muito complicado, vai no consultório com doença e sai com a doença. Assim, o direito à saúde transita pela dificuldade de se comunicar, de ser compreendido e pela inobservância das equipes de saúde declarada na espera prolongada pelo atendimento à saúde e na falta de resolutividade e efetividade da atenção à saúde.

“No hospital também, às vezes, tem problema de língua; eles não entendem! Mas falta paciência, haitiano não consegue entender; falam muito rápido! Pedi para falar de novo, um pouco mais devagar, nada! Vai no consultório com doença e sai com a doença! Eu fui ao hospital, mas pessoa muito nervosa; o médico muito nervoso e me diz que trabalhou a noite toda, dia todo! Bateu na mesa! Tudo afeta a gente!” (FAM. 07)

“Problema de saúde é muito complicado! Tem uma menina que está grávida, de seis horas da tarde eu chegar com ela no hospital e ficar com ela lá até as seis horas da manhã! Ela sofrendo e se vai morrer, vai morrer! Muito haitiano já morreu aqui esperando na fila, até amanhã e não passar.” (FAM. 10)

“Eu fui ao hospital faz um tempo. Eu fui uma vez no hospital, minha pequena, entrou um parafuso no pé; chorando, sangrando. Cheguei lá, passou três horas para ser atendido! Uma criança chorando e a pessoa só conversando, não tinha ninguém na frente. Isso não existe!” (FAM. 16)

DISCUSSÃO

A manutenção e a perpetuação das violações dos direitos humanos trazem, em seu legado, cicatrizes terríveis do passado. Racismo, preconceito e discriminação contra a população afrodescendente têm suas raízes nos abomináveis regimes de escravidão, no tráfico de escravos e no colonialismo. Hoje em dia, esta herança é reforçada pela discriminação interpessoal, institucional e estrutural, manifestando-se na desigualdade e marginalização em nível mundial (NACIONES UNIDAS, 1990).

Maffesoli (2016) descreveu que se faz necessário “*compreender a emergência dos acontecimentos que se imaginam novos, enquanto eles só manifestam a permanência, a vitalidade e o ressurgimento de raízes arquetipais*” (MAFFESOLI, 2016, p. 109). As consequências das desigualdades históricas são percebidas nas falas das pessoas e famílias ao serem julgadas como inferiores, o que condiz com a dificuldade de atuação no mercado de trabalho e se reafirma ao conceber que a pessoa, por ser negra, necessita resistir às tarefas mais pesadas e difíceis.

Corroborar-se o que a sociedade carrega em seu inconsciente pelo imaginário de que o negro é forte e resistente, perpetuando a ideia resultante do período da escravidão, período este que deixou um rastro de desigualdades, discriminação, preconceitos, racismo e violências permanentes às pessoas afrodescendentes. Legado este que somente será esquecido quando os currículos educacionais, a mídia e a cultura popular deixarem de fortalecer este estereótipo (NACIONES UNIDAS, 1990).

O cotidiano vivido pelas pessoas e famílias afrodescendentes haitianas migrantes refugiadas deste estudo não condiz com o prescrito na Declaração dos Direitos Humanos:

Art. 1º “Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade.”

Art. 2º “Todos os seres humanos podem invocar os direitos e as liberdades proclamados na presente declaração, sem distinção alguma, de raça, de cor, de sexo, de língua, de religião... de origem nacional ou internacional do país [...].”

A violação dos direitos humanos perpetua uma realidade imersa na discriminação racial, que coloca a população afrodescendente nas condições mais baixas da sociedade e a agrupa entre os mais pobres dos pobres. Esta discriminação enfrentada pela população afrodescendente resulta de ciclos de desvantagem e transmissão histórica de pobreza, prejudicando o seu desenvolvimento humano. As barreiras persistem para o acesso à educação, no acesso ao mercado de trabalho e nos tipos de empregos encontrados (ANDREWS, 2018).

A desigualdade de raça é estruturante da desigualdade social brasileira. Inúmeras são as evidências que apontam para as barreiras à participação igualitária dos negros em diversos campos da vida social e para as consequências que estas desigualdades e discriminações produzem não apenas para os negros, mas para a sociedade como um todo. O racismo e o racismo institucional são práticas que colocam pessoas de grupos raciais ou étnicos em situação de desvantagem no acesso aos benefícios gerados pela ação das instituições e organizações, como, por exemplo, na morosidade da implementação de políticas públicas (BRASIL, 2017).

Ao pensar na inclusão das pessoas migrantes refugiadas afrodescendentes na sociedade, as empresas apresentam-se como um dos principais locais de inserção, visto que o mundo do trabalho possibilita diferentes conquistas e trocas com a sociedade.

Os refugiados e os solicitantes de refúgio têm o direito ao trabalho garantido no Brasil graças à Lei nº 9.474/97, que define os mecanismos para a implementação da Convenção de 1951 Relativa ao Status dos Refugiados (Convenção de 1951) e contam com os direitos relacionados ao trabalho por meio de outros instrumentos internacionais de direitos humanos, sendo o principal a Convenção de 1951 que trata do tema do trabalho (NACIONES UNIDAS, 1990).

Também na Declaração dos Direitos Humanos:

Art. 23.1 “Toda pessoa tem direito ao trabalho, à livre escolha do trabalho, a condições equitativas e satisfatórias [...]”

Art. 23.2” Todos têm o direito, sem discriminação alguma, a salários iguais por trabalho iguais.”

As empresas têm o compromisso de promover espaços que potencializem os direitos humanos e esta responsabilidade foi acolhida internacionalmente pelos Estados durante o Conselho de Direitos Humanos da ONU, em 2011, que propôs os Princípios Orientadores Sobre Empresas e Direitos Humanos (NUNES, 2021).

O Brasil fez-se participante ativo nas convenções internacionais na busca pelos direitos humanos, porém, ao mesmo tempo, encontra-se no rol dos países que mais violam os direitos humanos no mundo:

[...] ou seja, se nos concentrarmos apenas nas temáticas transversais aos direitos humanos teremos uma série de violações de direitos de minorias e vulneráveis que vem ocorrendo sucessivamente ao longo dos anos, o que demonstra que o próprio Estado em muitas ocasiões se torna o agente da violação de direitos humanos no Brasil (DOMINGUES, 2018, p. 23).

As vulnerabilidades vividas no cotidiano das pessoas e famílias afrodescendentes haitianas migrantes refugiadas, associadas à falta de conhecimento das leis trabalhistas, falta de vínculo com a população e à dificuldade de se comunicar, promovem desvantagens que acabam

afetando diretamente a vida das pessoas haitianas *e que geram, como consequência, a existência de um contingente de trabalhadores vulneráveis, dispostos a aceitar condições de trabalho precárias e baixos salários* (MEJÍA, 2018).

Urge a necessidade de políticas públicas efetivas e que, antes de tudo, possam:

[...] ser instrumento de correção das distorções sociais na perspectiva do fortalecimento de uma sociedade que respeite os Direitos Humanos, com uma ética solidária, tendo como fim a construção de uma sociedade baseada em valores de solidariedade, liberdade, democracia, justiça e equidade (VENTURA; YUJRA, 2016. p. 155).

Com relação à documentação, cabe observar que a condição migratória não documentada é compreendida como a circunstância experimentada por um migrante ao ingressar e/ou permanecer no país de destino fora do abrigo da regularidade jurídica. Esta situação é resultado de uma produção legal de padrões de exclusão e, como decorrência, de negativa de direitos. A condição migratória não documentada pode apresentar-se em diferentes momentos do processo migratório: já na saída do país de origem ou de residência, no percurso migratório, no ingresso e na permanência no país de destino. Há, também, diferentes possibilidades de combinações: um migrante pode ser, por exemplo, simultaneamente um residente documentado e um trabalhador não documentado. Ou um residente e trabalhador não documentado (JUBILUT; FRINHANI; LOPES, 2018).

Nos casos das famílias migrantes refugiadas desta pesquisa, muitas chegaram ao Brasil há mais tempo, porém, não conseguiram a renovação da documentação ou em casos de novos residentes que não conseguiram dar continuidade aos trâmites legais para a permanência no país. É importante salientar que estas informações foram colhidas durante o período de pandemia de COVID-19, em que a Polícia Federal teve a sua atividade suspensa.

Quando se trata de fluxo migratório de afrodescendentes e africanos para o Brasil e para Santa Catarina, os casos de racismo, injúria racial e violação dos direitos promovem situação de extrema vulnerabilidade, o roubo da dignidade, prejudicando, fortemente, a integração destas pessoas e famílias à vida social e ao mercado de trabalho, comprometendo a qualidade de vida (SILVA; SILVEIRA; MULLER, 2018). No Jornal Diário Catarinense, em reportagem de setembro de 2021, a OAB-SC relata que são assustadoras as inúmeras denúncias de racismo que ocorrem diariamente (IGOR, 2021).

As histórias destas famílias são histórias de sobrevivência em meio às injúrias, injustiças e violações sistemáticas dos direitos humanos. Mesmo com inúmeros esforços para acabar com mais de cinco séculos de discriminação e exclusão, as ações pouco se tornam

efetivas (DÁVILA, 2018). A manutenção destas famílias e pessoas na invisibilidade, excluídas, é algo assustadoramente inquietante, visto que esta população já é vulnerável seja por condições de trabalho, de moradia, seja por condições de vida e acesso aos serviços de saúde (DELAMUTA *et al.*, 2020).

Os indicadores de saúde, quando observados, somados às características socioeconômicas, revelam a importante relação entre saúde, seus determinantes sociais e a organização do sistema de saúde. A compreensão deste conjunto é fundamental para instrumentalizar a elaboração de políticas e programas voltados para o combate às desigualdades, principalmente na saúde, em que se busca construir um SUS equitativo no acesso e pautado na integralidade em saúde (BRASIL, 2017, p. 22).

É necessário aprofundar as discussões nos espaços de serviço de saúde sobre racismo e raça, buscando a quebra do silêncio em busca da organização das relações sociais para a garantia da saúde para todos.

Pensar na questão do cuidado no ambiente institucional de saúde é também pensar como o racismo institucional acontece nesses espaços, porque quando falamos não só do autocuidado, não apenas das pessoas terem uma vida plena, de não terem estresse... estamos falando de como um profissional consegue ou não acompanhar o paciente, do profissional que não consegue encaminhar, do profissional que não olha para o corpo do paciente, que atende olhando pra baixo [...]. Porque as pessoas precisam daquilo que o SUS já diz: de um atendimento humanizado (BARROS, 2014, p. 3).

É importante retornar aos princípios que embasam o SUS, reforçando a equidade do cuidado, pautado na integralidade e na universalidade de acesso aos serviços e ações. Torna-se fundamental uma saúde de qualidade para todos, investindo em um posicionamento crítico e ativo nas adversidades impostas por uma sociedade desigual, na qual o racismo presente está também nas práticas de cuidado e saúde (BARROS *et al.*, 2019).

Dignidade, humanidade e respeito são direitos de todos! Não se pode calar frente a esta realidade, faz-se necessário que, cada vez mais, este assunto faça parte de todos os ambientes, sejam acadêmicos, administrativos, empresariais. Não se pode promover a manutenção deste racismo institucionalizado e acariciado pela sociedade.

O racismo, segundo Gaudio (2019), está intimamente conectado ao racismo institucional, que “determina suas regras a partir de uma ordem social estabelecida. Isso significa que o racismo é uma decorrência da estrutura da sociedade que normaliza e concebe como verdade padrões e regras baseadas em princípios discriminatórios de raça” (ALMEIDA, 2018, p. 215).

É necessária e factível a promoção de esforços para avançar na verdadeira inclusão das pessoas e famílias afrodescendentes, promovendo visibilidade para estas, além de gerar e consolidar normas de proteção e políticas públicas efetivas (DÁVILA, 2018).

Maffesoli (2016, p. 109) escreveu que se faz importante o “pensamento que se dedica a procurar, na obra humana, a lição que dela se pode tirar. E assim, transmitir o que se pôde adquirir de sabedoria às gerações sucessivas”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao conhecer este cotidiano de violações dos direitos humanos, direitos refutáveis a qualquer ser humano, reforça-se a compreensão de que, cada vez mais, se necessita falar e lutar pela busca da igualdade e dignidade de todos, mesmo que pareça um assunto já conhecido. A literatura e os resultados deste estudo reforçam como ainda se está distante de um mundo sem avaliação das pessoas pela palheta de cores.

As migrações sempre existiram na história e faz-se necessário apoiar e potencializar a concretização das políticas que disseminem os direitos a todos, indiferentemente da nacionalidade de origem da pessoa e da cor de sua pele.

Enquanto o racismo e a discriminação perdurarem, serão mantidas as vulnerabilidades e as aflições das pessoas afrodescendentes, injustiçadas ao longo dos séculos. As falas dos participantes da pesquisa aqui apresentadas resgatam as cicatrizes históricas da escravidão que se mantêm no inconsciente, no imaginário, sendo arquetipais no cotidiano das pessoas e da sociedade.

Ressalta-se que algumas situações aqui apresentadas sofreram influência em relação ao momento de pandemia de COVID-19, pela qual o mundo está passando, expressa, especialmente, na questão da dificuldade de documentação, todavia, lamentavelmente, as demais evidências de violação aqui apresentadas não estão limitadas à linha do tempo da pandemia.

Faz-se necessário que este assunto perpassasse todos os espaços de saberes, ganhando espaços políticos e sociais, possibilitando a desmistificação de valores, de crenças, que exteriorizam a compreensão da sociedade sobre as pessoas afrodescendentes, para que resulte no fortalecimento das políticas já existentes.

Como profissionais da área da saúde, faz-se muito importante conhecer e compreender as privações existentes no cotidiano destas famílias e pessoas, pois estes fatores repercutem na saúde das pessoas, seja um salário injusto, moradia inadequada, luto pela distância de suas origens e família, racismo persistente e violências psíquicas, que potencializam o adoecer.

Reforça-se a importância do despertar a atenção para as violações e privações que estas famílias migrantes refugiadas afrodescendentes vivenciam, pois, em algum momento, nossos ancestrais também foram migrantes e/ou refugiados.

A replicação inconsciente do que já está posto imobiliza e mantém um legado marcado por sofrimento e injustiças, por isso, precisam-se romper as barreiras para construir pontes onde se possa, como pessoas e sociedade, acolher a todos.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA DA ONU PARA OS REFUGIADOS. **Perfil Socioeconômico dos refugiados no Brasil**: subsídios para elaboração de políticas. Brasília: ACNUR Brasil, 2019. Disponível em: <https://www.acnur.org/portugues/wp-content/uploads/2019/05/Resumo-Executivo-Versa%CC%83o-Online.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2019.

AGÊNCIA DE LA ONU PARA LOS REFUGIADOS. **Global compact on refugees; good practices & innovative approaches by cities**. Geneve: ACNUR, 2021. Disponível em: https://www.acnur.org/portugues/wp-content/uploads/2021/09/WhatCitiesAreDoing_final.pdf. Acesso em: 28 nov. 2021.

ALMEIDA, S. L. **O que é racismo estrutural?** Belo Horizonte: Letramento, 2018. Disponível em: https://blogs.uninassau.edu.br/sites/blogs.uninassau.edu.br/files/anexo/racismo_estrutural_fe_minismos_-_silvio_luiz_de_almeida.pdf. Acesso em: 20 jun. 2021.

ANDREWS, G. R. Inequality: race, class, gender. In: FUENTES, A.; ANDREWS, G. R. **Afro-latin-american studies**: an introduction. Cambridge: Cambridge University Press, 2018. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/books/abs/afrolatin-american-studies/inequality/70F28202FA443983EEB872691729FC20>. Acesso em: 20 jun. 2020.

BARROS, E. P. Aspectos de uma sociologia do imaginário na pós-modernidade: a razão sensível. **Fórum de Sociologia**, Lisboa, v. 25, n. 25, p. 81-86, nov. 2014. DOI: 10.4000/sociologico.920

BARROS, R. *et al.* Movimentos sociais em luta contra o racismo de Estado e pela vida: contribuições ao debate sobre saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. esp 8, p. 324-337, dez. 2019. DOI: 10.1590/0103-11042019S823

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. Secretaria Nacional de Assistência Social. Departamento de Proteção Social Básica. **Concepção de convivência e fortalecimento de vínculos**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social, 2017. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/concepcao_fortalecimento_vinculos.pdf. Acesso em: 20 jun. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 18 mar. 2019.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 18 mar. 2019.

BRASIL. Senado Federal. Secretaria de Editoração e Publicações. Coordenação de Edições Técnicas. **Igualdade racial e étnica**. Brasília: Senado Federal, 2016. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/520765/igualdade_racial_e_etnica_1ed.pdf. Acesso em: 20 jun. 2020.

DÁVILA, R. R. Afrodescendentes como sujeitos de direitos do direito internacional dos direitos humanos. **Sur: Revista Internacional de Direitos Humanos**, São Paulo, v. 15, n. 28, p. 151-164, out. 2018. Disponível em: <https://sur.conectas.org/wp-content/uploads/2019/05/sur-28-portugues-roberto-rojas-davila.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2020.

DELAMUTA, K. G. *et al.* Experiências de atendimento à saúde de imigrantes bengaleses entre trabalhadores da atenção primária à saúde no Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 8, e00087019, jan. 2020. DOI: 10.1590/0102-311X00087019

DOMINGUES, P. Agenciar raça, reinventar a nação: o Movimento Pelas Reparações no Brasil. **Revista Análise Social**, Lisboa, v. 53, n. 227, p. 332-361, fev. 2018. DOI: 10.31447/as00032573.2018227.04.

GAUDIO, E. S. Resenha do livro “o que é racismo estrutural?” de Silvio Almeida. **Revista Humanidades e Inovação**, Palmas, v. 6, n. 4, p. 213-217, abr. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rdp/a/nkt6FjJDWMvfV7DsqrBY4XK/?lang=pt&format=pdf#:~:text=O%20livro%20%E2%80%9CO%20que%20%C3%A9,a%20import%C3%A2ncia%20de%20compreens%C3%A3o%20dos>. Acesso em: 20 jun. 2021.

IGOR, R. **Denúncias de racismo em SC são registradas todos os dias na OAB**. Florianópolis: NSC Total, 2021. Disponível em: <https://www.nsctotal.com.br/colunistas/renato-igor/denuncias-de-racismo-em-sc-sao-registradas-todos-os-dias-na-oab>. Acesso em: 20 jun. 2020.

JUBILUT, L. L.; FRINHANI, F. M. D.; LOPES, R. O. **Migrantes forçados: conceitos e contextos**. Boa Vista: UFRR, 2018. Disponível em: https://www.academia.edu/37229626/Migrantes_Forc%C3%A7ad_at_s_Conceitos_e_Contextos. Acesso em: 20 jun. 2020.

MAFFESOLI, M. **A ordem das coisas: pensar a pós-modernidade**. Rio de Janeiro: Forense, 2016.

MAFFESOLI, M. **O tempo das tribos: o declínio do individualismo nas sociedades de massas**. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2014.

MARCON, S. S.; BARRETO, M. S.; ELSEN, I. **Pesquisar, ensinar e cuidar de famílias: desafios, avanços e perspectivas**. Londrina: EDUEL, 2019.

MEJÍA, M. R. G. **Migrações e direitos humanos**: problemática socioambiental. Lajeado: UNIVATES, 2018. Disponível em: https://www.univates.br/editora-univates/media/publicacoes/266/pdf_266.pdf. Acesso em: 20 jun. 2020.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

NACIONES UNIDAS. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. **La Convención Internacional sobre los Trabajadores Migratorios y su Comité**, n. 24. Genève: Naciones Unidas, 1990. Disponível em: <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/FactSheet24Rev.1sp.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2021.

NUNES, C. A. R. *et al.* **Temas de Direitos Humanos do VI CIDHCoimbra 2021**. Campinas: Brasílica, 2021.

RAMOS, A. C.; RODRIGUES, G. M. A.; ALMEIDA, G. A. (orgs.) **ACNUR: 70 anos da Convenção relativa ao Estatuto dos Refugiados: (1951-2021) perspectivas de futuro**. Brasília: ACNUR Brasil, 2021. Disponível em: <https://www.acnur.org/portugues/wp-content/uploads/2021/12/70-anos-projeto-WEB.pdf>. Acesso em: 25 dez. 2021.

ROCHA, A. S. P. S. *et al.* Acesso de migrantes haitianos à saúde pública: uma questão bioética. **Revista Bioética**, Brasília, v. 28, n. 2, p. 384-389, abr./jun. 2020. DOI: 10.1590/1983-80422020282400

SILVA, K. S.; SILVEIRA, H. M.; MULLER, J. Santa Catarina no roteiro das diásporas: os novos imigrantes africanos em Florianópolis. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 281-292, maio/ago. 2018. DOI: 10.1590/1982-02592018v21n2p281

VENTURA, D. F. L.; YUJRA, V. Q. **Saúde do migrante e refugiados**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2019.

6.2 MANUSCRITO 2

POTÊNCIAS NO QUOTIDIANO DAS FAMÍLIAS MIGRANTES REFUGIADAS AFRODESCENDENTES HAITIANAS EM PRIVAÇÕES DE DIREITOS HUMANOS

RESUMO

Objetivo: compreender as potências do cotidiano das famílias afrodescendentes haitianas migrantes refugiadas em ambientes de privação dos direitos humanos para um cuidado promotor da saúde. **Metodologia:** trata-se de um estudo qualitativo, com abordagem de investigação interpretativa, em uma perspectiva da Sociologia Compreensiva e do Quotidiano. Fizeram parte desta pesquisa 22 famílias migrantes refugiadas residentes nos municípios de Blumenau, Gaspar, Pomerode e Florianópolis e 27 profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde. A coleta de dados ocorreu somente após a aprovação no Comitê de Ética sob o Parecer nº 4.195.158. Foi realizada entre os meses de agosto de 2020 e agosto de 2021 por meio de entrevistas semiestruturadas. O registro dos dados deu-se por meio de gravações digitais, com posterior transcrição. O diário de campo também foi adotado integrando Notas de Interação, Notas Metodológicas, Notas Teóricas e Notas Reflexivas. Utilizaram-se, também, genograma e ecomapa. A análise de dados contemplou as seguintes etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação. **Resultados:** após o processo de análise temática dos dados, emergiram quatro categorias temáticas: Sonho de uma vida melhor; Vida cotidiana; Família, minha potência; Família. As famílias emergem como a potência em um ambiente longe de ser o sonhado no momento do migrar. A família, expressa por diferentes estruturas, concebe-se como potência para a resistência. **Considerações:** as famílias migrantes refugiadas concebem-se e estruturam-se de diferentes formas, constituindo uma potência para a resistência.

Palavras Chaves: Família; Atividades Cotidianas; Potência; Promoção da Saúde; Atenção Primária à Saúde; Enfermagem; Migrantes; Refugiados.

INTRODUÇÃO

Tratar sobre o tema de migração no Brasil ainda é algo delicado, visto que os migrantes ainda são percebidos como fonte de risco para a população, reforçando a discriminação, o preconceito, além de gerar e promover a manutenção de inúmeros limites no cotidiano dos migrantes e suas famílias, fortalecendo, assim, a violação dos direitos, da promoção do bem-estar sem distinção de raça, sexo, cor, credo, idade, nacionalidade (WERMUTH, 2020).

Esta ausência de empatia por parte da população brasileira para com as famílias migrantes refugiadas, muitas vezes, está associada “à categoria raça, como no caso dos haitianos que são, em sua maioria, negros; a condição de migrantes negros torna-se um desafio a mais para eles no mercado de trabalho” (YAMAMOTO; OLIVEIRA, 2021, p. 303). Estas pessoas e famílias migrantes refugiadas caracterizam um grupo específico dentro das migrações internacionais, pois, ao denominá-los refugiados, se leva em consideração que o deslocamento ocorre devido a desastres naturais e ecológicos (WERMUTH, 2020), além de serem indivíduos obrigados a abandonar seus país de origem em decorrência de guerras, regimes étnicos,

religiosos, políticos e outras situações de violência e violação dos direitos humanos (OLIVEIRA, 2017).

Este processo migratório acaba ocorrendo por inúmeras causas e está presente em toda a história, pode ocorrer de forma voluntária, em que a pessoa ou família busca autonomia, melhores oportunidades de vida e a concretização da liberdade de locomoção ou, quando a migração é forçada, é permeada de interrupções e perturbações de vidas e violações de direitos humanos (JUBILUT; FRINHANI; LOPES, 2018).

O Haiti é hoje considerado um dos países mais vulneráveis do mundo devido aos impactos das ações da natureza, furacões e tempestades tropicais, além das dificuldades de resposta aos danos causados por estes efeitos sobre a população, perpetuando um grave problema de pobreza entre seus moradores. Todos estes aspectos de vulnerabilidade socioeconômica contribuem para a busca de um novo país onde idealizam dias melhores. Apesar das inúmeras ações de solidariedade e ajuda humanitária internacional, o país não alcançou melhorias reais na qualidade de vida, sendo que apenas 20% de sua população está empregada e o país tem um terço de seu Produto Interno Bruto (PIB) proveniente de receitas enviadas por migrantes haitianos estabelecidos em outros países (YAMAMOTO; OLIVEIRA, 2021).

E é neste cotidiano de migrantes refugiados que estas famílias estão imersas. Sua realidade é repleta de privações de direitos humanos em que uma grande parcela vive em situação de exclusão, sendo impossibilitada de promover meios de subsistência saudáveis e sustentáveis (AGÊNCIA DA ONU PARA REFUGIADOS, 2019). Em contraponto a este cotidiano de privações e não aceitação das diferenças, cabe resgatar o sociólogo Michel Maffesoli, quando propôs a colaboração para que as diferenças se integrem umas às outras, permitindo aprender a combinar-se com elas: “a diferença longe de empobrecer, enriquece” (MAFFESOLI, 2010, p. 38).

Ao adentrar o cotidiano das famílias migrantes refugiadas afrodescendentes, é fundamental voltar a sua compreensão neste contexto como

[...] a maneira de viver dos seres humanos no presente, expresso no dia a dia pelas interações, valores, crenças, símbolos e imagens, que vão delineando seu processo de viver, em um movimento de ser saudável e adoecer, pontuando seu ciclo vital. Esse percurso pelo ciclo vital tem uma determinada cadência que caracteriza nossa maneira de viver, influenciada tanto pelo dever ser, como pelas necessidades e desejos do dia a dia, que se denomina como ritmo de vida e do viver. O cotidiano não se mostra apenas como cenário, mas sobretudo, revela tanto as cenas do viver como do conviver” (NITSCHKE, 2017, p. 8).

O cotidiano, portanto, permite compreender esse viver, sendo que a:

“[...] compreensão é além ou aquém de uma simples interpretação moral; é principalmente entrar em ressonância. É estar propenso a escuta do que é, é encarar o saber com sabor, apreciar o mundo como ele é, e os que o habitam por suas qualidades próprias” (MAFFESOLI, 2016, p. 68).

O olhar sobre estas famílias permite que as potências do seu cotidiano fiquem visíveis. A potência está justamente no fato de que cada ato é, *ao mesmo tempo, a expressão de uma certa alienação e, de uma maneira, certa resistência*. É um composto de trivialidade e exceção, de lentidão e excitação, é o local de “real sentimento de reapropriação da existência” (MAFFESOLI, 2014, p. 96). Potência é a força que vem do interior de cada pessoa, sendo da ordem da libertação e da cooperação (MAFFESOLI, 1998).

E é neste cotidiano que a família pode despontar como potência, entendendo-se que uma pessoa não está sozinha, mas é pertencente a um núcleo familiar saudável, que é:

“[...] um conjunto de forças que se traduzem em habilidades; equilíbrio, flexibilidade e comunicação, estando unidas por laços de afetividade exteriorizados por amor, carinho, liberdade de expressão e compartilhamento de crenças, valores e práticas de cuidado” (ELSEN *et al.*, 2016, p. 464).

Esse conceito resgata que família é, além de correlação sanguínea, composta por pessoas que compartilham o mesmo espaço e que estão intimamente ligadas por relações afetivas e efetivas. Ao longo das décadas, as famílias vêm passando por diferentes transformações, podendo hoje haver diferentes configurações familiares (MARCON *et al.*, 2019).

Este estudo tem como objetivo compreender as potências do cotidiano das famílias afrodescendentes haitianas migrantes refugiadas em ambientes de privação dos direitos humanos para um cuidado promotor da saúde.

METODOLOGIA

Pesquisa qualitativa e interpretativa em que se adotou o referencial da Sociologia Compreensiva e do Cotidiano de Michel Maffesoli, considerando os Pressupostos Teóricos e da Sensibilidade. Assim, por meio da compreensão e da reflexão acerca do cotidiano de vida das famílias migrantes refugiadas, resgatando atitudes, crenças, valores, comportamentos e ações, busca-se entender a forma como as pessoas interpretam e dão sentido às suas experiências e ao mundo em que vivem, enfatizando os aspectos subjetivos do comportamento humano, o mundo do sujeito, suas experiências cotidianas, suas interações sociais e os significados que dá a essas experiências e interações (MINAYO, 2014).

A pesquisa foi desenvolvida com 49 participantes, sendo 22 famílias migrantes refugiadas que residem nos municípios de Blumenau, Pomerode, Gaspar e Florianópolis, no Estado de Santa Catarina, e 27 profissionais da APS. Esses municípios foram escolhidos devido à presença significativa das famílias haitianas e pelo histórico de colonização desta região. Como critérios de inclusão, elegeram-se: ser família afrodescendente migrante refugiada haitiana; ser maior de 18 anos; encontrar-se ou ter vivido em situação de privações de direitos humanos; ter capacidade cognitiva de responder a questões.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de agosto e outubro de 2020 por meio de entrevistas semiestruturadas. Como estratégia de abordagem inicial, a pesquisadora entrou em contato com igrejas e associações, buscando acesso às famílias migrantes refugiadas afrodescendentes haitianas. Nos municípios de Pomerode e Gaspar, a coleta de dados deu-se no espaço cedido pela igreja, local de referência para o agendamento e realização da entrevista. Já no município de Blumenau, a entrevista ocorreu na residência das famílias. No município de Florianópolis, as entrevistas desenvolveram-se na sede de uma associação de apoio a migrantes. As entrevistas foram guiadas por um instrumento semiestruturado. Todas as entrevistas foram gravadas após o aceite de participação voluntária e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, apresentado no idioma português e no idioma creole.

A coleta de dados ocorreu somente após a aprovação no comitê de sob o Parecer de número 4.195.158. Para a manutenção do sigilo dos participantes da pesquisa, foi atribuído codinome alfanumérico na sua descrição.

As entrevistas foram gravadas digitalmente, com posterior transcrição. O diário de campo também foi adotado integrando Notas de Interação, Notas Metodológicas, Notas Teóricas e Notas Reflexivas. Para a análise de dados, realizou-se uma análise temática, conforme sugerido por Minayo (2014), com as seguintes etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Após uma leitura minuciosa de cada entrevista, utilizou-se um instrumento que favoreceu a análise de forma geral, considerando as singularidades. A seguir, ocorreu a categorização respeitando os significados e as similaridades. Neste estudo, as questões norteadoras foram: como você percebe sua vida antes de chegar aqui no Brasil e agora? O que mudou? O que é família para vocês? Quais foram as forças que os ajudaram a passar pelos desafios? De onde vem essa força?

Após o processo de análise temática dos dados, emergiram quatro categorias centrais, assim nomeadas: Sonho de uma vida melhor; Vida cotidiana; Família, minha potência; Família.

Compreende-se que, para a discussão destes resultados e o alcance do objetivo, a razão sensível e o pensamento libertário fizeram-se presentes na análise e na interpretação dos resultados deste artigo, desvelando o que está sendo vivido.

“Há momento em que é importante usar um pensamento amplo que esteja à altura de apreender as novas configurações e para isso não é possível contentar-se com conceitos” (MAFFESOLI, 2010, p. 39). Os dados serão apresentados nas quatro categorias que se complementam.

RESULTADOS

Potências do cotidiano das famílias afrodescendentes haitianas migrantes refugiadas em ambientes de privação dos direitos humanos

A compreensão das potências do cotidiano das famílias afrodescendentes haitianas migrantes refugiadas em ambientes de privação dos direitos humanos, a partir de seu imaginário, possibilitou emergir as seguintes categorias centrais: Sonho de uma vida melhor; Vida cotidiana; Família, minha potência; Família: o que é e quem é.

Sonho de uma vida melhor

Ao caminhar ao encontro dos saberes destas famílias migrantes refugiadas afrodescendentes haitianas, transitando por seu imaginário em seu cotidiano, evidenciou-se que o sonho de uma vida melhor as moveu a sair de seu país de origem em busca de um país acolhedor que promovesse as condições de sonhar, de lutar.

“Na verdade, para mim, eu sonhava ter uma vida melhor que antes, a vida aqui é melhor, lá no Haiti falta emprego, aqui é melhor. Mesmo trabalhando no Haiti, falta segurança, aqui, eu recebo pouco, eu fiquei feliz, você tem uma vida com proteção, tem segurança. Lá no Haiti, você anda na rua e vai receber tiro.” (FAM. 03)

“Meu sonho é que minhas filhas não tenham que trabalhar como eu, é meu sonho. Tenho que lutar para ver elas estudar, para a qualidade da vida delas ficar melhor que eu, é meu sonho, mas meu dia a dia está complicado, mas quem é guerreira tem que batalhar para conseguir mais para frente, trabalhar duro, ganhar pouquinho, comer pouquinho, sobrar um pouquinho para conseguir sobreviver.”. (FAM. 04)

“Apesar das dificuldades que encontramos no Brasil, em vários aspectos, a gente tem que agradecer e olhar o que está passando no Haiti, parece que não dá para viver mais, não tem segurança pública, não tem acesso à saúde, a educação, que era boa, agora fica ruim. Apesar de toda essa dificuldade, para mim, viver no Brasil é melhor.”
(FAM. 15)

“Na verdade, lá (Haiti) é um pouco diferente, aqui, tem segurança; lá, no Haiti, não tem segurança. Aprendi muitas coisas, é bom viver aqui, só uma coisa, coisa do aluguel que mata a gente. Se você for procurar casa, a primeira coisa: você é haitiano? Você é haitiano? Você tem criança? Se você tem criança, não dá para alugar casa para você.”
(FAM. 03)

Todavia, este sonho de uma vida melhor cada vez se torna mais distante, pois deixam famílias no Haiti e encontram, no Brasil, dificuldades.

“[...] complicado, eu tenho sonho de fazer um curso. Eu trabalho, tem filho, mulher, não dá. Mas meu sonho fazer curso, aprender um curso, ganhar mais, sustentar a família, mas, por enquanto, o dinheiro não dá, mas a vida vai, e a vida não é boa.” **(FAM. 10)**

“No Brasil, vem buscar uma vida melhor, mas chegar no Brasil, 2015, era bem fácil para tudo mundo; agora, tudo caro, para exemplo, você vai pagar aluguel, fazer compra, não faz mais nada. Se tem família no Haiti, não tem como ajudar. Eu tô trabalhando, lá no Haiti está faltando serviço, aqui ainda está melhor.” **(FAM. 09)**

“Para mim, estava no Haiti, estava tudo bem, mas aí passou o terremoto e destruiu tudo, aí, vim para o Brasil buscar uma vida melhor, mas a vida melhor, para mim, não tem, é trabalhar a verdade é trabalhar, eu deixar minha família lá, eu não podia trazer minha filha, está complicado, não tenho como buscar eles. Mas Brasil, para mim,

fica melhor, eu trabalho, pago aluguel, tenho comida, mas só isso, mas mudar a vida, difícil.” (FAM. 10)

“Na verdade, é bem complicado explicar como estamos vivendo hoje aqui, e maioria de nós se temos possibilidade para regressar, mas, como nosso país está passando por uma guerra civil, não dá para regressar, mas a qualidade de vida não é bom. Eu lembro, quando cheguei, o botijão de gás estava 35 reais, agora, 90, a gente ganhar o mesmo salário, eu trabalho em uma empresa, ele nunca paga o salário de sindicato. Eu lembro, ano passado, que ganhei 3% de aumento de salário e, infelizmente, a minha casa subiu 5% e agora quando vou conseguir a diferença para pagar o aluguel? É muito difícil, mas temos fé em Deus e creio que, um dia, Ele vai abrir as portas para nós.” (FAM. 05)

Vida cotidiana

A vida cotidiana não é boa, é cheia de dificuldades, lutas e superações, não se apresenta como eles sonhavam.

“A vida de dia a dia, me lembrei quando trabalhava na empresa.... eu passei muito, muita dificuldade, eu chorei, passei muita dificuldade racista, eu passei dificuldade como tipo de pessoa que trata os outros como lixo, muito, muito dificuldade, mas eu fiquei porque preciso. Trabalhei, trabalhei até sair de lá. Agora, estou na empresa [...] estou lutando, estou lutando, para ver.” (FAM. 04)

“Para mim, cada dia é complicado, responsável pela igreja, para pensar para tudo, responsável como a vida para os outros, para exemplo, tenho filho e fica cansado e pensar qual dia ficar com os filhos, e quando você está fora para ganhar o pão e pensar como vai dar amanhã para filhos se não vai igual. Cada dia uma luta”. (FAM. 09)

Nesta vida cotidiana, a saudade bate forte, a preocupação com os que ficaram no Haiti, as dificuldades que se acentuam devido à pandemia.

“Para mim, é diferente, porque penso mais, porque deixei parentes lá no Haiti, e pra chegou aqui a gente aqui tem mais preocupação, deixei seis anos, deixei parentes, minhas irmãs, irmãos, minha mãe”. (FAM. 01)

“Tem haitianos que deixaram família, esposo, filho lá no Haiti, querem trazer para o Brasil, mas não conseguem, para isso, é muita dificuldade que estamos passando. Também chegou a pandemia, eles estão sofrendo discriminação no serviço porque tem empresas onde eles estão trabalhando, estão quatro, três anos e, para tirar, só tirar do serviço os haitianos, só mandam embora haitianos, a gente entende que a pandemia virou o mundo de cabeça para baixo, mas uma empresa que está funcionando, que tem vários migrantes e brasileiros, só mando os haitianos. Por quê?” (FAM. 17).

Família, minha potência

E é neste cotidiano de dificuldades e limitações que, muitas vezes, dá vontade de desistir, de deixar de sonhar, é que surge a família, minha potência, é o estar junto em harmonia e apoio e união das famílias – haitianos, fortalecendo-se.

“Minha família, quando quero desistir, sempre dá uma força, apoio, para seguir para frente, tenho uma filha pequena, de cinco anos, ela sempre me dá o sonho, ela fala para mim: ‘Mãe, quando for mais velha, vou dar para você, seu aniversário, vou passear com você’. Eu tenho uma família que sempre lá para ajudar, falar: ‘Você consegue, vai para frente’.” (FAM. 02)

“Para mim, as coisas que temos, que estar bem, harmonia, ser sinceros, apoiar, família, um precisa do outro para se ajudar e chegar onde queremos chegar.” (FAM. 05)

“Minha força é porque, na verdade, minha filha não é do marido, e agora, quando eu trazer ela para cá, ela colocar sorriso na minha boca.” (FAM. 01)

“Nós, haitianos, quando temos problemas, somos estrangeiros, mas somos unidos, aí, nosso problema, a gente se resolve como se fosse de todos, mesmo que não somos da mesma cidade, Estado do Haiti, mas, quando chegamos aqui, somos unidos, o meu problema é problema dele; o problema dele, eu faço tudo que posso para ajudar ele, como se a gente se une para um ajuda o outro, não vem ninguém de fora para ajudar a gente, é difícil conseguir ajuda do Brasil ou do governo, se é para gastar, a gente junta para ajudar.” (FAM. 17)

“Para mim, problema aqui, quando eu tenho problema, tem que pensar como vai resolver o problema, ninguém vai pensar que vai ter um brasileiro que vai ajudar, só haitiano que vai colaborar. Quando morreu, só haitiano para ajudar; eu perdi meu primo e só haitiano para me ajudar para enterrar, brasileiro não vai ajudar. Só nós que faz um grupo e chama todo haitiano para resolver o problema, governo, saúde [...]só nós.” (FAM. 18)

Família: o que é e quem é

Ao mergulhar no imaginário das famílias afrodescendentes haitianas migrantes refugiadas, emergiu o significado de família, bem como quem compõe esta família. A família é o bem maior, é um patrimônio, é quem está próximo e ajuda quando há dificuldade, é quem convive no dia a dia e colabora. Assim, a família pode envolver laços de sangue, de adoção, de convivência e psicossociais, podendo ser: o marido, o filho, o amigo haitiano.

“A família, para mim, é um patrimônio, é um bem, é a família, para mim, é um presente de Deus, estou feliz porque estou com minha família e eu tenho parente lá, mas estou feliz porque minha esposa e minhas filhas estão comigo, porque é um bem, eu sinto feliz, não temos condição para viver, mas temos família para nos animar, tenho minhas

filhas para brincar, para mim, minha família é meu maior patrimônio.”
(FAM. 05)

“Família, para mim, é meu marido, meus filhos, meus parentes e meus amigos, que são próximos, que estão aqui para me ajudar quando tem uma dificuldade que sempre está aqui ou sempre eu os ajudar. Essas pessoas são minha família.” **(FAM. 07)**

“[...] família são as pessoas que convivem dia a dia, pessoa que busco acreditar, que vou depositar minha confiança, são as pessoas como minha família.” **(FAM. 16)**

“[...] é haitiano, é gosta tudo dessa família, perto, família longe e mesmo coisa, brasileiro, para mim, é diferente de haitiano, haitiano gosta de ajuda família muito, a mãe, a pai, é irmão, é tudo, haitiano tem uma colaboração muito de família.” **(FAM. 09)**

DISCUSSÃO

Quando se fala das pessoas e famílias migrantes refugiadas afrodescendentes haitianas, descrevem-se pessoas que migram em busca de uma vida digna, de direitos humanos, dos quais são privados em seu país de origem, seja devido à falta de segurança pública, à falta de oportunidades, às sequelas presentes no país devido aos terremotos, motivando estas pessoas a idealizarem uma vida melhor e as conduzindo a novos horizontes.

As famílias migram, saem de seu país, levando, em suas malas, a cultura, suas raízes e buscando refúgio, onde o viver humano, sobreviver, ganha relevância.

Quando nada é importante, tudo ganha importância. E os pequenos fenômenos da vida atual, os usos e os costumes sem atributos, os rituais banais que determinam a existência individual ou coletiva, tudo isso constitui o húmus a partir do qual se desenvolve o estar juntos pós-moderno (MAFFESOLI, 2016, p. 96).

É nesta busca de dias melhores que a “família” surge como a força, a potência, que alimenta e permite sonhar com um mundo de esperança, mantendo, assim, o sonho daquilo que se quer que um dia ele seja, a família constitui-se em sentimento de pertencimento, em vínculo interno entre gerações, entre gêneros, adoção, repleta de elementos fundamentais, a comunicação efetiva, perdão, a flexibilidade, a afinidade, a felicidade, a união, o afeto, a

presença, a harmonia, a tolerância, a liberdade, a segurança e a reciprocidade (MARCON; BARRETO; ELSESEN, 2019, p. 80).

É neste encontro entre pessoas consanguíneas, ou não, que a família desponta como a potência que, se refletir no cotidiano das famílias migrantes refugiadas, não parece possível, visto que vivem, diariamente, privações de direitos. Porém, ao compreender a perdurância societal, que é a habilidade de resistência, consegue-se entender esta potência, visto que é essa capacidade de sobreviver, inconsciente, constituída no humano, que faz com que o ser humano continue a caminhada (MAFFESOLI, 2014).

Ao migrarem, estas famílias vivenciam a desconstrução do mito do Brasil como um país hospitaleiro e deparam-se com uma democracia racial, reforçando a evidência de que os alicerces da sociedade brasileira estão sim no modelo de família patriarcal, que estabeleceu paradigmas morais rígidos (quase) inflexíveis, de condutas que criam uma barreira a ser superada por estrangeiros, assim como códigos sociais que podem ser difíceis de serem decifrados (IRIGARAY *et al.*, 2021, p. 231).

Nesta nova realidade de vida, na qual estas famílias estão inseridas, pode surgir o “isolamento social, desânimo e alterações psicoemocionais, acarretando, em alguns casos, tristeza e depressão, pois, além da cultura diferente, barreira linguística, muitos estão afastados de seus demais familiares devido aos altos custos para que todos os membros possam vir para o Brasil. Ao pensarmos nas famílias de migrantes e refugiadas, além de compreendermos sua concepção de família, se faz necessária a empatia e respeito às suas raízes, resgatando suas histórias e buscando compreender suas potências” (MARCON; BARRETO; ELSESEN, 2019, p. 260).

Estas famílias adoecidas pelo contexto na qual se encontram buscam, nos serviços de saúde, o auxílio às suas necessidades, muitas vezes sociais, que são demandadas à saúde, o que pode se configurar em um grande desafio aos profissionais da área da saúde, visto que a diversidade cultural e a barreira linguística podem se apresentar como um grande limitador para promover o cuidado à família, além da falta de compreensão das particularidades destas famílias (ZANATTA *et al.*, 2020).

Conhecer e compreender os obstáculos, os limites e as potências destas famílias favorecem um funcionamento saudável visto que, certamente, buscam atendimento nas unidades de saúde da atenção primária (SCHLITHLER; CERON; GONÇALVES, 2015).

Porém, para Marcon, Barreto e Elsen (2019), devido à falta de compreensão do que é família na concepção das pessoas haitianas, muitos profissionais emitem opiniões e julgamentos que desqualificam e subestimam a pessoa assistida, além de promover um distanciamento de uma prática acolhedora e de cuidado promotor da saúde.

É importante lembrar que família é um grupo de pessoas que se unem por relações de influência recíproca, direta, intensa e duradoura, interiorizadas por seus membros (VICENZI *et al.*, 2016). As famílias haitianas são caracterizadas como famílias comunitárias, pois, em sua concepção, não se restringem a cônjuges e seus filhos, mas às pessoas que habitam sob o mesmo teto. Esses laços afetivos fortalecem seu cotidiano para o enfrentamento das difíceis condições vividas em seu país de origem, fruto de séculos de colonialismo e exploração (ARAÚJO, 2020).

A família é a união de pessoas que se percebem como família e que convivem juntas por determinado tempo com estrutura e organização para alcançar os objetivos comuns e construir uma história de vida, possuindo identidade própria, valores, cultura, credos, conquistas e lutas, formando, assim, sua singularidade e inteireza de ser (ELSEN *et al.*, 2016; VICENZI *et al.*, 2016). Uma outra maneira de estar junto em que o imaginário, o onírico, o lúdico, justamente, ocupem o lugar primordial (MAFFESOLI, 2010, p. 27).

É nesta potência, família, que se celebra o estar junto, cujo propósito é menos razão universal e mais a emoção compartilhada, o sentimento de fazer parte, um compartilhamento de paixões e emoções coletivas, que se manifesta em um ambiente específico em que está imersa a tribo (a família) à qual se pertence (MAFFESOLI, 2010, p. 25). É neste cotidiano familiar que se é preparado para o convívio com o mundo, sendo impossível compreender a entidade família isolada do contexto social, histórico e cultural, visto que as demandas do dia a dia interferem em sua constituição (MARCON *et al.*, 2019).

Em meio a estas dificuldades, é preciso deixar o pensamento aproximar-se do que é simples, próximo da vida de todos os dias. O caminho do pensamento próprio, a vida efetiva, isto que é que se efetua. “A atitude compreensiva é um agenciamento poliédrico que aborda os fenômenos sociais em toda a sua inteireza, a existência justificando-se por ela mesma” (MAFFESOLI, 2016, p. 228), mostrando que importa completar a simples razão pelos sentidos pelos instintos, pelos sentimentos e por outras manifestações dessa capacidade de fantasiar que constitui a inteireza da humana natureza (MAFFESOLI, 2016).

Admitir o sensível como parte constituinte da natureza humana, evidenciando os efeitos sociais que isso pressupõe em todas as atribuições do cotidiano, é considerar que a paixão, o sentimento, a emoção e o cuidado (re)exercem um papel privilegiado para a compreensão do viver (MAFFESOLI, 1998).

A família desperta o “inconsciente coletivo, enfatizando a potência de todas as potencialidades humanas” e, nesse cotidiano de privações, as famílias migrantes refugiadas sonham com o reencantamento do mundo (MAFFESOLI, 2014, p. 154), com a possibilidade

de dias melhores “em que, por meio de antigas figuras, se permite ilustrar um cotidiano que, por natureza, está mergulhado em tristezas”.

Estas famílias, que demonstram que o corpo individual só pode ser curado mediante a cura do corpo coletivo, comunidade, onde as ações de “ajuda mútua se inscrevem em uma perspectiva orgânica em que os elementos, por sua sinergia, fortificam o conjunto da vida, é uma resposta do querer viver social”. Esse sentimento coletivo de força comum fundamenta a perdurância, a resistência, que permite explicar as contínuas migrações em busca de prosperidade (MAFFESOLI, 2014).

Este sentimento de pertencimento, de pertença, configura as famílias migrantes refugiadas afrodescendentes, que se entrecruzam, se entrecruzam, criando uma base para se fortalecerem. É nesta tribo que, em meio ao trágico, se religam às coisas, às palavras, renovando o imaginário que não se deixa domesticar, escapando às ordens normativas e às manipulações políticas, um imaginário do inconsciente coletivo. Este “corpo social é um metabolismo e, como tal, tem variações, ritmos específicos, múltiplas acentuações; entre eles, certamente, o chamado do enraizamento, o regresso a origem” (MAFFESOLI, 2016, p. 105).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A família, ao emergir como potência, perdurância, resistência às privações de direitos humanos impostas às pessoas e às famílias migrantes refugiadas afrodescendentes haitianas, resgata que o essencial ao ser humano é invisível aos olhos, é o elo de amor e de segurança que permite que se sonhe com dias melhores para os filhos e um mundo melhor. Também permite compreender que a concepção de família, para estas pessoas migrantes refugiadas, é muito mais que ligações sanguíneas, são conexões históricas, emocionais, superações que permitem que elas se encontrem e se entrecuidem.

Estas famílias, concebidas de diferentes pessoas que migram para um país em busca de uma vida mais digna, encontram-se e unem-se em prol de um cuidado mútuo, pois vivenciaram as mesmas dores, dificuldades e possuem os mesmos ideais: a manutenção e proteção da família e da vida.

A família surge como a potência neste cotidiano e, como profissionais da APS, é essencial que se compreendem e se articulam potências e práticas para um cuidado promotor da saúde das famílias. Quando a família está acolhida, ela também pode tornar-se uma potência, sendo mediadora e catalizadora de ações transformadoras da realidade em direção a uma vida digna.

É preciso compreender as diferentes formas de ser e significar a família. No cotidiano de atuação profissional, nos diferentes cenários dos serviços de saúde, muitas vezes, depara-se com mulheres acompanhadas por homens que não são seus esposos, filhos, mas sim seus vizinhos, amigos, quem lhes ajuda, colabora, enfim, é quem elas consideram seu familiar, potencializando ações para um cuidado afetivo, portanto, efetivamente promotor da saúde da pessoa e da família.

Que não se perca de vista que estas pessoas sofrem, diariamente, inúmeras privações de direitos humanos, vivem uma realidade longe da que idealizaram e que as motivou a migrar, mas, mesmo com todas as condições adversas, não desistiram, continuam a buscar realizar seu sonho, pois a família as sustenta, as alimenta de bons sentimentos e de esperar.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA DA ONU PARA REFUGIADOS. **Perfil Socioeconômico dos refugiados no Brasil**: subsídios para elaboração de políticas. Brasília: ACNUR, 2019. Disponível em: <https://www.acnur.org/portugues/wp-content/uploads/2019/05/Resumo-Executivo-Versa%CC%83o-Online.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2019.

ARAÚJO, A. A. A. Família, capital social e migração: a diáspora haitiana. **Idéias**, Campinas, v. 11, e020003, 2020. DOI: 10.20396/idéias.v11i0.8658548

ELSEN, I. *et al.* **Enfermagem com famílias**: modos de pensar e maneiras de cuidar em diversos cenários brasileiros. Florianópolis: Papa Livro, 2016.

IRIGARAY, H. A. R. *et al.* Seu lar, meu refúgio: sobre o que ser um refugiado no Brasil. **Cadernos EBAPE.BR**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 222-233, abr./jun. 2021. DOI: 10.1590/1679-395120200040

JUBILUT, L. L.; FRINHANI, F. M. D.; LOPES, R. O. **Migrantes forçados**: conceitos e contextos. Boa Vista: UFRR, 2018. Disponível em: https://www.academia.edu/37229626/Migrantes_For%C3%A7ad_at_s_Conceitos_e_Contextos. Acesso em: 20 jun. 2020.

MAFFESOLI, M. **A ordem das coisas**: pensar a pós-modernidade. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2016.

MAFFESOLI, M. **Elogio da razão sensível**. Petrópolis: Vozes, 1998.

MAFFESOLI, M. **O conhecimento comum**: introdução à sociologia compreensiva. Porto Alegre: Sulina, 2010.

MAFFESOLI, M. **O tempo das tribos**: o declínio do individualismo nas sociedades de massas. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2014.

MARCON, S. S. *et al.* **A família como foco no fazer cotidiano do ensino, pesquisa e assistência de enfermagem.** Londrina: EDUEL, 2019.

MARCON, S. S.; BARRETO, M. S.; ELSEN, I. **Pesquisar, ensinar e cuidar de famílias: desafios, avanços e perspectivas.** Londrina: EDUEL, 2019.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

NITSCHKE, R. G. *et al.* Contributions of Michel Maffesoli's thinking to research in nursing and health. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 4, e3230017, 2017. DOI: [10.1590/0104-07072017003230017](https://doi.org/10.1590/0104-07072017003230017)

OLIVEIRA, W. F. **Direitos Humanos e Saúde Mental.** São Paulo: HUCITEC, 2017.

SCHLITHLER, A. C. B.; CERON, M.; GONÇALVES, D. A. **Famílias em situação de vulnerabilidade ou risco psicossocial.** São Paulo: UNIFESP/UNASUS, 2015. https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade26/unidade26.pdf

VICENZI, M. C. *et al.* **Enfermagem em cuidados paliativos.** Florianópolis: COREN-SC/Letra Editorial, 2016

WERMUTH, M. A. D. As políticas migratórias brasileiras do século XIX ao século XXI: uma leitura biopolítica do movimento pendular entre democracia e autoritarismo. **Revista Direito e Práxis**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 2330-2358, out./dez. 2020. DOI: [10.1590/2179-8966/2020/45137](https://doi.org/10.1590/2179-8966/2020/45137)

YAMAMOTO, G. C.; OLIVEIRA, J. S. Immigration as practice of organization: discussions about practices of organization, displacement, and integration of Haitian immigrants in the Goiânia Metropolitan Region, in Goiás, Brazil. **Cadernos EBAPE.BR**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 292-306, abr./jun. 2021. DOI: [10.1590/1679-395120200015](https://doi.org/10.1590/1679-395120200015)

ZANATTA, E. A. *et al.* Consulta de enfermagem em puericultura à criança haitiana: dificuldades e possibilidades. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 34, e35639, nov. 2020. DOI: [10.18471/rbe.v34.35639](https://doi.org/10.18471/rbe.v34.35639)

6.3 MANUSCRITO 3

O IMAGINÁRIO DAS FAMÍLIAS MIGRANTES REFUGIADAS AFRODESCENDENTES HAITIANAS SOBRE A PROMOÇÃO DA SAÚDE

RESUMO

Objetivo: compreender o imaginário das famílias migrantes refugiadas sobre a promoção da saúde. **Metodologia:** trata-se de um estudo qualitativo, com abordagem de investigação interpretativa, dentro de uma perspectiva fundamentada na Sociologia Compreensiva e do Quotidiano e nos Pressupostos Teóricos e da Sensibilidade. Fizeram parte desta pesquisa 49 participantes, sendo 22 famílias migrantes refugiadas residentes nos municípios de Blumenau, Gaspar, Pomerode e Florianópolis e 27 profissionais da Atenção Primária à Saúde que atuam na assistência das famílias afrodescendentes migrantes refugiadas. A coleta de dados ocorreu entre os meses de agosto de 2020 e agosto de 2021 por meio de entrevistas audiogravadas com roteiro semiestruturado com o emprego de diário de campo, genograma e ecomapa. A Análise de Conteúdo Temática envolveu as etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação. **Resultados:** emergiram as categorias: Saúde é a ausência de doenças; Saúde é ruim; Espera prolongada pelo cuidado; Ser saudável é o básico; Realidade no cotidiano de privações de direitos; Presente divino. A saúde surge como a ausência de doença, seja pela história pregressa ou pelas inúmeras vulnerabilidades que constituem o seu cotidiano. As famílias sabem o que precisam realizar para a manutenção e promoção da saúde: beber água, alimentar-se bem, porém, as vulnerabilidades instituídas as impossibilitam, fazendo-lhes perceber a vida como um presente divino. **Considerações Finais:** a compreensão de saúde como a ausência de doença permite reforçar a importância da efetividade do acolhimento nos serviços de saúde, bem como a relevância do Sistema Único de Saúde. É preciso transfigurar um cotidiano de busca por uma assistência curativista para a atenção centrada nas famílias/usuários, com a ampliação do escopo de ações, concretizando ações de promoção da saúde. Esta encontra-se no imaginário destas famílias como uma concepção de vida vinculada à religiosidade, evidenciando-se que promove uma ressignificação do viver, as religa aos seus familiares e potencializa a superação das dificuldades.

Palavras Chaves: Promoção da Saúde; Migrantes Refugiados; Religiosidade; Vulnerabilidades; Saúde; Famílias; Enfermagem; Atividades Cotidianas.

INTRODUÇÃO

Desenvolver práticas em saúde, buscando promover o empoderamento das pessoas, a valorização dos sujeitos, assim como o bem-estar pelo escopo de ações de recuperação, reabilitação, prevenção de riscos e agravos e promoção da saúde, ainda parece algo distante, mas palpável, visto que inúmeras políticas públicas, programas e ações estão vigentes no país e corroboram para alcançar estas ações. Quando realizadas, potencializam a concretização de um Sistema Único de Saúde (SUS) que, em seu cerne, propõe a integralidade da atenção e cuidado, a universalidade e a equidade no cotidiano dos serviços e práticas (BRASIL, 2015).

Pensar saúde é pensar promoção da saúde, é agir em busca da redemocratização dos serviços de saúde, propondo a superação dos desafios, com o desenvolvimento de estratégias

para impactar os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença para a superação das desigualdades e iniquidades vigentes.

A promoção da saúde constituiu-se como o grande marco da luta pela universalização do sistema de saúde e pela implantação de políticas públicas em defesa da vida, tornando a saúde um direito social irrevogável, como os demais direitos humanos e de cidadania (BRASIL, 2015, p. 07).

Para o alcance de práticas de promoção da saúde, faz-se imprescindível agir de forma direta sobre os fatores que promovem impacto sobre a saúde das pessoas: desemprego, violência - em todas as suas formas, racismo, fome, habitação inadequada ou ausente. Tais orientações são encontradas na Portaria MS/GM nº 687, de 30 março de 2006 (BRASIL, 2006), reafirmada nas Portarias de 2014 e de 2018. Busca-se, além da concretização do SUS, apontar para a transformação das práticas sanitárias, respeitando a cidadania e comprometendo-se com a democratização da saúde, da sociedade, do Estado e das instituições (BRASIL, 2015).

Conhecer as desigualdades e vulnerabilidades que permeiam o cotidiano das pessoas e famílias é um ponto essencial para a compreensão e efetivação de ações para a promoção da saúde.

As diferenças de forma de viver e conviver em sociedade, devem ser manifestadas e respeitadas, sem qualquer forma de discriminação, de subordinação ou de preconceito em relação às especificidades políticas, étnicas, religiosas, culturais, de opção sexual, e devem ser promovidas ações e condições que potencializem a irradiação/ extinção das práticas que desrespeitem ao ser humano (BRASIL, 2018, p. 44).

A promoção da saúde concebe-se do entendimento que saúde não é somente ausência de doenças, mas que atua sobre os fatores que influenciam o ser saudável, extrapolando a realização de serviços clínico-assistenciais. Assim, propõem-se ações intersetoriais entre os atores atuantes na redução dos danos causados pelas desigualdades, como as de educação, lazer, alimentação, saneamento básico, habitação e acesso a serviços essenciais para a vida (SCLIAR, 2007).

Ao conhecer e compreender as mudanças sociais e epidemiológicas vividas pela população, este saber impõe, ao setor da saúde, a necessidade de elaborar continuamente estratégias que viabilizam respostas às demandas de cuidado que, não raras vezes, são complexas. Nesses termos, a responsabilidade dos recursos humanos neste peculiar setor de produção é evidente, uma vez que os profissionais de saúde têm a incumbência de operacionalizar ações voltadas ao atendimento das necessidades da clientela (OLIVEIRA; TOSO; MATSUDA, 2018, p. 26).

Ao pensar em promoção da saúde para as famílias migrantes refugiadas afrodescendentes haitianas, os determinantes sociais enfrentados por estas são inúmeros: falta de alimentação adequada; a presença persistente do racismo e do preconceito; dificuldade de

inserção nos espaços; limitação de renda; falta de equidade nas ações. Todos estes fatores implicam, de forma negativa, a saúde destas pessoas, potencializando o seu adoecer (SOUZA *et al.*, 2020).

A promoção da saúde tem, como princípios, *a equidade, a intersetorialidade, o empoderamento, a participação social, a sustentabilidade, a autonomia e a integralidade*. Estes são indicadores para identificar se as práticas desenvolvidas ou as políticas propostas estão favorecendo a concretização de ações de promoção da saúde (BRASIL, 2021).

Este estudo teve como objetivo compreender o imaginário sobre a promoção da saúde para as famílias afrodescendentes haitianas migrantes refugiadas.

METODOLOGIA

Pesquisa qualitativa e interpretativa fundamentada na Sociologia Compreensiva e do Quotidiano de Michel Maffesoli, contemplando os Pressupostos Teóricos e da Sensibilidade. Assim, por meio da compreensão e da reflexão acerca do cotidiano de vida das famílias migrantes refugiadas, a pesquisa foi desenvolvida com 49 participantes, sendo 27 profissionais da APS que atuam no cuidado das famílias afrodescendentes migrantes refugiadas e 22 famílias afrodescendentes haitianas migrantes refugiadas que residem nos municípios de Blumenau, Pomerode, Gaspar e Florianópolis, no Estado de Santa Catarina. Esses municípios foram escolhidos devido à presença significativa das famílias haitianas e pelo histórico de colonização desta região. Como critérios de inclusão, elegeram-se: as famílias afrodescendentes migrantes refugiadas haitianas; ser maior de 18 anos; encontrar-se ou ter vivido em situação de privações de direitos humanos; ter capacidade cognitiva de responder a questões. Elegeram-se como critérios de exclusão: ser menor de 18 anos; não ser residente efetivo no Brasil; não existência de núcleo familiar; não ser haitiano.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de agosto de 2020 e agosto de 2021 por meio de entrevistas com roteiro semiestruturado. Como estratégia de abordagem inicial, a pesquisadora entrou em contato com os representantes das igrejas e associações, buscando acesso às famílias migrantes refugiadas afrodescendentes haitianas. Nos municípios de Pomerode e Gaspar, a coleta de dados deu-se no espaço cedido pela igreja com agendamento prévio de data e horário para a realização da entrevista no local. Já no município de Blumenau, a entrevista ocorreu na residência das famílias. No município de Florianópolis, as entrevistas desenvolveram-se na sede de uma associação de apoio a migrantes. A entrevista foi gravada após o aceite de participação voluntária na pesquisa e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Devido à barreira linguística, o termo de consentimento foi apresentado no

idioma português e no idioma creole para favorecer a compressão do objetivo da pesquisa, aspectos éticos e segurança dos participantes.

A coleta de dados ocorreu somente após a aprovação no Comitê de Ética sob o Parecer de número 4.195.158. Para a manutenção do sigilo dos participantes da pesquisa, foi atribuído codinome alfanumérico na sua descrição.

As entrevistas foram gravadas por meio digital, com posterior transcrição. O diário de campo foi adotado integrando Notas de Interação, Notas Metodológicas, Notas Teóricas e Notas Reflexivas, como também o genograma e ecomapa.

Para a análise de dados, realizou-se a Análise Temática, conforme sugerido por Minayo (2014), com as seguintes etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Após uma leitura minuciosa de cada entrevista, elas foram condensadas em quadro (APÊNDICE F), para análise das similaridades e divergências, considerando as singularidades. A seguir, ocorreu a categorização, considerando as questões e as falas de cada participante. Após o processo de análise temática dos dados, as categorias emergiram das respostas das questões que se unem em sentido e objetivo. A abordagem analítica deste artigo fundamentou-se em quatro questões do roteiro da entrevista: o que é saúde para você? Como você percebe o atendimento na unidade de saúde que é referência para a sua família? Como você faz para manter-se saudável? Como você compreende a vida?

Após o processo de análise temática dos dados, na compreensão do imaginário sobre a promoção da saúde para as famílias afrodescendentes haitianas migrantes refugiadas, emergiram as categorias: Saúde é a ausência de doenças; A saúde é ruim; Espera prolongada pelo cuidado; Ser saudável é o básico; No cotidiano, há privações de direitos humanos; Presente divino.

RESULTADO E DISCUSSÃO

Compreendendo o imaginário sobre a promoção da saúde de famílias afrodescendentes haitianas migrantes refugiadas.

No momento em que se pensa em promoção da saúde, o resgate teórico descrito desta política nacional brasileira implica um maior aprofundamento de seus objetivos para a efetivação da equidade e melhores condições para se *viver, além da redução das vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais* (BRASIL, 2015).

A promoção da saúde permeia a implementação constitucional do Sistema Único de Saúde (SUS) e pode ser efetiva pela articulação das redes de atenção intra e intersetorial, *locus* onde a APS se destaca por potencializar este espaço de cuidado como porta preferencial de acesso ao sistema por famílias brasileiras e famílias migrantes refugiadas, ao garantir o direito à saúde para condições de vida mais saudável e digna (BRASIL, 2015).

Ao serem questionadas sobre o que é saúde, as 22 famílias afrodescendentes migrantes haitianas responderam que saúde é a ausência de doenças.

“Penso que saúde é quando você não tem doença, não tem nada, dor para te incomodar. Quando você tem saúde, você vive bem. Tem gente que tem bastante dinheiro e passa mal. (FAM. 19)

“Saúde é não estar doente.” (FAM. 04)

O conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Ou seja: saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, histórica, religiosas e filosóficas (SCLIAR, 2007, p. 32).

Na Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990), incorpora-se o conceito ampliado de saúde resultante dos modos de vida. A compreensão do imaginário que estas famílias possuem sobre o que é saúde, como ausência de doença, remete à vigência do modelo biomédico e possibilita um resgate histórico. Antes da criação do SUS, a saúde era benefício para os contribuintes da previdência social ou para as pessoas que possuíam bens materiais e aquisitivos, e a atenção era centrada no tratamento da doença (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2018).

Como profissional da área da saúde, a concepção de saúde já está intimamente ligada ao conceito ampliado de saúde no cotidiano e que, para a manutenção desta, os cuidados vão muito além de ações curativas, abarcam ações de prevenção de agravos, promoção, recuperação e reabilitação da saúde.

Porém, é preciso compreender que estas famílias migrantes refugiadas afrodescendentes haitianas são procedentes de um país que possui um sistema de saúde altamente fragilizado onde, muitas vezes, até a assistência às emergências e à obstetrícia é limitada. Assim, o vivido em seu passado faz com que estas famílias busquem os serviços de

saúde somente em situações graves, não compreendendo a continuidade do acompanhamento, bem como ações preventivas em seu cotidiano (VENTURA; YUJRA, 2019).

Maffesoli (2016, p. 227) descreveu que:

[...] é preciso deixar o pensamento aproximar-se do que é simples, próximo da vida de todos os dias. É permitir aceder a um questionamento originário da experiência em si: portanto enraizada, é isso a concretude: o que cresce o objeto, a situação, o fenômeno analisado [...] o trajeto, o caminho de pensamentos próprios da vida efetiva, isto é, que se efetua”.

Todavia, as reflexões apresentadas por estas famílias, em direção ao imaginário de saúde como ausência de doenças, levam a outro questionamento: como estes estão sendo acolhidos no Sistema Único de Saúde vigente no país? Porém, ao adentrarem no cotidiano das pessoas e famílias migrantes refugiadas afrodescendentes haitianas, estas retratam, em seu mundo imaginal, valores e saberes ligados ao vivido que não retratam o idealizado e preconizado pelo SUS.

Ao serem questionadas sobre como percebem os serviços de saúde, postos de saúde, elas relataram que *saúde é ruim*.

“Todo migrante tem acesso ao posto, o problema é que o sistema é ruim.” (FAM. 13)

“O posto de saúde é ruim para todo mundo, acho que aqui, nesta cidade, a saúde é ruim para todo mundo. A rede pública é ruim para todo mundo, para brasileiro, para haitiano.” (FAM. 08)

“Como viver uma vida digna, gosto do Brasil, mas a saúde é ruim.” (FAM.11)

Estas falas proporcionam uma reflexão de grande valia para os profissionais da área da saúde que atuam na APS e demais espaços. Como está ocorrendo o acolhimento realizado para estas famílias para promover a compreensão sobre o sistema de saúde vigente, o SUS, suas diretrizes, rotinas e programas? A ausência de compreensão dificulta a resolutividade das necessidades de saúde destas famílias, limita as ações de promoção da saúde e prevenção de agravos e ainda pode promover o uso, de forma inadequada, dos serviços de saúde.

Faz-se urgente a necessidade de ampliação de políticas públicas de acolhimento ao ser migrante em todas as esferas, no âmbito da educação, do trabalho, da sociedade, da saúde, da cultura, do lazer, enfim, superar o desafio de acolher de fato e não apenas a velha roupagem hospitaleira (NUNES, 2021, p. 789).

Esta falta de entendimento pode fortalecer os resultados encontrados nesta tese onde os profissionais relatam que as famílias buscam as unidades de saúde somente de forma curativista. É importante lembrar que as ações pautadas na promoção da saúde são ações que propiciam a igualdade de acesso às informações, de oportunidades que promovam, por meio de ambientes favoráveis, a potencialização das pessoas e das comunidades e participem na construção de habilidades para se viver melhor e com escolhas mais saudáveis (BUSS *et al.*, 2020).

Torna-se importante lembrar que o SUS é constituído de três fundamentos filosóficos. A *integralidade*, em que todas as dimensões do ser saudável necessitam ser consideradas e não somente as biomédicas; a *equidade*, em que os direitos devem ser observados e garantidos a todos os que adentram as portas do SUS, considerando as desigualdades, respeitando, assim, a *universalidade*, em que todos possuem o direito de usufruir do SUS (BRASIL, 2021).

Mesmo não documentada e sem falar português, toda família migrante possui o direito à saúde e é preciso que esse cuidado em saúde respeite o direito das famílias migrantes refugiadas de compreenderem as informações relativas à sua saúde e de seus familiares. Assim, urge a necessidade de adotar estratégias para a efetivação destes direitos, mantendo sempre um olhar de cuidado transcultural (BRASIL, 2021).

As famílias afrodescendentes haitianas migrantes refugiadas, a partir de seu imaginário e do seu cotidiano, relatam que existe uma espera prolongada pelo cuidado para dar continuidade aos atendimentos e à resolutividade dos problemas.

“Porque, quando fazer um exame, vai demorar cinco, seis meses até mostrar o resultado. Tem que marcar consulta, mas, se estou com dor, tem que esperar amanhã cedo.” (FAM. 04)

“Posto de Saúde é complicado, nunca bom; vai lá marcar, por exemplo, dentista, faz quatro anos; quatro anos me olha a boca e não faz nada.” (FAM. 09)

“Tem sete meses que fui ao médico e não tem vaga, quando chego em casa, falo para a minha esposa: ‘Traz remédio para mim’ e não voltei nunca mais.” (FAM. 16)

As falas ressaltam a importância de um acolhimento efetivo para que possam compreender sobre as ações preconizadas dentro das unidades de saúde da Atenção Primária, para que estas famílias compreendam o itinerário terapêutico mediante a clareza das informações sobre as ações, procedimentos e serviços dos quais necessitam para atender às suas necessidades desenvolvidas neste contexto de atenção. As falas também remetem à forma de atendimento que está sendo realizado, porém, este pode estar influenciado pelo momento atual que se está vivenciando devido à pandemia de COVID-19.

A pandemia de COVID-19 impôs enormes desafios aos países nos campos econômico e social e na área da saúde. O SUS vivenciou fortemente os efeitos da pandemia e teve que se organizar em curto espaço de tempo para responder à demanda crescente dos casos suspeitos e diagnosticados desta doença” (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2015, p. 112).

O ser saudável é o básico

E como faz para se manter saudável? Os resultados descrevem que o ser saudável é o básico, como tomar bastante água, alimentar-se adequadamente e fazer exercício.

“Tomo bastante água.” (FAM. 01)

“Tomar bastante água, comer pouco sal.” (FAM. 08)

“Cuidar das coisas que está comendo, tomar bastante água, exercício.” (FAM. 10)

Realidade no cotidiano de vulnerabilidades

Porém, a realidade, em um cotidiano de vulnerabilidades dessas famílias, as limita a ter acesso ao que pode ser considerado básico, como uma alimentação adequada, um sono reparador, a qualidade de vida.

“Temos que viver bem, comer bem, dormir bem, mas, infelizmente (risos), não tem condições de viver bem, para viver bem, tem que comer

bem e, para isso, tem que ter dinheiro, não temos qualidade de vida, não temos, às vezes, temos que comprar um colchão de quinta para ter um. Não temos como falar de qualidade de vida.” (FAM. 03)

“Para ter uma vida saudável, a gente está tentando, tem que comer bem, para comer bem, tem que ter salário bom, a gente não tem, para comer frutas e verduras são caros, para ter um cardápio saudável, tem que ter dinheiro, a gente, o que ganha, paga aluguel, a gente não tem alimentação saudável e, para ficar o mês todo, vai ficar com o que tem, comida mais rápida que não é boa para a saúde.” (FAM. 09)

“Ninguém vai ficar saudável, um dia come (silêncio), nada vai ficar bom, feliz, não pensar, se está sofrendo, melhor não pensar nada.” (FAM. 07)

Pensar o ser saudável é pensar muito além do acesso ao serviço de qualidade, é imprescindível enfrentar os Determinantes Sociais de Saúde, visto que, na perspectiva dos direitos humanos, exige-se a integralidade do cuidado em atendimento às necessidades singulares e coletivas, “tais como condições sociais, econômicas, políticas, culturais e étnico-raciais, que influenciam e determinam as condições de saúde dos sujeitos e sua existência” (OLIVEIRA, 2017, p. 273).

Os Determinantes Sociais da Saúde são foco para a promoção da saúde com vistas à superação das desigualdades e iniquidades em saúde. Essa relação é diretamente proporcional, ou seja, quanto piores forem as situações de vulnerabilidades – como a ausência de garantia de direitos, a não participação da população nas decisões políticas, o não acesso a serviços básicos, entre outros –, mais fortemente os princípios e as ações de promoção da saúde devem ser colocados (BRASIL, 2013).

A promoção da saúde de migrantes e refugiados é imprescindível para o enfrentamento das vulnerabilidades, considerando os determinantes e condicionantes da saúde em todas as suas dimensões, o que demanda políticas públicas saudáveis, ou seja, uma verdadeira articulação entre os diferentes poderes e a participação social (BUSS *et al.*, 2020).

Presente divino

As famílias afrodescendentes haitianas migrantes refugiadas, ao serem indagadas sobre como compreendem a vida, trouxeram, de seu imaginário, a religiosidade. Esta fez-se presente na fala de 17 famílias residentes em Blumenau, Gaspar e Pomerode. Para elas, a vida está intimamente ligada a um presente divino.

“Vida, para mim, é um presente de Deus e esse presente temos que cuidar muito, as maiores dificuldades que estamos passando na fé, vamos enfrentar as coisas difíceis. Porque é um presente que Ele nos deu, precisamos viver feliz e viver com alegria com a família, passar tempo com a família e entregar a nossa vida a Jesus até que Ele nos chame.” (FAM. 04)

A fé surge como um acalento aos dias de dificuldades e, com ela, buscam superar os obstáculos do cotidiano.

“Deus, ter Deus na vida e fé.” (FAM. 11)

A participação em uma igreja, mantendo a religiosidade do Haiti, é uma função notável no sentido de manter a saúde espiritual, tendo ligação simbólica com o país de origem (SOUZA *et al.*, 2020).

“O maior refúgio é na igreja, a gente conversa, ri bastante, esquece da família lá no Haiti, acalma o coração.” (FAM. 09)

Nas igrejas que frequentam, o idioma utilizado é o creole, permitindo, assim, a manutenção de suas raízes, “apoiando-se assim no instante eterno, faz-se brotar, graças a isso, uma solidariedade que lhe é própria” (MAFFESOLI, 2014, p. 31).

Os cultos proporcionam lembrar que sua comunidade também “é um corpo”; “trata-se quase de um código genético que limita e delimita a maneira de estar com os outros muito mais do que poderia fazê-lo a situação econômica ou política. É neste sentido que, depois da estética - o sentir em comum- é o da ética - o laço coletivo, o costume é seguramente uma boa maneira de caracterizar a vida” (MAFFESOLI, 2014, p. 38).

A religiosidade apresenta-se como uma concretização da vida para eles, mas, além disso, ela se destaca, promovendo benefícios para o enfrentamento das vulnerabilidades e fortalecendo os laços afetivos e de entre cuidado, resultando em uma prática de promoção da saúde.

No âmbito da saúde, nos seus aspectos físicos e psíquicos, destacam-se os benefícios que o cultivo da fé traz para o enfrentamento de situações de vulnerabilidade, evidenciando a necessidade de estreitamento das relações desses dois aspectos da vida humana (FECURY *et al.*, 2020).

O impacto promovido na vida das pessoas pela religiosidade potencializa o êxito do bem-estar biopsicossocial para a manutenção e recuperação da saúde (FECURY *et al.*, 2020).

Apoiar o direito à vida e saúde das famílias migrantes refugiadas é contribuir para ambientes mais saudáveis, solidários com o sofrimento de outro ser humano. É também uma forma de zelar pelo bem-estar sem criar obstáculos à garantia de universalidade, integralidade e equidade na atenção à saúde (VENTURA; YUJRA, 2019).

A promoção da saúde apresenta-se como uma estratégia de cuidado da saúde em que o modo de pensar e de operar busca, por meio de ambientes saudáveis, a troca saberes, o acolhimento e fortalecimento das práticas afetivas e efetivas (BRASIL, 2013).

Este estudo teve como limitação o fato de a coleta de dados ter sido desenvolvida durante o período de pandemia de COVID-19. Os resultados podem representar circunstâncias que podem estar presentes independentemente da pandemia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Falar sobre promoção da saúde no cotidiano das famílias migrantes refugiadas afrodescendentes haitianas é resgatar a essência na qual o SUS foi concebido e sonhado. Nesta construção, foram delineadas ações para que se promovessem o acesso a toda e qualquer pessoa indiferentemente de seus credos, cor e cultura. Também se admite que a saúde é muito além da ausência de doença, é ser protagonista de seu cuidado e detentor de saberes que possam transformar e melhorar a realidade que o cerca, porém, para isso, os pilares instituídos pelo SUS necessitam ser exercitados.

Percebe-se a necessidade de desenvolvimento de novos estudos sobre a religiosidade das famílias afrodescendentes migrantes refugiadas e os benefícios para a promoção da saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria de Assuntos Legislativos. **Migrantes, apátridas e refugiados**: subsídios para o aperfeiçoamento de acesso a serviços, direitos e políticas públicas no Brasil. Brasília: Ministério da Justiça, 2015. Disponível em: http://pensando.mj.gov.br/wp-content/uploads/2015/12/PoD_57_Liliana_web3.pdf. Acesso em: 20 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 687, de 30 de março de 2006**. Aprova a Política de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria687_30_03_06.pdf. Acesso em: 29 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. vol. 2. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cad_vol2.pdf. Acesso em: 20 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Doenças não Transmissíveis. **Promoção da Saúde**: aproximações ao tema: caderno 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-cronicas-nao-transmissiveis/observatorio-promocao-a-saude/doc/promocao_saude_aproximacoes_tema_05_2021.pdf. Acesso em: 28 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)**: Anexo I da portaria de consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf. Acesso em: 20 jun. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 18 mar. 2019.

BUSS, P. M. *et al.* Promoção da saúde e qualidade de vida: uma perspectiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-2020). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 12, p. 4723-4735, dez. 2020. DOI: 10.1590/1413-812320202512.15902020

FECURY, A. A. *et al.* A prática da religiosidade como fator determinante para uma vida saudável: O caráter religioso como mantenedor da saúde física e mental. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, São Paulo, v. 5, n. 3, p. 69-79, mar. 2020. DOI: 10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/saude/pratica-da-religiosidade

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz. **Antes do SUS**: como se (des)organizava a saúde no Brasil sob a ditadura. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2018.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Políticas sociais: acompanhamento e análise**. 23. ed. Brasília: IPEA, 2015. Disponível em: <https://observatoriodeeducacao.institutounibanco.org.br/cedoc/detalhe/politicas-sociais-acompanhamento-e-analise,796355db-a182-4d97-8939-f40dcc7fe89b>. Acesso em: 20 jun. 2020.

MAFFESOLI, M. **A ordem das coisas: pensar a pós-modernidade**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2016.

MAFFESOLI, M. **O tempo das tribos: o declínio do individualismo nas sociedades de massas**. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2014.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

NUNES, C. A. R. *et al.* **Temas de Direitos Humanos do VI CIDHCoimbra 2021**. Campinas: Brasília, 2021.

OLIVEIRA, J. L. C.; TOSO, B. R. G. O.; MATSUDA, L. M. Advanced practices for care management: reflections on the Brazilian Nursing. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 4, p. 2060-2065, jul./aug. 2018. DOI: 10.1590/0034-7167-2017-0115

OLIVEIRA, W. F. **Direitos Humanos e Saúde Mental**. São Paulo: HUCITEC, 2017.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, abr. 2007. DOI: 10.1590/S0103-73312007000100003

SOUZA, J. B. *et al.* Determinantes sociais da saúde que impactam a vivência da imigração no Brasil. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 28, e53194, dez. 2020. DOI: 10.12957/reuerj.2020.53194

VENTURA, D. F. L.; YUJRA, V. Q. **Saúde do migrante e refugiados**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2019.

6.4 MANUSCRITO 4

IMAGINÁRIO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOBRE POTÊNCIAS E LIMITES NO QUOTIDIANO DE FAMÍLIAS AFRODESCENDENTES MIGRANTES REFUGIADAS HAITIANAS

RESUMO

Objetivo: compreender o imaginário dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre as potências e os limites do cotidiano das famílias afrodescendentes migrantes refugiadas haitianas. **Metodologia:** pesquisa qualitativa interpretativa, em uma perspectiva da microssocioantropologia, fundamentada na Sociologia Compreensiva e do Quotidiano, adotando os Pressupostos Teóricos da Sensibilidade: crítica ao dualismo esquemático; crítica à forma; sensibilidade relativista; pesquisa estilística; pensamento libertário. O estudo foi desenvolvido nos municípios de Blumenau, Pomerode, Gaspar e Florianópolis, em Santa Catarina. Fizeram parte desta pesquisa 22 famílias afrodescendentes migrantes refugiadas e 27 profissionais que atuam na assistência às famílias afrodescendentes migrantes refugiadas haitianas em seu dia a dia. Devido ao atual cenário mundial da pandemia de SARS-Cov-2, a coleta de dados deu-se por meio de formulário eletrônico após a aprovação do Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o Parecer número 4.195.158, entre os meses de agosto e outubro de 2020. As entrevistas foram gravadas por meio digital com posterior transcrição; adotou-se o diário de campo, considerando as Notas de Interação, Notas Metodológicas, Notas Teóricas e Notas Reflexivas. A análise de dados envolveu: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação. **Resultados:** a educação, os laços familiares e a positividade manifestaram-se no imaginário dos profissionais enquanto potências do cotidiano dessas famílias. Os limites encontrados foram: procuram atendimento quando estão doentes; vulnerabilidades; dificuldade de comunicação e barreira linguística; preconceito. **Conclusão:** urge a necessidade de políticas públicas efetivas nos espaços de saúde para possibilitar uma assistência de saúde respeitando as diferenças, sejam culturais, sejam raciais. Faz-se necessária a educação permanente no cotidiano dos serviços de Atenção Primária à Saúde e discussões sobre este nível de atendimento na atenção à saúde de pessoas/famílias migrantes refugiadas e o combate ao racismo institucionalizado.

Descritores: Família, Migrantes, Refugiados, Afrodescendentes, Haitianos, Atenção Primária à Saúde, Profissionais da Saúde, Atividades Cotidianas.

INTRODUÇÃO

Os profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) possuem, em sua prática, a possibilidade de aproximação com as famílias que residem em seu território de abrangência, visto que são o elo inicial de acesso ao sistema de saúde e ao cuidado, tendo a oportunidade da criação de vínculo, compreensão do cotidiano das famílias, resultando na instrumentalização para uma prática mais ampliada, pautada nas necessidades de cada pessoa e família. A familiaridade com a população facilita a adesão ao cuidado proposto, autonomia do cuidado e participação efetiva das famílias no processo de saúde (FIGUEIREDO *et al.*, 2019).

Na atualidade, com o movimento migratório, os territórios de atuação dos profissionais da APS, cada vez mais, recebem famílias migrantes refugiadas, que, por diferentes razões e necessidades, abandonam seus países de origem em busca, nas comunidades brasileiras, de acolhimento e do reconhecimento como sujeitos (BAENINGER *et al.*, 2020). O desafio de um novo processo de cuidar está lançado aos profissionais da saúde, exigindo um reconhecimento dos diferentes, a valorização das culturas e o rompimento das práticas discriminatórias (SOUZA *et al.*, 2020). É indispensável compreender, em seu significado absoluto, o cuidado a essas pessoas no qual, ao mesmo tempo, ocorrem o saber da experiência coletiva e o gosto pelo existir (MAFFESOLI, 2016).

Essa situação de migração, refúgio, favorece o adoecimento e isso deve ser considerado pelos profissionais ao atenderem essa população (BAENINGER *et al.*, 2020). Inúmeras são as situações que propiciam esse adoecimento das famílias, seja por fatores associados aos determinantes sociais, culturais, econômicos, ambientais (SOUZA *et al.*, 2020). Quando se fala de famílias afrodescendentes migrantes refugiadas, essas são ainda submetidas a condições de vida comprometidas pela não inclusão com a realização plena de direitos, ausência de respeito às diferenças e à diversidade, assim como atos de racismo (MARTIN; GOLDBERG; SILVEIRA, 2018).

Faz-se essencial a compreensão efetiva do profissional da APS para o acolhimento a essas famílias, promovendo medidas de acesso à informação, assistência às demandas de cuidado e controle das doenças, possibilitando ações de manutenção da dignidade e dos direitos humanos, levando em consideração os determinantes sociais, a realidade dessas famílias e as práticas de promoção de saúde (HEIDEMANN *et al.*, 2018).

Assim, é fundamental que os profissionais da APS compreendam o cotidiano das famílias afrodescendentes migrantes refugiadas haitianas, conhecendo as suas potências e os seus limites.

Igualmente, o imaginário está presente no cotidiano, sendo constitutivo do viver humano, uma conjunção que envolve o racional e irracional, as dimensões lúdicas, oníricas, afetivas e simbólicas (MAFFESOLI, 2010; MAFFESOLI, 2014).

As potências são forças que emanam do interior de cada pessoa, da família e da comunidade, favorecendo a libertação e a cooperação (MAFFESOLI, 2010); os limites envolvem a noção de empenho, superação, de sobrevivência diante de situações difíceis (MAFFESOLI, 2010), permitindo compreender o presente e a relevância do viver, reconsiderando os anseios, o vivido e as experiências (MAFFESOLI, 2016).

Ao fundamentar-se na Sociologia Compreensiva e do Quotidiano de Michel Maffesoli, este estudo tem como objetivo compreender o imaginário dos profissionais da APS sobre as potências e os limites no cotidiano das famílias afrodescendentes migrantes refugiadas haitianas.

METODOLOGIA

Pesquisa qualitativa com abordagem de investigação interpretativa. Fundamenta-se na Sociologia Compreensiva e do Quotidiano de Michel Maffesoli, adotando-se os Pressupostos Teóricos da Sensibilidade: crítica ao dualismo esquemático; forma; sensibilidade relativista; pesquisa estilística; pensamento libertário.

A coleta de dados foi realizada nas cidades de Blumenau, Pomerode, Gaspar e Florianópolis devido à grande presença da população deste estudo e pelas características destas regiões. Fizeram parte desta pesquisa 49 participantes, sendo 22 famílias afrodescendentes migrantes refugiadas e 27 profissionais da APS. Critérios de inclusão adotados para os profissionais da área da saúde: profissionais da APS que atuem, de forma direta, na assistência às famílias afrodescendentes migrantes refugiadas haitianas. Critérios de exclusão: profissionais que não atuam na APS ou que, mesmo inseridos na APS, não tenham atendido famílias afrodescendentes migrantes refugiadas haitianas.

A coleta de dados iniciou-se somente após a aprovação do Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sob o Parecer número 4.195.158, e aceite de ementa que solicitou a alteração da coleta de dados da forma presencial, dos profissionais da área da saúde, para a forma virtual, via questionário *on-line*, por meio do *Google Forms*, em razão da pandemia de SARS-Cov-2. As entrevistas foram desenvolvidas com o uso de ferramenta tecnológica com os profissionais da APS e foram realizadas entre os meses de agosto e outubro de 2020. Para a manutenção do sigilo dos participantes da pesquisa, foi adotado codinome alfanumérico.

Para a realização da coleta de dados, inicialmente, foi enviado um *e-mail* convite com o *link* de acesso ao formulário e o termo de consentimento. Após o aceite de participação da pesquisa, os participantes tinham acesso ao roteiro de entrevista. Ao término da coleta, foi realizada uma leitura minuciosa dos dados. A análise de dados envolveu: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Após a leitura individual de cada entrevista, foram unidas as respostas de acordo com cada questão, permitindo a leitura e organização dos sentidos e falas que emergiam das questões. As falas foram sendo agrupadas e formando as categorias. Da questão “Quais as

potências dessas famílias na sua compreensão?”, emergiram a categoria Potência do cotidiano das famílias afrodescendentes migrantes refugiadas e as subcategorias: Educação; Laços familiares e Positividade. Da questão “Quais os limites nessas famílias na sua compreensão?”, emergiram a categoria Os limites do cotidiano das famílias afrodescendentes migrantes refugiadas e as subcategorias: Procuram atendimento quando estão doentes; Dificuldade de comunicação e barreira linguística; Vulnerabilidade social; Preconceito.

RESULTADOS

Perfil dos participantes

Participaram deste estudo 27 profissionais da área da saúde que atuam na APS, sendo: doze enfermeiros; oito médicos; três técnicos de Enfermagem; dois Agentes Comunitários de Saúde (ACS); um dentista e um nutricionista. Destes, são 17 do sexo feminino e dez do sexo masculino. O tempo de atuação com essa população específica variou de seis meses a oito anos.

A partir da análise de dados, emergiram duas categorias gerais na compreensão dos profissionais da área da saúde, expressando seu imaginário: As potências do cotidiano das famílias afrodescendentes migrantes refugiadas na compreensão dos profissionais da área da saúde; Os limites no cotidiano das famílias afrodescendentes migrantes refugiadas, descritas a seguir.

As potências no cotidiano das famílias afrodescendentes migrantes refugiadas

Ao questionar sobre as potências do cotidiano das famílias afrodescendentes migrantes refugiadas junto aos profissionais da APS, emergiram, de seu imaginário, as subcategorias: Educação; Laços familiares e Positividade.

Educação

O cotidiano das famílias afrodescendentes migrantes refugiadas é expresso no imaginário dos profissionais tendo como potência a educação, traduzida por: um bom nível de escolaridade; Ensino Superior; inteligência; habilidade e competência em falar mais de uma língua; facilidade de adaptação ao ambiente escolar; curiosidade; cordialidade; humildade na comunicação; valorização do atendimento profissional que recebem.

“Muitos tinham bom nível de escolaridade.” (PAS. 08)

“Povo muito inteligente; muitos bilíngues; muitos imigrantes têm Ensino Superior.” (PAS. 01)

“As crianças se adaptam rapidamente no ambiente escolar, são curiosas e, na maioria das vezes, as crianças nascem no Haiti e chegaram no Brasil alfabetizadas; falam o dialeto nativo, o francês, o inglês e o português.” (PAS. 15)

“Percebe-se uma educação, cordialidade nessas famílias, humildade na comunicação.” (PAS. 01)

“São educados em sua abordagem conosco.” (PAS. 08)

“Sempre muito educados, também valorizam o atendimento que recebem pelos profissionais que lhe atendem.” (PAS. 03)

Laços familiares

Uma potência do cotidiano das famílias afrodescendentes migrantes refugiadas trazida pelo imaginário dos profissionais da APS refere-se aos laços familiares expressos pela valorização da família, pelo querer estar junto, próximo, pela solidariedade e ajuda mútua.

“Percebo que muitos têm o objetivo de trazer seus familiares para o Brasil e o valor da família para eles.” (PAS. 02)

“Parecem ter um forte laço entre as diferentes famílias vindas do Haiti e se ajudam bastante.” (PAS. 05)

“Famílias que estão em busca de uma condição de vida mais digna para elas mesmo que vieram para cá e, muitas vezes, para auxílio daqueles familiares que permaneceram no país, através do trabalho. Procuram ficar próximos de outras famílias de seus pais na comunidade.” (PAS. 16)

“Laço familiar.” (PAS. 21)

Positividade

Outra potência do cotidiano das famílias afrodescendentes migrantes refugiadas expressa pelo imaginário dos profissionais da APS é a positividade, especialmente, diante das adversidades, expressando um potencial de prosperidade.

“Demonstram sempre positividade diante das adversidades.” (PAS. 04)

“Demonstram dispostos a trabalhar para prosperar em suas escolhas, são educados em sua abordagem conosco.” (PAS. 08)

“Percebo pessoas com potencial de prosperidade no futuro.” (PAS. 15)

Os limites no cotidiano das famílias afrodescendentes migrantes refugiadas

Os limites do cotidiano das famílias afrodescendentes migrantes refugiadas trazidos pelo imaginário dos profissionais da APS foram descritos como: procuram atendimento quando estão doentes; dificuldade de comunicação e barreira linguística; vulnerabilidade social; preconceito.

Procuram atendimento apenas quando estão doentes

Na fala dos profissionais que atuam junto às famílias migrantes refugiadas haitianas, o imaginário apontou, como limite do cotidiano, a procura dos serviços de saúde apenas quando há a vivência de algum adoecimento ou gestação, ressaltando que não há prevenção, havendo também dificuldade de adesão a acompanhamentos como pré-natal e puericultura, sendo necessária a busca ativa.

“Percebe-se uma procura apenas em situação de processo de doença ou gestação, não existe busca como prevenção.” (PAS. 01)

“Procuram atendimento quando estão doentes, não observo preocupação em prevenção.” (PAS.12)

“Percebo eles com dificuldades em aderir aos acompanhamentos (pré-natal e puericultura): precisamos sempre fazer busca ativa para manter o acompanhamento em dia.” (PAS.18)

Dificuldade de comunicação – Barreira linguística

Outro limite do cotidiano das famílias afrodescendentes migrantes refugiadas expresso pelo imaginário dos profissionais da APS é dificuldade de comunicação linguística, podendo também ser denominada de barreira linguística, sendo poucos os que conseguem se comunicar, envolvendo a necessidade de intérprete, interferindo no cuidado à saúde, sendo um dos motivos para a falta de sua continuidade, tendo em vista a dificuldade de expressão e compreensão das orientações, além da falta de privacidade e outras questões éticas, como o sigilo, por exemplo.

“Dificuldade na língua, um bom número deles precisa de intérprete (normalmente, um colega do próprio país); outros comunicam-se, mas com dificuldades, especialmente, nos primeiros tempos após a chegada.” (PAS. 16)

“A comunicação, apesar de já terem evoluído e aprendido um pouco do português; são poucos os que, de fato, conseguem se comunicar e isso interfere nos atendimentos de saúde; um dos grandes motivos para falta de continuidade do cuidado e falta de compreensão sobre retornos e seguimentos.” (PAS. 18)

“O principal limite que dificulta é a comunicação, pois muitos ainda não compreendem o português e têm dificuldades de se expressar e, também, de compreender as orientações. Por exemplo, muitas mulheres ‘dependem’ do companheiro para vir à unidade, pois não se comunicam sem que ele faça as devidas traduções, e isso acaba limitando até o atendimento a essa mulher, pois nem tudo ela vai querer compartilhar com o companheiro; então, pode haver queixas que ficam ocultas.” (PAS. 25)

Vulnerabilidade social

A vulnerabilidade social é um limite do cotidiano das famílias afrodescendentes migrantes refugiadas expresso no imaginário dos profissionais da APS como: desemprego; trabalhos perigosos, insalubres e sem direitos trabalhistas; condições precárias de moradia; baixa escolaridade e linguagem, que dificultam o entendimento para seguir as recomendações dos cuidados; dificuldades vivenciadas para adaptar-se a uma realidade muito diferente daquela a que estavam acostumados.

“Vulneráveis, são usuários que necessitam de cuidado especial por gestores e por profissionais da área da saúde devido a fatores como: linguagem; baixa escolaridade; dificuldade de entendimento para seguir recomendações de cuidados; pelas dificuldades que passam ao tentarem se adaptar a uma realidade muito diferente da qual estavam acostumados.” (PAS. 03)

“Demora ao procurar o serviço de saúde por medo de perder o emprego. Sujeitam-se a trabalhos perigosos, às vezes, insalubres. Aceitam receber menores salários e, em algumas situações, sem direitos trabalhistas.” (PAS. 03)

“Além disso, muitas dessas famílias enfrentam a vulnerabilidade social (desemprego, condições de moradia precária).” (PAS. 25)

“Pobreza, vulnerabilidade e racismo.” (PAS. 12)

Preconceito

O preconceito também é um limite do cotidiano das famílias afrodescendentes migrantes refugiadas trazido do vivido e do imaginário dos profissionais da APS, envolvendo a situação de anistia em outro país, a xenofobia, o racismo e a cor da pele.

“Preconceito com a situação de anistia em outro país, cor preta, xenofobia.” (PAS. 01)

“Preconceito que vivenciam.” (PAS. 03)

“Pobreza, vulnerabilidade e racismo.” (PAS. 12)

“Cor da pele.” (PAS. 17)

DISCUSSÃO

Ao buscar compreender o imaginário dos profissionais da APS sobre as potências e os limites do cotidiano das famílias afrodescendentes migrantes refugiadas haitianas, é relevante destacar os ensinamentos de Michel Maffesoli quando referiu que o imaginário é carregado de significado ambíguo, pois este é elaborado entre o palpável e o impalpável; é uma força social, uma concepção mental, aproximando componentes culturais e imaginários FIGUEIREDO *et al.*, 2019). Isto favorece uma apresentação dos fatos, do vivido, possibilitando identificar o sentido dado ao cotidiano das famílias migrantes refugiadas haitianas, com suas potências e limites, envolvendo a interpretação hermenêutica, que busca questionar o sentido na vida cotidiana (MAFFESOLI, 2016).

Ao buscar compreender o que povoa o imaginário dos profissionais da APS, se está buscando entender que o que vai além ou aquém de uma simples interpretação moral é principalmente entrar em ressonância. É estar propenso à escuta do que é, é encarar o saber com sabor, apreciar o mundo como ele é e os que o habitam por suas qualidades próprias. É saber ouvir, o que não é obrigatoriamente audível pelos que são atingidos pela surdez teórica (MAFFESOLI, 2016, p. 16).

O Brasil tem se destacado como país acolhedor para migrantes e refugiados. Os refugiados que buscam o Brasil estão procurando proteção e condições de sobrevivência; vislumbram, no país, a esperança que já não tinham mais em seu país de origem, pois viviam em situações de conflito e guerras. Almejam uma vida com seus direitos respeitados em que possam decidir e expressar suas opiniões, tomar suas próprias decisões, enfim, viver a sua própria vida, ser livre e com saúde. É indispensável, para que isso ocorra, que seja levado em consideração, no que diz respeito ao acesso à saúde, o envolvimento das políticas públicas para que essas pessoas tenham acesso à saúde, trabalho, educação, sentindo-se amparadas e com situação que lhes permita retomar suas vidas (SOARES; SOUZA, 2018; RISSON; MATSUE; LIMA, 2018).

Ao adentrar na realidade vivida pelas famílias migrantes refugiadas, os profissionais da APS buscam, por meio de ações, a efetivação dos princípios do SUS, seja por meio do acolhimento, do esforço para compreender, traduzir e atender, da melhor forma possível, às necessidades e demandas existentes e, muitas vezes, complexas. Porém, é somente por meio

dessas ações que se produzem efeitos e resultados de interações positivas (RISSON; MATSUE; LIMA, 2018).

Ao conhecer o imaginário sobre as potências do cotidiano das famílias afrodescendentes migrantes refugiadas haitianas, a educação e a formação acadêmica destacam-se. Sá (2016) relatou que a formação profissional e acadêmica faz parte de mais de 73,6% da população haitiana que integrou o seu estudo, porém, continua recebendo salários inferiores à sua qualificação, pois encontra dificuldades para a validação do diploma acadêmico, impossibilitando o acesso ao mercado de trabalho, mantendo a situação de vulnerabilidade e fragilidade, que somente os iguais compreendem no cotidiano vivido, potencializando, assim, os laços familiares.

As famílias haitianas são caracterizadas como famílias comunitárias, pois, em sua concepção, não se restringem a cônjuges e seus filhos, mas às pessoas que habitam sob o mesmo teto. Esses laços afetivos fortalecem seu cotidiano para o enfrentamento das difíceis condições vividas em seu país de origem, fruto de séculos de colonialismo e exploração (ARAÚJO, 2020).

Em meio a toda fragilidade no cotidiano dessas famílias, a fala de Maffesoli repercute, ecoa, pois o lugar faz o elo e é nesse cotidiano de viver humano que a razão sensível ganha relevância.

Quando nada é importante, tudo ganha importância. E os pequenos fenômenos da vida atual, os usos e os costumes sem atributos, os rituais banais que determinam a existência individual ou coletiva, tudo isso constitui o hùmus a partir do qual se desenvolve o estar juntos pós-moderno (MAFFESOLI, 2016).

E é nesse dia a dia que se fortalece a vida social feita cada vez mais de emoções, de sentimentos e afetos compartilhados, esse “*senso comum*” onde se aprimora o equilíbrio entre o “*universo simbólico*”, essa junção de ações que organizam a vida em sociedade. Essas relações não são impalpáveis, também não são exclusivamente racionais, padrões a serem seguidos, na verdade, estabelecem-se na vida banal e apresentam-se em pequenos atos cotidianos que vão, gradativamente, formar aquilo que se denomina “*trama social*” (MAFFESOLI, 2016).

Cada haitiano é um mundo, cada haitiano não é simplesmente um haitiano [...]. Para enfrentar a situação atual do Haiti, da maneira que enfrentamos, não é para qualquer um [...]. Para o haitiano chegar aqui [...] não somente arriscou, mas também, fez sacrifícios. Ele deixa mulher, deixa filhos para trás, por isso, não pode vir para cá para passar miséria também [...]. Ele tem o seu lar, tem mãe, tem irmão, tem irmã, eles podem ter parado um ano de colégio para juntar dinheiro e mandar ele [sic] viajar, para ele chegar, trabalhar e ajudar-lhes [sic]. Se sou [sic] eu que devo morrer para os outros viverem bem, então, devo morrer, porque a morte não será em vão (HANDERSON, 2015, p. 182).

É nesse contexto que a resistência à adversidade se aflora, o “raciovitalismo” propõe aliar posições teóricas vistas como contrárias, buscando entrar em concordância para uma ambiciosa ponderação, levando em consideração a razão interna que é, na verdade, um modo de unir a teoria e as relações vividas, vislumbrando sua complementaridade, admirando a sinergia de seus efeitos; é nessa relativização da sensibilidade que se demonstra que o que importa é saber interagir da melhor forma possível com todos os seres humanos pela simples razão dos sentidos, instintos, sentimentos e outras manifestações que são singulares (MAFFESOLI, 2016).

Neste ambiente de experiências fragmentadas que se potencializam, emergem os limites do cotidiano das famílias migrantes refugiadas haitianas, especialmente nos grupos mais vulneráveis. A superação desses limites exige ações adaptadas, incorporadas nos espaços públicos de atuação (BONETTI; FRANZMANN, 2016).

Zanatta *et al.* (2020) descreveu que, muitas vezes, os profissionais enfermeiros enfrentam dificuldades para o desenvolvimento e acompanhamento da criança na puericultura devido à dificuldade de intercomunicação, à aceitação por parte da família ao tratamento e à continuidade das orientações passadas. Ainda relatou que, na compreensão dos enfermeiros, as famílias, devido à cultura e à barreira linguística, só buscam os serviços de saúde em situação de doença, cultura essa que os profissionais que assistem essas famílias não conhecem. Faz-se necessária a qualificação para o atendimento dessa população cada vez mais presente nos espaços de saúde.

Ojeda, Santos e Damiani (2020) expôs que a incompreensão sobre o funcionamento dos serviços de saúde existentes no país e a carência de informações dadas pelos primeiros profissionais que assistiram essas famílias migrantes refugiadas são as principais causas de dificuldade de acesso ao sistema de saúde. Também retratou, em seu estudo, que houve relatos de migrantes haitianos que viveram discriminação no tratamento, despersonalização, o que se traduz em descontinuidade do acompanhamento, buscas pelo serviço de saúde de forma tardia e possíveis complicações na saúde. Rocha *et al.* (2020) retrataram que a não compreensão do idioma se apresenta como um limite para o acesso a serviços de saúde, porém, além da barreira linguística, há outros obstáculos, a economia, a cultura, perpetuando a exclusão e a vulnerabilidade social dessas famílias.

Nesse contexto, estão inseridos os profissionais da APS, detentores de poucos saberes de como lidar com o fenômeno migratório, estando estes em um sistema de saúde público, universal, igualitário, no qual se faz necessário atender a todos igualmente, indiferente de raça,

credo, cultura, origem (SOARES; SOUZA, 2018), todavia sempre respeitando, considerando e acolhendo as singularidades e diversidades.

Profundas reflexões teóricas podem contribuir para novas estratégias de atuação, respeitando a interculturalidade e seus limites nas práticas do sistema de saúde vigente e das políticas públicas (MARTIN; GOLDBERG; SILVEIRA, 2018). Ao centralizar as discussões nas práticas desenvolvidas em saúde, problematizando as lacunas existentes, possibilitar-se-ão a busca por melhoria do acesso e a qualidade de atendimento às famílias em situação de vulnerabilidade (SIQUEIRA; HOLLANDA; MOTTA, 2017; RISSON; MATSUE; LIMA, 2018).

É a busca pela ajuda mútua, sentido natural em que todos os seres, por sinergia, fortalecem a união, o conjunto da vida, o querer viver junto (MAFFESOLI, 2014), reconhecendo o sensível como componente do viver humano, evidenciando os efeitos sociais que isso admite, em todas as atribuições do cotidiano, a paixão, o sentimento, a emoção e o cuidado (re)exercem um papel privilegiado para a compreensão do viver (MAFFESOLI, 1998).

Ainda que o Brasil seja conhecido como um país acolhedor pelos migrantes e refugiados, Motizuki *et al.* (2019) descreveram que o preconceito com relação às famílias migrantes refugiadas se faz presente em diferentes setores. Na área da saúde, os profissionais não expressam publicamente o preconceito, porém, a conduta tomada por alguns profissionais frente a essas famílias migrantes refugiadas tem se apontado como um determinante na relação de cuidado à saúde.

O imaginário carregado de preconceito com relação às famílias migrantes refugiadas haitianas tem produzido reflexos na atenção à saúde destas. O preconceito e a relação de estigmatização por ser negro, no imaginário dos profissionais da saúde, refletem, diretamente, na condução das ações de cuidado. Essas práticas de racismo e discriminação colocam as pessoas em situação de vulnerabilidade, visto que essas ações perpassam sua atenção em saúde. Essas práticas pautadas na discriminação interferem na criação de vínculo, no cuidado integral e, conseqüentemente, no cuidado humanizado e respeitoso. Torna-se essencial o diálogo sobre o preconceito, a discriminação e a estigmatização existentes nos espaços de saúde, pois estão presentes nos espaços promotores de cuidado onde há profissionais reiterando discursos e falas de uma sociedade que percebe as famílias migrantes refugiadas haitianas como negros que trazem doenças e que tiram os empregos dos brasileiros (RISSON; MATSUE; LIMA, 2018).

Estas adversidades descritas pelos profissionais da área da saúde, sejam linguísticas ou culturais, muitas vezes, apresentam-se de forma a minimizar as iniquidades às quais essas famílias migrantes estão sendo submetidas em seu cotidiano, seja o racismo institucional, já

descrito na Política Nacional de Saúde da População Negra, ou em outras práticas MOTIZUKI *et al.*, 2019).

Granada e Detoni (2017) corroboraram a discussão ao narrar que os profissionais que atuam nas Estratégias Saúde da Família imaginam que os migrantes haitianos são marginalizados, nutrindo o preconceito com relação à cor da pele e sua origem, porém, ao adentrar na realidade dessas famílias, os ACS desenvolvem uma visão diferenciada da equipe, que nem sempre é bem aceita, pois os ACS passam a conhecer as famílias em seu cotidiano. Todavia, a manutenção dessa vulnerabilidade de acesso à saúde, somada ao desconhecimento da legislação, à falta de vínculos com a comunidade local, à barreira linguística, à dificuldade de acesso aos direitos sociais, perpetua a desigualdade resultante no viver dos haitianos.

As diretrizes que regem o Sistema Único de Saúde vigente no país asseguram acesso indiscriminado a qualquer pessoa, seja migrante, seja negra, seja brasileira.

Embora seja de direito dos migrantes o acesso à saúde e aos espaços de cuidado, parece existir uma lacuna no enfrentamento das singularidades dos grupos de migrantes, que não raro ficam sujeitos à interpretação difusa sobre seu direito ou não ao atendimento pelo sistema de saúde pública no Brasil” (MOTA; MARINHO, 2014, p. 84).

Faz-se urgente livrar-se dos conformismos e das pequenas manias arrazoadoras e, ao mesmo tempo, de coragem e de confiança. Coragem para sair dos torpores teóricos, dessas rotinas que são tranquilizadoras, pois, do contrário, o ‘assujeitamento’ é, para muitos, preferível à liberdade de espírito (MAFFESOLI, 2016, p. 37). Já que “as diferenças comunitárias existem, porque não as aceitar, colaborando para que elas se integrem umas com as outras. O jogo da diferença, longe de empobrecer, enriquece” (MAFFESOLI, 2010, p. 38).

As limitações para a realização deste estudo referem-se à coleta de dados que se apresentou como um limitador para uma abordagem mais profunda sobre o imaginário dos profissionais sobre as potências e os limites do cotidiano das famílias migrantes refugiadas afrodescendentes haitianas. Como essa coleta de dados ocorreu em meio à pandemia de COVID-19, os profissionais, participantes do estudo, apresentavam sobrecarga de trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao compreender o imaginário dos profissionais da APS sobre as potências e os limites do cotidiano das famílias migrantes refugiadas afrodescendentes haitianas, as vulnerabilidades vividas diariamente por essas famílias revelaram-se ainda mais acentuadas, visto que as

potências percebidas pelos profissionais são elementos de manutenção destes à sombra da sociedade.

Mesmo possuidores de graduação, elevada formação acadêmica, trilingües, o despreparo, a não aceitação, a falta de políticas públicas efetivas repercute, não possibilitando que estas pessoas e famílias tenham acesso a empregos, a melhores oportunidades de socialização, o que os tiraria da zona de desigualdade e exclusão social.

Essa continuidade na invisibilidade em relação aos seus direitos humanos essenciais somente fortalece as iniquidades instituídas e enraizadas no imaginário e no cotidiano dos profissionais da APS como, também, da sociedade, favorecendo, assim, a manutenção do preconceito, das vulnerabilidades remediáveis e da desigualdade de acesso à saúde.

Muitos questionamentos emergem após esses resultados aqui discutidos. Como mudar essa realidade e este cotidiano? Como tornar as políticas existentes no país uma prática de cuidado para todas as pessoas? Perguntas que formulam novas possibilidades de contribuições necessárias para o preparo e a qualificação dos profissionais para atuarem junto a essas famílias migrantes refugiadas que integram o cotidiano. Também se faz necessário combater o preconceito em meio à sociedade civil, formuladores de opiniões e ambientes educacionais, como nos diferentes espaços de saúde e cenários do SUS.

É urgente compreender que a prática dos profissionais da APS repercute na vida cotidiana das pessoas e que esses são responsáveis por cuidar e respeitar as diferenças, sejam elas relativas à estrutura familiar, à cultura, ao credo ou à cor da pele.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, A. A. A. Família, capital social e migração: a diáspora haitiana. **Idéias**, Campinas, v. 11, e020003, 2020. DOI: 10.20396/idéias.v11i0.8658548

BAENINGER, R. *et al.* **Migrações internacionais e a pandemia de Covid-19**. Campinas: Núcleo de Estudos de População “Elza Berquó”/Nepo/Unicamp, 2020. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/miginternacional.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2021.

BONETTI, J. C. S.; FRANZMANN, N. M. **Políticas sociais - família, criança, adolescente, idoso e pessoa com deficiência**. Indaiá: UNIASSELVI, 2016. Disponível em: <https://www.uniasselvi.com.br/extranet/layout/request/trilha/materiais/livro/livro.php?codigo=22262>. Acesso em: 20 jun. 2020.

FIGUEIREDO, D. S. *et al.* Promoção da saúde articulada aos determinantes sociais: possibilidade para a equidade. **Revista de Enfermagem da UFPE On Line**, Recife, v. 13, n. 4, p. 943-951, abr. 2019. DOI: 10.5205/1981-8963-v13i04a239123p943-951-2019

GRANADA, D.; DETONI, P. P. Corpos fora do lugar: saúde e migração no caso de haitianos no sul do Brasil. **Temáticas**, Campinas, v. 25, n. 49, p. 115-138, fev./dez. 2017. DOI: 10.20396/tematicas.v25i49/50.11131

HANDERSON, J. **Diáspora: As dinâmicas da mobilidade haitiana no Brasil, no Suriname e na Guiana Francesa**. 2015. 430 f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: https://www.migrante.org.br/wp-content/uploads/2015/05/Diaspora_Haitiana_tese_Joseph_Handerson.pdf. Acesso em: 20 jun. 2020.

HEIDEMANN, I. T. S. B. *et al.* Estudo comparativo de práticas de promoção da saúde na atenção primária em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil e Toronto, Ontário, Canadá. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, e00214516, jan. 2018. DOI: 10.1590/0102-311x00214516.

MAFFESOLI, M. **A ordem das coisas: pensar a pós-modernidade**. Rio de Janeiro: Forense, 2016.

MAFFESOLI, M. **Elogio da razão sensível**. Petrópolis: Vozes, 1998.

MAFFESOLI, M. **O conhecimento comum: introdução à sociologia compreensiva**. Porto Alegre: Sulina, 2010.

MAFFESOLI, M. **O tempo das tribos: o declínio do individualismo nas sociedades de massas**. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2014.

MARTIN, D.; GOLDBERG, A.; SILVEIRA, C. Imigração, refúgio e saúde: perspectivas de análise sociocultural. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 26-36, jan./mar. 2018. DOI: 10.1590/s0104-12902018170870

MOTA, A.; MARINHO, M. G. S. M. C. **Saúde e história de migrantes e imigrantes**. Direitos, instituições e circularidades. São Paulo: CD.G Casa de Soluções e Editora, 2014. Disponível em: <https://observatorio.fm.usp.br/handle/OPI/32182>. Acesso em: 20 jun. 2020.

MOTIZUKI, K. R. N. *et al.* Atenção à saúde aos imigrantes haitianos na visão de trabalhadores e gestores em Cuiabá, Mato Grosso. **Connecti Online: Revista Eletrônica UNIVAG**, Várzea Grande, n. 20, p. 84-103, 2019. DOI: 10.18312/connectionline.v0i20.1225

OJEDA, M. A. A.; SANTOS, E. K. A.; DAMIANI, P. R. Experiences of immigrant women accessing health care in Punta Arenas, Chile. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 29, n. spe, e20190276, mar. 2020. DOI: 10.1590/1980-265x-tce-2019-0276

RISSEON, A. P. R.; MATSUE, R. Y.; LIMA, A. C. C. Atenção em saúde aos imigrantes Haitianos em Chapecó e suas dimensões étnico-raciais. **O Social em Questão**, Rio de Janeiro, v. XXI, n. 41, p. 111-130, maio/ago. 2018. Disponível em: http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_41_art_5_Risson_Matsue_Lima.pdf. Acesso em: 20 jun. 2020.

ROCHA, A. S. P. S. *et al.* Acesso de migrantes haitianos à saúde pública: uma questão bioética. **Revista Bioética**, Brasília, v. 28, n. 2, p. 384-389, abr./jun. 2020. DOI: 10.1590/1983-80422020282400

SÁ, M. B. **Haitianismo**: Colonialidade e biopoder no discurso político brasileiro. 2019. 283 f. Tese (Doutorado em Relações Internacionais) – Instituto de Relações Internacionais, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/37787/37787.PDF>. Acesso em: 20 jun. 2021.

SIQUEIRA, S. A. V.; HOLLANDA, E.; MOTTA, J. I. J. Políticas de promoção de equidade em saúde para grupos vulneráveis: o papel do Ministério da Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1397-1406, maio 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017225.33552016

SOARES, K. G.; SOUZA, F. B. O refúgio e o acesso as políticas públicas de saúde no Brasil. **TraHs**, Campo Grande, n. 4, p. 139-151, dez. 2018. DOI: 10.25965/trahs.1234

SOUZA, J. B. *et al.* Determinantes sociais da saúde que impactam a vivência da imigração no Brasil. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 28, e53194, dez. 2020. DOI: 10.12957/reuerj.2020.53194

ZANATTA, E. A. *et al.* Consulta de enfermagem em puericultura à criança haitiana: dificuldades e possibilidades. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 34, e35639, nov. 2020. DOI: 10.18471/rbe.v34.35639

6.5 MANUSCRITO 5

POTÊNCIAS E LIMITES NO QUOTIDIANO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE DE FAMÍLIAS AFRODESCENDENTES HAITIANAS MIGRANTES REFUGIADAS

RESUMO

Devido ao movimento migratório existente mundialmente, cada vez mais, a presença de famílias migrantes refugiadas faz-se presente nos espaços da Atenção Primária à Saúde. Este estudo tem como **objetivo** compreender as potências e os limites no cotidiano dos profissionais da Atenção Primária à Saúde para a promoção da saúde das famílias afrodescendentes haitianas migrantes refugiadas. **Metodologia:** pesquisa qualitativa interpretativa, fundamentada na Sociologia Compreensiva e do Quotidiano, destacando os Pressupostos Teóricos da Sensibilidade: crítica ao dualismo esquemático; crítica à forma; sensibilidade relativista; pesquisa estilística; pensamento libertário. O cenário da pesquisa foi composto pelos municípios de Blumenau, Pomerode, Gaspar e Florianópolis, em Santa Catarina. Fizeram parte desta pesquisa 22 famílias afrodescendentes migrantes refugiadas e 27 profissionais que atuam na assistência junto às famílias afrodescendentes migrantes refugiadas haitianas na Atenção Primária à Saúde. A coleta de dados ocorreu entre os meses de agosto de 2020 e agosto de 2021, por meio de formulário eletrônico, devido à pandemia, após a aprovação do Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o Parecer número 4.195.158. O registro dos dados envolveu gravações digitais, com posterior transcrição. O diário de campo também foi utilizado, contemplando Notas de Interação, Notas Metodológicas, Notas Teóricas e Notas Reflexivas. A análise de dados ocorreu envolvendo as etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Como **resultados**, emergiram três categorias centrais: Políticas e ações específicas; Estratégia Saúde da Família como potência para a promoção da saúde e Limites para a promoção da saúde no cotidiano dos profissionais da saúde. **Considerações Finais:** o cotidiano dos profissionais da Atenção Primária à Saúde apresenta-se como um ambiente rico para a execução de cuidados favoráveis para a promoção da saúde, considerando-se suas potências e limites. Surge, como potência, a importância da efetivação das ações descritas na política de promoção da saúde, necessitando de fortalecimento. Os limites para a promoção da saúde expressam-se nas angústias vivenciadas pelos profissionais em seu dia a dia ao depararem-se com a dificuldade de comunicação, o que prejudica o atendimento e impossibilita compreender as dores vividas por essas famílias. Estes limites repercutem na manutenção das desigualdades sociais e no distanciamento destas famílias com os serviços de saúde.

Palavras Chaves: Família. Migrantes. Refugiados. Promoção da Saúde. Atenção Primária à Saúde. Atividades Cotidianas.

INTRODUÇÃO

A migração é um fenômeno global e constante, que impacta a vida das pessoas de diversas maneiras, seja com a quebra dos laços familiares, econômicos ou das trocas e conexões culturais. Estima-se que, aproximadamente, 258 milhões de pessoas são internacionais migrantes no mundo (INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION, 2018). No Brasil, a migração das famílias especificamente afrodescendentes não é algo novo. Este

progressivo fenômeno migratório traz a necessidade da busca por ambientes seguros e que possam proporcionar trabalho, liberdade, educação, saúde, entre outras demandas. Essas famílias deixam seus países de origem, migrando para outros, em decorrência de perseguições políticas, culturais, sociais, religiosas e desastres naturais (ANNONI, 2018).

O Sul do Brasil, em especial, o Estado de Santa Catarina, tem recebido volumes expressivos de migrantes haitianos nos últimos anos. Dados de 2010-2015 mostram que 44,95% dos imigrantes do Haiti, com registro ativo no país, concentram-se na região Sul, sendo Santa Catarina o destino de 15,51% desta população (BAENINGER *et al.*, 2017).

Falar sobre as populações afrodescendentes haitianas migrantes refugiadas é discutir sobre famílias com histórias de sobrevivência resultantes de desigualdades e privações repetitivas de direitos humanos (DÁVILA, 2018). Promover ações de cuidado e saúde para essas famílias apresenta-se como um caminho que proporciona abordar diversas causas que ameaçam a saúde e o bem-estar e favorece reflexões sobre seu cotidiano, comunidades, possibilitando compreender como vivem, trabalham, brincam e tomam decisões que afetam sua saúde e bem-estar (UNITED NATIONS ORGANIZATION, 2014).

Atender os migrantes refugiados na Atenção Primária à Saúde (APS) pode conter tanto similaridades quanto distanciamentos com as formas de atuação dos profissionais da área da saúde, dependendo do seu cotidiano de trabalho (MARTIN; GOLDBERG; SILVEIRA 2018). As ações de promoção da saúde na APS apresentam-se como prerrogativas para a “o estado de saúde positivo” da população acolhida pelos profissionais que atuam nesta área (FIGUEIREDO *et al.*, 2019), considerando que, mesmo em ambientes desfavoráveis, criam-se mecanismos para a elaboração de uma saúde pautada na pessoa e em um conjunto de valores como: vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e campos de ação conjunta (UNITED NATIONS ORGANIZATION, 2014).

Assim, é nesse ambiente de atenção à saúde que as práticas de promoção da saúde propõem radicalização na luta contra as desigualdades, fortalecimento da cidadania e da constituição de pessoas saudáveis e dignas de seus direitos (BRASIL, 2002b) essencial ao cuidado com as populações migrantes refugiadas. Neste contexto, este estudo objetivou compreender as potências e os limites no cotidiano dos profissionais da APS para a promoção da saúde das famílias afrodescendentes haitianas migrantes refugiadas.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa e interpretativa embasada na Sociologia Compreensiva e do Cotidiano, de Michel Maffesoli, contemplando, especialmente,

os Pressupostos Teóricos da Sensibilidade: crítica ao dualismo esquemático; crítica à forma; sensibilidade relativista; pesquisa estilística; pensamento libertário.

A pesquisa foi desenvolvida com 49 participantes, sendo 22 famílias afrodescendentes migrantes refugiadas e 27 profissionais de saúde atuantes em serviços de atenção primária nos municípios de Blumenau, Pomerode, Gaspar e Florianópolis, no Estado de Santa Catarina. Esses municípios foram escolhidos devido à presença significativa das famílias haitianas e pelo histórico de colonização desta região. Como critérios de inclusão, elegeram-se: profissionais da área da saúde que atendessem as famílias afrodescendentes migrantes refugiadas haitianas em seu cotidiano na APS. Como critérios de exclusão: profissionais que não atuam na APS ou aqueles que, mesmo atuantes na APS, não atendessem famílias afrodescendentes haitianas migrantes refugiadas.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de agosto de 2020 e agosto de 2021 por meio de formulário eletrônico com os profissionais, devido à pandemia, após a aprovação do Comitê de Ética da UFSC, sob o Parecer número 4.195.158. E foi mediada pelo envio das questões aos participantes com o uso do recurso *Google Forms*. Inicialmente, foram previstas realizações de entrevistas individuais com roteiro semiestruturado, porém, devido à pandemia de SARs-COVID-19, fez-se necessária adaptação da metodologia com a utilização de recursos virtuais.

Como estratégia de abordagem inicial, a pesquisadora entrou em contato com as secretarias municipais de saúde, que indicaram as Unidades Básicas e Equipes de Estratégia Saúde da Família de seus municípios que realizam atendimento à população foco do estudo. A partir disto, foram enviados *e-mails* às Unidades Básicas, com convite para a participação nesta pesquisa. O formulário contou com três questões norteadoras, sendo elas: “No seu ponto de vista, como poderiam ser desenvolvidas práticas para a promoção da saúde junto a esta população específica?”; “Quais os limites no cotidiano dos profissionais da área da saúde para o atendimento das famílias afrodescendentes migrantes haitianas?” e “Quais as potências no cotidiano dos profissionais da área da saúde para o atendimento das famílias afrodescendentes migrantes haitianas?”.

O registro dos dados envolveu gravações digitais, com posterior transcrição. O diário de campo também foi utilizado, contemplando Notas de Interação, Notas Metodológicas, Notas Teóricas e Notas Reflexivas.

Realizou-se análise temática em três etapas, conforme sugerido por Minayo (2014). Após uma leitura minuciosa de cada resposta, elas foram colocadas em uma planilha que favoreceu a visualização das respostas de forma geral e individual. Em seguida, ocorreu a

categorização a respeito das questões e das falas de cada participante. As categorias agregaram as respostas com mesmo sentido e objetivo.

Para a manutenção do sigilo dos participantes da pesquisa, foi atribuído codinome alfanumérico na descrição dos resultados.

RESULTADOS

Perfil dos participantes

Participaram deste estudo 27 profissionais da área da saúde que atuam na APS nos municípios de Blumenau (oito), Pomerode (seis), Gaspar (seis) e Florianópolis (sete), sendo 17 do sexo feminino e dez do sexo masculino. Quanto à categoria profissional, eram: dois agentes comunitários de saúde; um dentista; oito médicos(as); doze enfermeiros(as); três técnicos de Enfermagem e uma nutricionista. O tempo de trabalho na APS em atendimento às famílias migrantes refugiadas haitianas variou entre seis meses e oito anos de atuação.

Após o processo de análise temática dos dados, emergiram três categorias centrais, sendo elas intituladas: Políticas públicas e ações específicas; Estratégia Saúde da Família como potência para a promoção da saúde e Limites para a promoção da saúde no cotidiano dos profissionais da saúde, sendo esta terceira categoria subdividida em duas subcategorias intituladas: Dificuldade de comunicação devido ao idioma (barreira linguística); Dificuldade em abordar o sofrimento (a dor escondida).

Políticas públicas e ações específicas

Ao pensar em promoção da saúde para as famílias afrodescendentes migrantes refugiadas haitianas em seu cotidiano de trabalho, os profissionais ressaltaram que um importante passo a ser desenvolvido é a elaboração e implementação de políticas públicas específicas.

“Acredito que precisamos de políticas públicas específicas para o atendimento com orientação e capacitação dos profissionais quanto o atendimento desta população, pois possuem uma cultura muito diferente da nossa com demandas e ações específicas.” (PAS. 04)

“Identificar e mapear as famílias, verificando suas necessidades e traçar estratégias e promover ações para o melhor atendimento.” (PAS. 07)

“Trabalhos em grupos, preferencialmente com integrantes haitianos que também tenham bom domínio do português.” (PAS. 20)

Mas, para que se tenham políticas acolhedoras e saudáveis, também elencaram que se faz necessária a criação de ambientes favoráveis à saúde.

“Facilitando o acesso, incentivando a participação em grupos na comunidade.” (PAS. 02)

“Visitas domiciliares, orientação, melhor acolhimento.” (PAS. 12)

“Recepção adequada nos ambientes por eles frequentados, melhorando a autoconfiança.” (PAS. 16)

Para que tais situações possam se concretizar, os profissionais também indicam que os saberes e as potências dessas famílias sejam agregados para o reforço das ações comunitárias com a finalidade de alcançar o desenvolvimento de habilidades pessoais.

“Conversa com os líderes dentro das comunidades haitianas, envolvimento com igreja, tradução de informativos para o creole.” (PAS. 06)

“Identificação de pessoas chaves na comunidade haitiana para que pudesse ter uma aproximação com o serviço de saúde para fazer o link com essa população, uma espécie de agente comunitário de saúde haitiano.” (PAS. 18)

“Penso que seria útil para as famílias haitianas junto com as brasileiras serem convidadas a participar de rodas de conversa sobre o SUS e Caderneta de Saúde; sobre Promoção da Saúde, Prevenção de Doenças, Puericultura e demais assuntos referentes à saúde junto com profissionais da saúde da UBS.” (PAS. 15)

“Apoio para aprendizagem da língua portuguesa.” (PAS. 05)

“Capacitar os pacientes no aprendizado da língua para que possa ser realizados procedimentos de integração.” (PAS. 10)

Para os profissionais entrevistados, estas ações resultariam na reorientação dos serviços de saúde.

“Acredito que deveria existir um centro de referência para que pudéssemos encaminhar os usuários que não conseguimos manter uma comunicação efetiva pelo idioma.” (PAS. 03)

“Integrá-los aos programas existentes para a população nativa.” (PAS. 16)

“Poderíamos ter materiais informativos na língua deles sobre orientações básicas; atualmente, entregamos a caderneta de gestante, porém, muitas dessas gestantes haitianas não conseguem nem ler o que tem escrito. Usar a tecnologia a favor, com tradutores que facilitem a transmissão e compreensão das informações.” (PAS. 25)

Estratégia Saúde da Família como potência para a promoção da saúde

Dos 27 profissionais participantes, é percebida a compreensão de que as ações atreladas às equipes da Estratégia Saúde da Família e ao processo de trabalho das Unidades de Saúde de Atenção Básica em Saúde são um local fértil para promover saúde e que esses profissionais compreendem seu papel como agentes transformadores por meio de suas potências.

“ESF tem capacidade para alcançar essas famílias, introduzir e mostrar alguns hábitos que poderiam facilitar a vida em outro país, como: acesso a lazer, atividade física, onde buscar emprego, acesso aos serviços de assistência social, criação de grupos.” (PAS. 01)

“Profissionais comprometidos em desempenhar suas funções da melhor forma possível; troca de vivência entre os profissionais e usuários que nos faz entender melhor a cultura e como podemos ajudá-los.” (PAS. 03)

“SUS forte.” (PAS. 04)

“A possibilidade de fortalecimento de vínculo, de oferecer um espaço de produção e cuidado para esse grupo ainda vulnerável.” (PAS. 20)

“Acolhemos e atendemos como se fossem brasileiros. Tentamos atender por gestos, usando Google tradutor, pedimos que venha alguém que entenda ou fale português.” (PAS. 24)

“Uma delas é a empatia; nos atendimentos, buscamos sempre nos colocarmos no lugar do outro, tentando fazer o melhor.” (PAS. 25)

Limites para a promoção da saúde no cotidiano dos profissionais da saúde nas famílias afrodescendentes migrantes refugiadas haitianas

Dificuldade de comunicação devido ao idioma (Baryè Langaj)

Aos serem questionados sobre os limites enfrentados no cotidiano da assistência às famílias migrantes refugiadas haitianas, os profissionais da APS descreveram a impossibilidade de compreensão devido à barreira linguística, à não verbalização, dificultando uma troca efetiva de informações para a realização do cuidado.

“Dificuldade com a língua. Dificuldade para entendimento das barreiras culturais.” (PAS. 05)

“Com alguns, temos dificuldade na comunicação pelo idioma, Quando mulheres são pacientes, geralmente são muito caladas e os homens que lhes trazem à consulta é que falam por elas.” (PAS. 13)

“Somos limitados pela compreensão dos diálogos, compreensão do idioma, desde a recepção na UBS, passando pela triagem, consulta, sala de vacina até a explicação na farmácia sobre a posologia prescrita.” (PAS. 17)

Dificuldade em abordar o sofrimento - (Dor escondida - Douleur Cachée)

Esse abismo existente na comunicação reflete-se na limitação da compreensão do vivido, especialmente, na dificuldade em abordar o sofrimento e as dores que as famílias migrantes refugiadas haitianas carregam.

“Entendo que muitas famílias estão em sofrimento, pois a maioria vem e deixam seus filhos lá.” (PAS. 01)

“Dificuldade de abordar aspecto psicossocial, principalmente questões de sofrimento por morar em outro país e longe da família. Dificuldade de interpretar as queixas subjetivas.” (PAS. 06)

“As questões de sofrimento são abordadas superficialmente pela dificuldade de comunicação, pela questão de abrir alguma questão na frente do tradutor.” (PAS. 20)

DISCUSSÃO

Atuar na APS junto às famílias migrantes refugiadas haitianas requer, dos profissionais, a compreensão da importância das ações de promoção da saúde e do seu papel como mediadores desse processo para as práticas mediante contínua reflexão sobre a realidade do contexto e as necessidades reais para o enfrentamento dos desafios da comunidade assistida (TAVARES *et al.*, 2016).

Para aos profissionais da área da saúde, os espaços na APS são compreendidos como a porta de entrada para o acesso aos cuidados nos serviços públicos, pois essas famílias buscam alívio para as suas dores e sofrimentos advindos do processo de mudanças e desejo de inclusão (MARTIN; GOLDBERG; SILVEIRA, 2018). Para que um cuidado pautado na promoção da saúde ocorra, é preciso levar em consideração as dimensões políticas, o desenvolvimento das habilidades pessoais e coletivas, a participação comunitária, o cuidado com o ambiente e a reestruturação dos serviços de saúde (TAVARES *et al.*, 2016).

As falas dos participantes da pesquisa apontam para a importância da reorientação dos serviços de saúde, ressaltando que a responsabilidade pelas ações de promoção da saúde precisa ser compartilhada entre governos, comunidade, grupos, profissionais de saúde e instituições prestadoras de serviço, pautando-se pelo respeito e reconhecimento dos fatores culturais e das necessidades individuais e comunitárias e construindo canais de comunicação entre o setor saúde e os setores sociais, políticos, econômicos e ambientais (BRASIL, 2002a).

É por meio de ações de promoção da saúde que se potencializam ambientes mais saudáveis e pessoas mais participativas de seu processo de ser saudável, porém, para isso, faz-se necessária a construção de políticas que possibilitem tal objetivo, propiciando a criação de ambientes benéficos à saúde das pessoas. Foi com este intuito e anseio mundial que, na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em 1986, em Ottawa, no Canadá, foi criada uma moção estabelecendo os cinco campos para atuação: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis; reforço das ações comunitárias; desenvolvimento de habilidades pessoais; reorientação dos sistemas de saúde (UNITED NATIONS ORGANIZATION, 2014).

Os profissionais que atuam na APS, participantes deste estudo, relatam a necessidade de elaboração e implementação de políticas públicas e ações específicas, levando a propor a identificação e eliminação de limites que impossibilitem a adoção de políticas públicas saudáveis em diferentes setores, inclusive aqueles que não estão ligados ao âmbito da saúde (BRASIL, 2002a, p. 22).

É nessa interação entre o conhecimento e a existência das coisas comuns, diante do bom senso e da razão certa, que se redescobrem as forças do espírito. Ou seja, *“esse surpreendente entrelaçamento do previsível e do imprevisível, da ação e da inércia, do acaso e da necessidade, se poderia compreender a incompreensível vitalidade popular”* (MAFFESOLI, 2016, p. 124).

Busana, Heidemann e Wendhausen (2015) descreveram que a participação ativa da comunidade no processo de saúde empodera as famílias e os indivíduos e esse empoderamento, seja psicológico e/ou social, proporciona controle sobre suas vidas, repercutindo na melhora do processo de adaptação ao meio e ao mecanismo de solidariedade.

Essa criação de ambientes favoráveis está presente na Política de Promoção de Saúde, que descreve que “[...] para o mundo, as nações, as regiões e até mesmo as comunidades é a necessidade de encorajar a ajuda recíproca – cada um a cuidar de si próprio, do outro, da comunidade” (BRASIL, 2002a, p. 23).

“Essa “ajuda mútua” não é somente prática autômata, compreende-se como um sentido natural em que todos os seres, por cooperação, reforçam o conjunto da vida, é o querer viver junto” (MAFFESOLI, 2014, p. 45).

Somente por meio da adaptação das estratégias e programas na área da Promoção da Saúde é possível responder às necessidades locais, bem como levar em conta as diferenças em seus sistemas sociais, culturais e econômicos, chamando a atenção para as consequências que as decisões tomadas podem ocasionar no campo da saúde, influenciando e repercutindo na saúde das famílias de forma a favorecer ou a prejudicar o ser humano (BRASIL, 2016).

Estes ajustes podem propiciar o reforço das ações comunitárias, ações pautadas nas demandas reais e tangíveis para o desenvolvimento da comunidade, na busca por decisões, na criação de estratégias e efetivação das ações, resultando na melhoria na qualidade de vida das pessoas e famílias (BRASIL, 2002a, p. 24).

“Ao socializar, isto é, o que elabora e fortalece o elo social é o que, além ou aquém da moral, faz com que haja ética, o que garante a solidez do viver em comum” (MAFFESOLI, 2016, p. 83).

A busca pela melhora na assistência em saúde para as famílias migrantes refugiada faz os profissionais relatarem a necessidade do desenvolvimento de habilidades pessoais por meio de ações de capacitação para o idioma, compreensão e conhecimento da cultura.

Essas falas culminam no que já é prescrito na Política Nacional de Promoção da Saúde, “o desenvolvimento pessoal e social através da divulgação de informação, educação para a saúde e intensificação das habilidades vitais. Com isso, aumentam as opções disponíveis para que as populações possam exercer maior controle sobre sua própria saúde, bem como fazer opções que conduzam a uma saúde melhor (BRASIL, 2002a, p. 24).

Desenvolver habilidades é pensar em promoção da saúde, que implica superar os atendimentos fragmentados, buscar atender, de forma integral, as famílias migrantes refugiadas, sendo necessário que os profissionais da área da saúde possuam uma postura livre de juízos de valor e uma compreensão ampliada dessas famílias migrantes (RISSON; MATSUE; LIMA, 2018). As diferenças vividas pelas famílias afrodescendentes migrantes refugiadas tornam-se perceptivas pela língua, pelo sotaque, pelas vestimentas ou por determinados costumes e comportamentos (MARTIN; GOLDBERG; SILVEIRA, 2018).

Estas lacunas na assistência, descritas pelos participantes, só serão preenchidas quando houver uma reorientação dos sistemas de saúde, reorganização que adote uma postura que respeite as diferenças, as características culturais, auxiliando a adoção de práticas mais saudáveis para as pessoas, famílias e comunidades (BRASIL, 2002a, p. 25).

E isso só será possível quando ocorrer a compreensão do vivido pelas famílias, que “vai além de uma simples interpretação moral é principalmente entrar em ressonância. É estar propenso a escutar o que é, é encarar o saber com sabor. Apreciar o mundo como ele é, e os que habitam por suas qualidades próprias. Compreender é ouvir, ou saber ouvir, o que não é obrigatoriamente audível” (MAFFESOLI, 2016, p. 16).

É notório que as equipes de APS potencializam a efetivação do SUS, a melhora no acesso aos serviços, a redução dos agravos e complicações da saúde da população assistida, com resultados nos marcadores de qualidade de vida. Porém, para que tudo isso se torne realidade, fazem-se urgentes a renovação das políticas públicas existentes e a execução do que já é vigente no país (MACINKO; MENDONÇA, 2018). É indispensável pensar na promoção da saúde por meio dos vínculos familiares, fortalecendo as capacidades individuais e coletivas. As práticas de promoção da saúde possibilitam a identificação de potencialidades nas famílias, empoderando para ações de saúde e cuidado (MARCON; BARRETO; ELSSEN, 2019).

Ao relatar sobre os limites, os profissionais da área da saúde descrevem a barreira do idioma, expressa na dificuldade de comunicação, e de compreensão dos valores culturais, políticos e sociais. Isto limita o acolhimento, levando a dificuldades de atendimento desde sua chegada nos serviços de saúde até o desfecho clínico (MOTIZUKI *et al.*, 2019).

É uma realidade o cotidiano em que muitas dessas famílias migrantes refugiadas afrodescendentes não dominam a língua portuguesa, estabelecendo uma dificuldade linguística que prejudica a busca às unidades de saúde, bem como a comunicação com os profissionais, que são descritas na fala dos participantes, impedindo que suas queixas e sintomas sejam compreendidos (BAENINGER *et al.*, 2020).

Nesse contexto de superação das barreiras linguísticas para a melhoria do cuidado, os profissionais da área da saúde necessitam e têm empregado estratégias que permitem contornar essa situação, envolvendo pessoas que dominam o idioma falado pelos migrantes, ou por meio de mímicas e gestos, buscando, por meio dessas ações, solucionar ou minimizar o problema e reduzir as angústias vividas pelos atores envolvidos (MARCON *et al.*, 2019).

Esse limite também se apresenta na dificuldade em abordar o sofrimento ou mesmo na impossibilidade de “compreensão da dor”, expressa pelos participantes deste estudo. Neste sentido, encontra-se ressonância ao se descrever quando as famílias migrantes refugiadas afrodescendentes podem vivenciar diversas perdas durante a experiência migratória:

[...] a da família e entes queridos, a da língua, a da cultura, a da terra, da posição social, do contato com o grupo de pertença (étnico e religioso) e os riscos pela integridade física. Tais lutos (referentes a perdas reais ou simbólicas) podem ser tão ‘extremos’ que colocam a pessoa que os vivenciam em um estado de sofrimento e crise

permanente, sendo inevitável que essas pessoas adoeçam mentalmente e precisem de ajuda específica (BAENINGER *et al.*, 2020).

Para que ocorra esse cuidado adequado para as famílias, faz-se necessário avançar no diálogo sobre preconceito, discriminação social e estigma em saúde entre os profissionais da área (MARTIN; GOLDBERG; SILVEIRA, 2018). Superar os limites pré-existentes, elaborando e implementando métodos para a comunicação não verbal, visita domiciliar para compreender o cotidiano de cuidados e para inteirar-se do contexto de vida da família, como moradia, costumes e hábitos, favoreceu a implementação de práticas prescritas pelos profissionais da área da saúde (ZANATTA *et al.*, 2020).

Maffesoli (2019, p. 65) descreveu que a arte de viver é nula de preconceitos, argumentos, “trata-se de se ajustar ao momento vívido, é uma maneira de socializar que não vem do exterior, de caráter abstrato, racional”, mas que se utiliza a fundamentação sensível. E disse que “as gestualidades cotidianas, os olhares trocados, os pequenos acontecimentos da vida diária, enfim, o relacionismo é o que nos constitui, cada instante é eterno” (MAFFESOLI, 2019, p. 78).

Repercussões inerentes às limitações vividas pelos profissionais da área da saúde em seus cotidianos de atuação cooperam para a manutenção das desigualdades sociais e intensificam as barreiras de acesso aos serviços de saúde. É urgente a necessidade de ações na saúde pública para o planejamento e a instrumentalização de ações, repensando as estratégias tradicionais existentes e possibilitando a operacionalização das necessidades percebidas pelos profissionais da área da saúde por meio do preparo para a abordagem a essas famílias (MARCON; BARRETO; ELSSEN, 2019).

Como limitação na realização deste estudo, pode-se destacar a forma como essa coleta se deu em meio à pandemia de COVID-19, visto que os profissionais apresentavam sobrecarga de trabalho, o que dificultou a abordagem para o aprofundamento das questões.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cotidiano dos profissionais que atuam na APS apresenta-se como um campo fértil para a promoção da saúde das famílias migrantes refugiadas haitianas, visto que estes são os que têm o primeiro contato com essas famílias. Nas falas dos profissionais que atuam nestes espaços, ficam evidentes a potência e a compreensão do protagonismo destes profissionais no cuidado das famílias migrantes refugiadas haitianas e no fortalecimento do SUS.

Porém, entraves perpassam a realização desse cuidado, seja de concepção política, de organização social ou mesmo de limitação linguística. Esses limites superáveis necessitam de um olhar holístico para a promoção da saúde, olhar que fortaleça as ações já existentes e a organização dos serviços, respeitando as diferenças.

As potências aqui descritas pelos profissionais expressam seus anseios e desejos, mas também são ações que já estão contempladas tanto na política de promoção da saúde, como na constituição do país.

Estes anseios apresentados terão real efetivação quando os gestores municipais e estaduais compreenderem a demanda existente e se dedicarem à busca por elementos para a superação das dificuldades, o fortalecimento das ações já preconizadas, o fortalecimento da inclusão por meio da participação ativa dessas famílias no processo de saúde, além de fornecer instrumentos e preparo destes profissionais para a superação das desigualdades existentes.

Quanto mais tardiamente as discussões e ações forem desenvolvidas para a redução das deficiências existentes no que concerne à assistência às famílias migrantes refugiadas haitianas, maiores serão as repercussões negativas no que concerne à luta pela dignidade e saúde de todos, envolvendo a equidade.

Como profissional da área da saúde, a pesquisadora deste estudo compreende que a realidade vivida por estes que atuam junto a essas famílias migrantes refugiadas no seu cotidiano também necessitam ser descrita e discutida. Assim, será possível que gestores e novas políticas públicas possam proporcionar meios e instrumentalização que favoreçam a promoção da saúde dessas famílias, reduzindo angústias e dificuldades enfrentadas no cotidiano de atuação profissional.

Este estudo corroborou a compreensão do que os profissionais que atuam na APS vivenciam em seu cotidiano, considerando suas potências e seus limites para um cuidado resultante de promoção de saúde; também permitiu destacar que a promoção da saúde não se concebe somente no campo da Atenção à Saúde, nas equipes de saúde, essa ocorre quando diferentes poderes públicos e saberes se unem por uma mesma causa: a saúde para todos.

REFERÊNCIAS

ANNONI, D (coord). **Direito internacional dos refugiados e o Brasil**. Curitiba: Gedai/UFPR, 2018. Disponível em: http://gedai.com.br/wp-content/uploads/2018/08/livro_%20Direito%20Internacional%20dos%20Refugiados%20e%20o%20Brasil.compressed-ilovepdf-compressed.pdf. Acesso em: 20 jun. 2020.

BAENINGER, R. *et al.* **Migrações internacionais e a pandemia de Covid-19**. Campinas: Núcleo de Estudos de População “Elza Berquó”/Nepo/Unicamp, 2020. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/miginternacional.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de promoção da saúde (Documento para discussão)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_prom_saude.pdf. Acesso em: 20 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf. Acesso em: 20 jun. 2020.

BUSANA, J. A.; HEIDEMANN, I. T. S. B.; WENDHAUSEN, Á. L. P. Participação popular em um conselho local de saúde: limites e potencialidades. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 442-449, abr./jun. 2015. DOI: 10.1590/0104-07072015000702014.

DÁVILA, R. R. Afrodescendentes como sujeitos de direitos do direito internacional dos direitos humanos. **Sur: Revista Internacional de Direitos Humanos**, São Paulo, v. 15, n. 28, p. 151-164, out. 2018. Disponível em: <https://sur.conectas.org/wp-content/uploads/2019/05/sur-28-portugues-roberto-rojas-davila.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2020.

FIGUEIREDO, D. S. *et al.* Promoção da saúde articulada aos determinantes sociais: possibilidade para a equidade. **Revista de Enfermagem da UFPE On Line**, Recife, v. 13, n. 4, p. 943-951, abr. 2019. DOI: 10.5205/1981-8963-v13i04a239123p943-951-2019

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION. **Migrant smuggling data and research: A global review of the emerging evidence base**. vol. 2. Geneva: IOM, 2018. Disponível em: https://publications.iom.int/system/files/pdf/smuggling_report.pdf. Acesso em: 20 jun. 2021.

MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia saúde da família, um forte modelo de atenção primária à saúde que traz resultados. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp.1, p. 18-37, set. 2018. DOI: 10.1590/0103-11042018S102

MAFFESOLI, M. **A ordem das coisas: pensar a pós-modernidade**. Rio de Janeiro: Forense, 2016.

MAFFESOLI, M. **A palavra do silêncio**. São Paulo: Palas Athenas, 2019.

MAFFESOLI, M. **O tempo das tribos: o declínio do individualismo nas sociedades de massas**. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2014.

MARCON, S. S. *et al.* **A família como foco no fazer cotidiano do ensino, pesquisa e assistência de enfermagem**. Londrina: EDUEL, 2019.

MARCON, S. S.; BARRETO, M. S.; ELSÉN, I. **Pesquisar, ensinar e cuidar de famílias: desafios, avanços e perspectivas**. Londrina: EDUEL, 2019.

MARTIN, D.; GOLDBERG, A.; SILVEIRA, C. Imigração, refúgio e saúde: perspectivas de análise sociocultural. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 26-36, jan./mar. 2018. DOI: 10.1590/s0104-12902018170870

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MOTIZUKI, K. R. N. *et al.* Atenção à saúde aos imigrantes haitianos na visão de trabalhadores e gestores em Cuiabá, Mato Grosso. **Connecti Online: Revista Eletrônica UNIVAG**, Várzea Grande, n. 20, p. 84-103, 2019. DOI: 10.18312/connectionline.v0i20.1225

RISSEON, A. P. R.; MATSUE, R. Y.; LIMA, A. C. C. Atenção em saúde aos imigrantes Haitianos em Chapecó e suas dimensões étnico-raciais. **O Social em Questão**, Rio de Janeiro, v. XXI, n. 41, p. 111-130, maio/ago. 2018. Disponível em: http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_41_art_5_Risson_Matsue_Lima.pdf. Acesso em: 20 jun. 2020.

TAVARES, M. F. L. *et al.* A promoção da saúde no ensino profissional: desafios na Saúde e a necessidade de alcançar outros setores. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1799-1808, jun. 2016. DOI: 10.1590/1413-81232015216.07622016

UNITED NATIONS ORGANIZATION. **The road to dignity by 2030: Ending poverty, transforming all lives and protecting the planet**. New York: ONU, 2014. Disponível em: https://www.un.org/disabilities/documents/reports/SG_Synthesis_Report_Road_to_Dignity_by_2030.pdf. Acesso em: 20 jun. 2020.

ZANATTA, E. A. *et al.* Consulta de enfermagem em puericultura à criança haitiana: dificuldades e possibilidades. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 34, e35639, nov. 2020. DOI: 10.18471/rbe.v34.35639

6.6 MANUSCRITO 6

CONTRIBUIÇÕES PARA UM CUIDADO PROMOTOR DA SAÚDE NO QUOTIDIANO DE FAMÍLIAS AFRODESCENTES MIGRANTES REFUGIADAS**RESUMO**

Tem-se como objetivo contribuir para um Cuidado Promotor da Saúde para as pessoas e famílias migrantes refugiadas afrodescendentes. Pesquisa qualitativa interpretativa, seguindo uma perspectiva da microssocioantropologia. É fundamentada na Sociologia Compreensiva e do Quotidiano, contemplando os Pressupostos Teóricos da Sensibilidade: crítica ao dualismo esquemático; crítica à forma; sensibilidade relativista; pesquisa estilística; pensamento libertário. Adota o Processo de Cuidar em Enfermagem envolvendo o Quotidiano e o Imaginário em Saúde. O estudo foi desenvolvido nos municípios de Blumenau, Pomerode, Gaspar e Florianópolis, em Santa Catarina. Fizeram parte desta pesquisa 49 participantes, sendo 22 famílias afrodescendentes migrantes refugiadas haitianas e 27 profissionais que atuam na assistência às famílias afrodescendentes migrantes refugiadas haitianas em seu dia a dia. Devido ao atual cenário mundial da pandemia de SARS-Cov-2, a coleta de dados com as famílias ocorreu por meio de entrevista semiestruturada e, com os profissionais, deu-se por meio de formulário eletrônico após a aprovação do Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o Parecer número 4.195.158, entre os meses de agosto e outubro de 2020. O registro dos dados ocorreu com gravações digitais e posterior transcrição. Adotou-se o diário de campo, considerando as Notas de Interação, Notas Metodológicas, Notas Teóricas e Notas Reflexivas. A análise de dados envolveu: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Como resultado, propõe-se um Cuidado Promotor da Saúde para as famílias migrantes refugiadas afrodescendentes, considerando potências e limites do cotidiano, sendo coconstruído a partir do imaginário e do cotidiano tanto das famílias quanto dos profissionais da saúde. Busca-se despertar uma reflexão aos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre o cotidiano destas pessoas e famílias migrantes refugiadas, para transfigurar o ambiente de privações de direitos humanos, enquanto desafios e limites presentes nesta realidade. Discussão: ao percorrer as questões culturais, sociais e as limitações existentes no cotidiano destas pessoas ou famílias, o profissional gerará um cuidado pautado na razão sensível, permitindo que emergam pensamentos libertários ao que está constituído. Considerações Finais: ao resgatar o cotidiano e o imaginário, envolvendo a cultura, a história, com seus desafios, limites e potências, é possível impactar, positivamente, a saúde das pessoas e famílias migrantes refugiadas. As práticas dos profissionais podem repercutir, de forma efetiva e afetiva, na vida destes em direção a um cuidado promotor da saúde coconstruído pelos profissionais da saúde junto às famílias afrodescendentes haitianas migrantes refugiadas para transfigurar ambientes de privação de direitos humanos.

Palavras chaves: Cuidado. Cultura. Famílias Afrodescendentes Migrantes Refugiadas. Atenção Primária à Saúde. Promoção da Saúde. Enfermagem. Atividades Cotidianas.

INTRODUÇÃO

O movimento migratório trouxe mudanças significativas para o cotidiano da sociedade contemporânea, expresso pelo aumento da mobilidade humana e acentuação da globalização. Essa migração, devido aos diferentes aspectos, levou a uma mudança da diversidade entre as pessoas e famílias assistidas no cotidiano das unidades de saúde pelos profissionais em âmbito mundial, tornando a assistência que considere a cultura uma necessidade essencial (COUTINHO *et al.*, 2018).

Nos diferentes espaços de saúde que promovem o cuidado às pessoas e famílias migrantes e refugiadas no país, a Atenção Primária à Saúde (APS) torna-se um campo privilegiado para o acolhimento e a construção de um cuidado respeitando o cotidiano, as diferenças de cultura e vulnerabilidades nos quais essas pessoas e famílias estão inseridas. Devido à inserção das equipes de Saúde da Família nos territórios, estes profissionais possuem a possibilidade de conhecer e compreender a realidade expressa no cotidiano destas pessoas e famílias, além de considerar os limites e as potências vivenciados por elas (DAMASCENO; SILVA, 2018).

O cotidiano é “a maneira de viver dos seres humanos no presente, expresso no dia a dia através de interações, valores, crenças, símbolos e imagens, que vão delineando seu processo de viver, em um movimento de ser saudável e adoecer, pontuando, seu ciclo vital. Esse percurso pelo ciclo vital tem uma determinada cadência que caracteriza nossa maneira de viver, influenciada tanto pelo dever ser, como pelas necessidades e desejos do dia a dia, que se denomina como ritmo de vida e do viver. O cotidiano não se mostra apenas como cenário, mas sobretudo, revela tanto as cenas do viver como do conviver” (NITSCHKE, 2017, p. 8).

Assim, buscando promover saúde para as pessoas e famílias migrantes refugiadas, os profissionais da APS necessitam compreender e refletir sobre o cotidiano que envolve o contexto cultural, promovendo interações que possam envolver medidas protetivas, intervencionistas e terapêuticas em uma linguagem acessível (DAMASCENO; SILVA, 2018).

A APS apresenta-se como o contato preferencial das pessoas e famílias no sistema de saúde e estas unidades são responsáveis pela organização do cuidado à sua saúde, por isso deve ser orientada pelos princípios do primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, abordagem familiar (MACINKO; MENDONÇA, 2018, p. 54).

O esforço por uma prática pautada no cotidiano e que ressalte as questões culturais pode contribuir para uma vida mais digna, longa e saudável para estas pessoas e famílias, pois a saúde pode ser considerada o bem mais valioso e sem o qual as pessoas e famílias não

conseguem viver dignamente no seu cotidiano, sendo impossibilitadas de realizar as ações e interações essenciais e necessárias, prejudicando o convívio social e familiar e fortalecendo as desigualdades sociais já pré-existentes (SOUZA *et al.*, 2020).

O direito à saúde não se limita aos cuidados de saúde, já que estende a vários fatores que contribuem para uma vida saudável, conhecidos como determinantes de saúde e incluem o direito à alimentação, a um padrão adequado de vida, moradia adequada, a não discriminação, à privacidade, ao acesso à informação (SILVA *et al.*, 2011).

Nessa perspectiva, realiza-se um estudo que teve como objetivo geral: compreender as potências e os limites no cotidiano das famílias afrodescendentes migrantes refugiadas em ambientes de privação dos direitos humanos para um cuidado promotor da saúde, fundamentado na Sociologia Compreensiva e do Quotidiano de Michel Maffesoli, com seus Pressupostos Teóricos e da Sensibilidade, em uma perspectiva da microsocioantropologia.

Um dos resultados apresentou que os migrantes, ao buscarem os serviços de saúde, enfrentam limites expressos por: idioma; preconceito; falta de informação e compreensão do serviço de saúde. Estes limites favorecem a manutenção dos resultados das terapêuticas ineficientes, potencializando os riscos de adoecimento e mantendo as vulnerabilidades existentes e latentes.

O cuidado em saúde, que leve em consideração o cotidiano, ressaltando os fatores culturais, revela-se como essencial para um cuidado efetivo, visto que a globalização e o aumento acelerado da migração alteraram as características das comunidades. Esse cuidado pautado no cotidiano, ressaltando-se a cultura, a ser realizado pelos profissionais da área da saúde, favorece a compreensão da migração, como está a adaptação ao novo país, o contexto de vida, linguagem, hábitos, estilos de vida, além dos sentimentos com relação ao comportamento discriminatório por parte da sociedade, iniciando um processo de reflexão dos próprios profissionais sobre seus valores e ações frente às pessoas e famílias migrantes (COUTINHO *et al.*, 2018).

A procura dos cuidados de saúde primários por pessoas oriundas de países estrangeiros, com diferentes valores culturais, crenças, costumes, comportamentos e atitudes, tem sido cada vez mais frequente. Face a esta realidade social, torna-se fundamental que cada profissional de saúde avalie a sua competência cultural, questionando-se: “estarei preparado para prestar bons cuidados de saúde a clientes com idioma diferente?”. É importante perceber que bastam os problemas relacionados com a comunicação e interação para dificultar a relação terapêutica, pondo em causa a segurança e a qualidade dos cuidados prestados (CAMPINHA-BACOTE; LEE, 2020).

Perante esta nova realidade no cotidiano de atuação das equipes de saúde da APS para a prestação de cuidados efetivos, é importante entender que a diversidade cultural precisa ser respeitada em uma sociedade cada vez mais heterogênea de valores, credos, culturas e raças. A compreensão das diferenças culturais é fundamental, pois um cuidado culturalmente sensível resulta na construção de uma nova realidade, que, por certo, será de mais igualdade e de paz. Essa consciência cultural dos profissionais da área da saúde começa pelo autoconhecimento de seu cotidiano, seus valores culturais, diferenças e preconceitos (ALBOUGAMI; POUNDS; ALOTAIBI, 2016).

Ao pensar em um modelo de cuidado pautado no cotidiano e no imaginário e, portanto, também na cultura, pode-se resgatar a pioneira Madeleine Leininger, enfermeira que desenvolveu sua teoria fundamentada no cuidado transcultural, destacando a importância de um olhar atento às diversidades e aos fatores que influenciam a vida e a saúde das pessoas. Na mesma linha de cuidado, sob a influência de Leininger, na área de Enfermagem transcultural, ressalta-se Campinha-Bacote (2019) que desenvolveu o seu Modelo de Competência Cultural para cuidados de saúde. Competência Cultural, para Campinha-Bacote (2019), pode ser definida como um conjunto de comportamentos harmoniosos, atitudes e políticas reunidos na formação de profissionais, que os capacitem para trabalhar de modo eficaz em situações interculturais.

Para Campinha-Bacote e Lee (2020), existe uma relação direta entre o nível de competência dos prestadores de cuidados de saúde e a sua capacidade de gerar cuidados de saúde culturalmente sensíveis, sendo a competência cultural uma componente essencial na prestação eficaz de cuidados de saúde.

Nesta mesma concepção de cuidado centrado na cultura e nas famílias, Nitschke vem desenvolvendo diferentes pesquisas que utilizaram, como método, o Modelo de Cuidar e Pesquisar o Cotidiano em Saúde e Enfermagem nas diversas áreas do conhecimento, tendo influências de Madeleine Leininger e dos trabalhos realizados junto à Dra. Ingrid Elsen no GAPEFAM. Nitschke realizou esta proposta de cuidar, aprender, ensinar e pesquisar, envolvendo o cotidiano, o imaginário, a saúde e a Enfermagem, a partir das bases teóricas do Interacionismo Simbólico, bem como da microssocioantropologia de Michel Maffesoli.

O modelo de cuidado desenvolvido por Nitschke foi aplicado e vem sendo replicado nos mais diferentes cenários do SUS, contemplando distintos momentos e situações do ciclo vital, envolvendo a promoção da saúde. Este método de pesquisa e cuidado produziu o Processo de Cuidar em Enfermagem envolvendo o Cotidiano e o Imaginário em Saúde (PROCEQUIS) (ELSEN *et al.*, 2016).

Este método também proporciona conhecer melhor o universo que se está investigando e possibilita afetivamente e, portanto, efetivamente cuidar das pessoas, famílias e comunidades migrantes refugiadas afrodescendentes para promover um cuidado promotor da saúde.

A promoção da saúde emerge como “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”. A saúde deve ser percebida como um modo para se viver e não como objeto de viver e, para o seu alcance, as famílias, indivíduos e comunidades necessitam “identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente” (BRASIL, 2002b, p. 19).

No resultado da pesquisa, já citada anteriormente, uma das questões elencadas pelos profissionais sobre as dificuldades de promover saúde da população migrante refugiada é a busca aos serviços somente de forma assistencialista. Porém, ao questionar as famílias sobre esse cotidiano, emergem respostas que favorecem a compreensão dessa busca pelos serviços somente de forma assistencialista, ou seja, a compreensão de saúde, para essas pessoas e famílias, é somente a ausência de doença, pois não possuem compreensão de continuidade de cuidado, além da dificuldade de acesso ao serviço devido a não sentirem acolhimento, afetando os conceitos e a relação de cuidado à saúde e à doença, adesão ao tratamento e às ações continuadas de prevenção e promoção da saúde.

Ao ter como pano de fundo as mudanças vivenciadas pelos profissionais da área da saúde no contexto de APS e os resultados que emergiram da pesquisa, tem-se aqui como objetivo propor a coconstrução de um Cuidado Promotor da Saúde, considerando as potências e os limites do cotidiano das famílias afrodescendentes haitianas migrantes refugiadas para transfigurar ambientes de privações de direitos humanos.

Pautado no respeito à diversidade, raça e história pregressa, busca-se que este modelo de cuidado, coconstruído, possibilite a reflexão, aos profissionais da área da saúde, sobre as dificuldades enfrentadas pelas pessoas migrantes refugiadas e famílias e coloque em relevo suas potências para, assim, realizar um cuidado afetivo, portanto, efetivo, que contribua para transfigurar ambientes de privações de direitos humanos.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa interpretativa seguindo uma perspectiva da microsociologia. É fundamentada na Sociologia Compreensiva e do Quotidiano, contemplando os Pressupostos Teóricos da Sensibilidade: crítica ao dualismo esquemático;

crítica à forma; sensibilidade relativista; pesquisa estilística; pensamento libertário. A pesquisa foi desenvolvida nas cidades do Vale do Itajaí – Blumenau, Pomerode e Gaspar e na cidade de Florianópolis. Estas cidades foram escolhidas devido à grande incidência de população deste estudo e pelas características destas regiões, que foram historicamente constituídas por diferentes movimentos de migração. Contemplaram-se as exigências éticas de pesquisa com seres humanos, tendo sido aprovada no Comitê de Ética da UFSC sob o Parecer número 4.195.158. Fizeram parte desta pesquisa 22 famílias afrodescendentes migrantes refugiadas haitianas que viveram privações de direitos humanos, que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa, que se utilizaram dos espaços de cuidado e saúde/unidades de saúde. Também participaram deste estudo 27 profissionais da área da saúde que atuavam no cuidado assistencial às famílias afrodescendentes migrantes refugiadas. A coleta de dados ocorreu entre os meses de agosto de 2020 e agosto de 2021, por meio de entrevistas, seguindo roteiro semiestruturado. Com os profissionais, a coleta deu-se de forma *on-line*; com as famílias, no modo presencial. O registro dos dados ocorreu com gravações digitais e posterior transcrição. Adotou-se o diário de campo, considerando as Notas de Interação, Notas Metodológicas, Notas Teóricas e Notas Reflexivas. A análise de dados envolveu: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Desse modo, a partir das categorias que emergiram do imaginário dos profissionais e famílias, integrou-se O Modelo de Cuidar e Pesquisar o Quotidiano em Saúde e Enfermagem, como seu PROCEQUIS (ELSEN *et al.*, 2016), assim emergiu nossa contribuição para coconstrução de Cuidado Promotor da Saúde, considerando as potências e os limites no cotidiano das famílias afrodescendentes migrantes refugiadas em ambiente de privações de direitos humanos. Ressalta-se que denominamos de coconstruído, pois emergiu a partir do imaginário dos profissionais de saúde e das próprias famílias. Destaca-se, ainda, que se considera que estará permanentemente em construção para contemplar as diferentes realidades, os diferentes momentos do cotidiano, bem como os diferentes cenários do SUS.

RESULTADOS

Buscou-se contemplar o objetivo de contribuir para a coconstrução de um Cuidado Promotor da Saúde, considerando as potências e os limites no cotidiano das famílias afrodescendentes migrantes refugiadas em ambiente de privações de direitos humanos, a partir do imaginário dos profissionais de saúde e das próprias famílias.

Ao elaborar esta proposta de cuidado, ressalta-se que este apresenta uma metodologia de cuidado sistematizado, considerando as necessidades e qualidades das pessoas e famílias em

questão, pautado por meio de embasamento teórico-filosófico, disposto a melhorar o processo de assistência na APS, focando no cuidado às pessoas e famílias migrantes refugiadas, visando ao fortalecimento do cuidado integral e auxiliando a implementação de boas práticas (BRASIL; INSTITUTO SÍRIO-LIBANÊS DE ENSINO E PESQUISA, 2016).

Para elaboração, proposição e coconstrução deste Cuidado Promotor da Saúde, adotaram-se os pressupostos teóricos e filosóficos, acolhendo-se os saberes de Michel Maffesoli e do PROCEQUIS, que contempla as seguintes fases: Conhecendo o Quotidiano e o Cuidado em Saúde; Definindo a Situação do Quotidiano e do Cuidado em Saúde; Propondo e Executando o Cuidado no Quotidiano; Repensando o Cuidado e o Quotidiano (ELSEN *et al.*, 2016).

Conhecendo o Quotidiano e o Cuidado em Saúde: momento que busca conhecer o cotidiano da pessoa e família, bem como o cuidado em saúde. Ou seja, busca-se conhecer seu percurso pelo ciclo vital, sua história, sua maneira de viver no dia a dia, suas interações, crenças, valores, cultura, símbolos, suas necessidades, seus desejos, ritmo de vida, cenas e seus cenários, enfim, seu adoecer e seu ser saudável, buscando suas maneiras de cuidar e ser cuidado.

Definindo a Situação do Quotidiano e do Cuidado em Saúde: nesta fase, buscou-se conhecer seus significados, imagens, mergulhando em seu imaginário, para compreender seus limites e potências. Enfim, conhece-se, por exemplo, o que significa a vivência de ser migrante e refugiado por parte da pessoa e família. Destaca-se que esta interação ocorre em um cenário de respeito à individualidade, resguardando a identidade das pessoas.

Propondo e Realizando o Cuidado no Quotidiano: após a identificação do contexto e a definição da situação das vivências e dos significados por parte da pessoa e família, propõe-se um cuidado em saúde, compartilhando objetivos e estratégias em mútuo acordo. Este é o momento em que se define como se pode integrar o cotidiano e o imaginário da pessoa e família na forma de cuidado em saúde, considerando seus limites e potências. Neste estudo, neste momento, preliminarmente, considerando as potências e os limites no cotidiano das famílias afrodescendentes migrantes refugiadas em ambiente de privações de direitos humanos, a partir do imaginário dos profissionais de saúde e das próprias famílias, propõem-se as seguintes interações como cuidado promotor da saúde:

- a) Exercitar a paciência - o profissional é que precisa ser paciente;
- b) Falar devagar e pausadamente;
- c) Repetir a informação quando necessário;
- d) Identificar os recursos disponíveis e compartilhá-los com as famílias: pessoas que compreendam creole e francês; cursos de português para haitianos;

- e) Promover rodas de conversa e círculo de saberes para compartilhar culturas e idiomas; quotidianos e imaginários;
- f) Integrar aplicativos tradutores no cotidiano dos profissionais de saúde, bem como capacitações e cursos de creole e francês para a equipe;
- g) Produzir material educativo e informativo no idioma acessível à comunidade haitiana;
- h) Articular-se com o sistema de documentação e legalização da permanência;
- i) Integrar-se com instituições e coletivos de defesa dos direitos humanos;
- j) Envolver e indicar, aos gestores e políticos, a adoção pautas que contemplem a população afrodescendente haitiana migrante refugiada nas políticas públicas saudáveis.

Ressalta-se que estas interações trazidas preliminarmente serão delineadas articulando para efetivar as ações e estratégias descritas na Carta de Ottawa, que estabelece cinco campos para atuação: Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; Criação de ambientes favoráveis à saúde; Reforço das ações comunitárias; Desenvolvimento de habilidades pessoais e Reorientação dos sistemas de saúde (BRASIL, 2002a, p. 25).

Repensando o Cuidado e o Quotidiano: este momento é de avaliação e reavaliação, refletindo e repensando o dia a dia e o cuidado realizado, junto à pessoa e família, na sua vivência em foco (ser afrodescendente migrante refugiado), buscando contemplar seus limites e suas potências. Adotam-se abordagens com a participação direta e ativa das pessoas que estão envolvidas no processo de cuidar-ensinar-aprender-pesquisar de modo a realizar uma prática afetiva e, portanto, efetivamente promotora da saúde que possa servir de inspiração e modelo a outros serviços de cuidado à saúde.

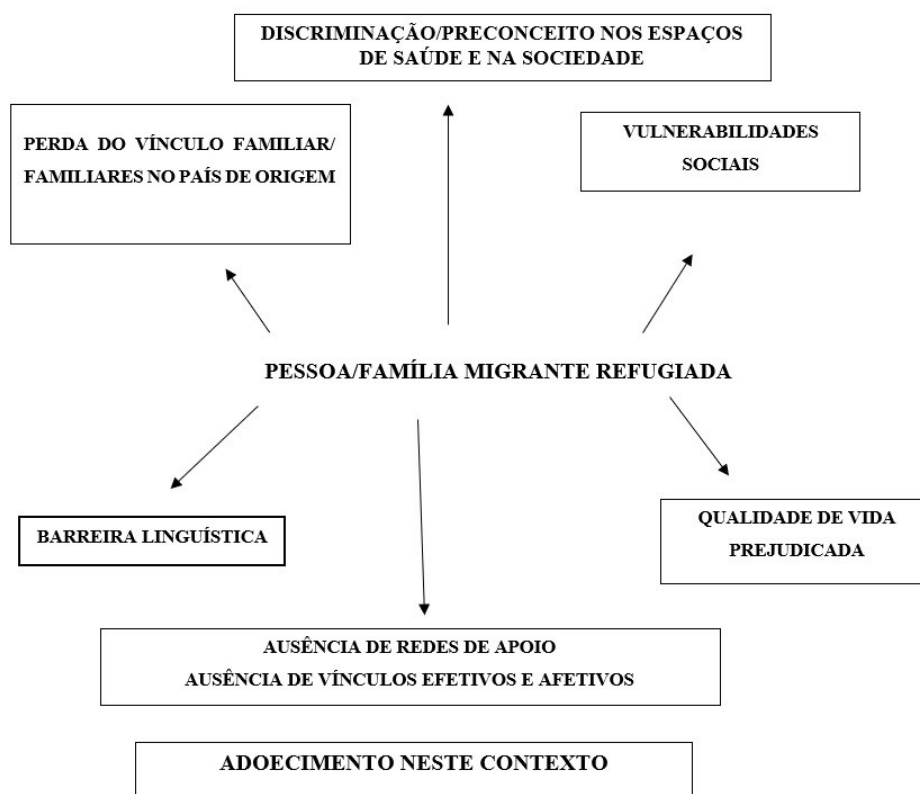
O SUS foi elaborado para ser equânime, integral e universal. Entretanto, essa universalidade não conseguiu ser fortalecida na estrutura das ferramentas de informação e na evolução do cuidado. A produção de dados sobre a atenção à saúde dos migrantes e refugiados constitui um dos maiores desafios para que políticas públicas eficazes possam ser formuladas” (VENTURA; YUJRA, 2019, p. 63).

Com o intuito de fortalecimento das práticas em saúde na APS, compreendendo que esta é a porta principal de acesso aos cuidados, é essencial que as equipes atuantes neste contexto de cuidado organizem os serviços de forma que sejam, de fato, acessíveis e resolutivas as necessidades e demandas das pessoas e famílias (BRASIL; INSTITUTO SÍRIO-LIBANÊS DE ENSINO E PESQUISA, 2016).

A pessoa, ao adentrar no serviço e ser conduzida para o acolhimento, deve encontrar um momento da escuta efetiva e afetiva, que busca conhecer e compreender suas necessidades (BRASIL; INSTITUTO SÍRIO-LIBANÊS DE ENSINO E PESQUISA, 2016). O profissional terá acesso então ao diagrama 1, que retrata o cotidiano das pessoas e famílias migrantes refugiadas e pretende proporcionar uma reflexão e um atendimento pautados na história pregressa e cultural, conhecendo as dificuldades dessas pessoas e famílias, facilitando a identificação das demandas para o cuidado efetivo para a saúde e o bem-estar.

Nesse cotidiano de assistência às famílias afrodescendentes haitianas migrantes refugiadas, repensar estratégias/modelos de acolhimento à população migrante pelos profissionais da APS não se apresenta como uma tarefa fácil, trazendo à tona questões que as equipes, às vezes, não estão dispostas a enfrentar, porém, é necessário um olhar atento e afetivo para o sucesso deste modelo (DELAMUTA *et al.*, 2020).

Diagrama 1 - Cotidiano das famílias migrantes refugiadas afrodescendentes haitianas

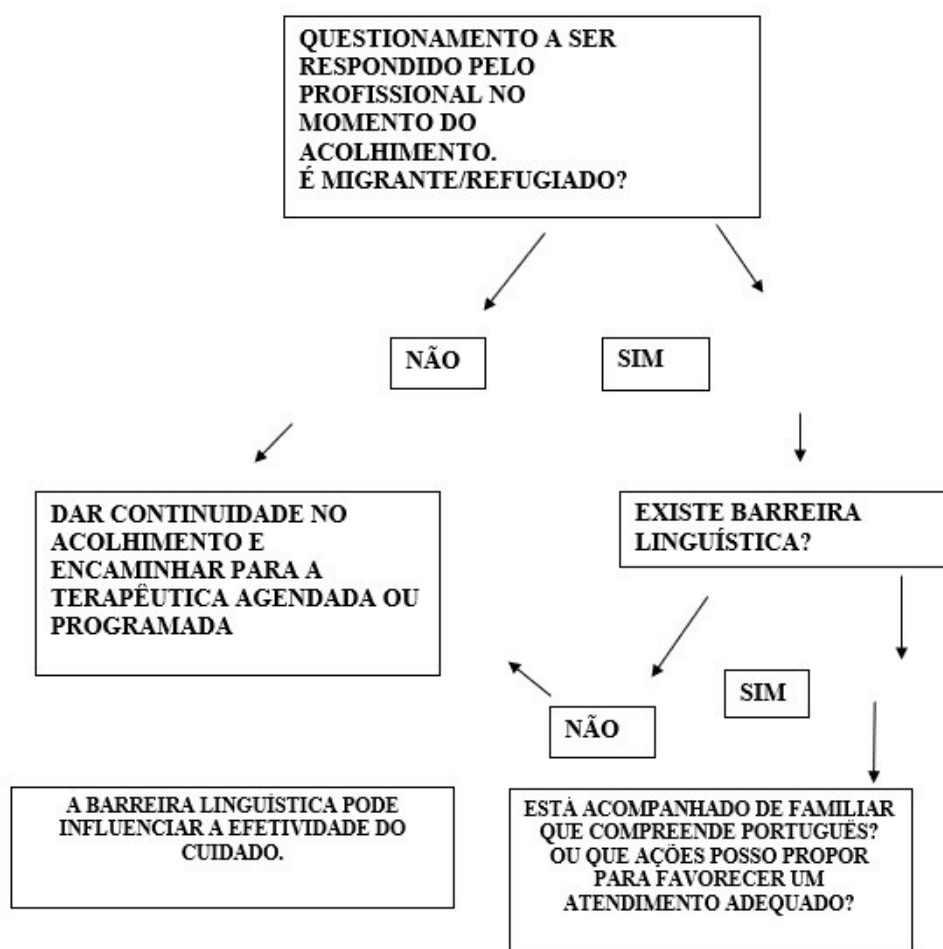


Elaborado pela autora (2021).

Dando sequência ao acolhimento/atendimento inicial que ocorre nas unidades de atenção primária, também será aberto o diagrama 2, no qual, além das questões padrão já

realizadas durante o processo de acolhimento, também haverá a questão descritiva, contribuindo para que o profissional perceba as relações existentes, especificidades da pessoa migrante refugiada além das fisiológicas, que podem ser motivadoras pela busca do serviço.

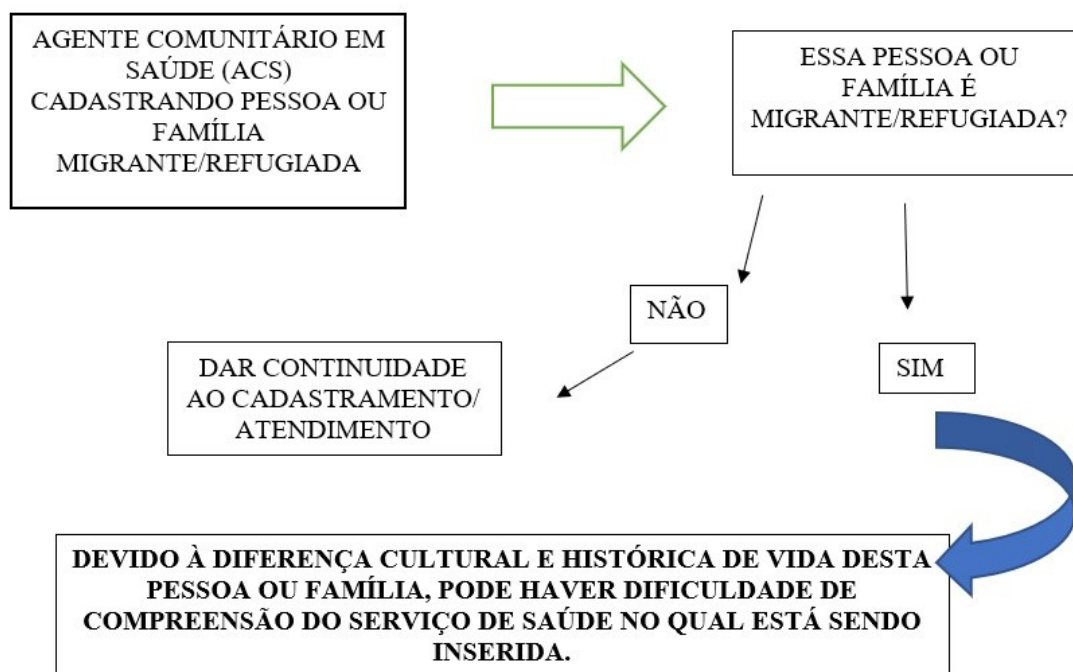
Diagrama 2 - Cuidado no Momento do Acolhimento pelo profissional na APS.



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

E o diagrama 3 busca oportunizar, no momento de primeiro contato com a família migrante refugiada, que o Agente Comunitário de Saúde (ACS) e/ou o profissional do administrativo possa refletir sobre as possíveis lacunas existentes na compreensão destas pessoas sobre o serviço de saúde vigente no Brasil.

Diagrama 3 - Cuidado no momento do cadastramento da família no território pelo agente comunitário de saúde na APS.



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

No momento em que o ACS ou outro profissional administrativo realizar o cadastro na recepção da APS, o sistema informação digitalizada abrirá uma caixa questionando se é migrante/refugiada. Se sim, uma outra caixinha se abrirá, lembrando que, devido à diferença cultural, barreiras poderão ser encontradas neste atendimento e que, talvez, essa pessoa não compreenda o serviço de saúde que está acessando.

DISCUSSÃO

As ações de cuidado em saúde por meio das unidades de saúde em âmbito primário acabam constituindo a porta de entrada das pessoas e famílias migrantes refugiadas aos serviços públicos, pois, neste cotidiano de migrar, há, em algum momento, a busca por auxílio ao alívio dos sofrimentos inerentes ao processo de busca de direitos humanos e ao processo de inclusão em uma nova sociedade. Nesta realidade, não basta ter “cartão do SUS”, há especificidades próprias dessas famílias e pessoas que são desconhecidas pelos profissionais da área da saúde, como também existe desconhecimento, por parte dos migrantes refugiados, sobre as formas de

cuidados que são realizados no Sistema Único de Saúde (MARTIN; GOLDBERG; SILVEIRA, 2018).

Ao buscar transpor as barreiras culturais por meio da reflexão e do desvelamento da realidade destas pessoas e famílias, o fluxograma 1 descreve este cotidiano de limitações e ausências onde estes fatores podem favorecer o adoecimento desta pessoa ou família, informações advindas do resultado encontrado na tese.

E é nesse contexto que se propõe a aplicação do modelo de cuidado, que é compreendido como uma estrutura teórica em que há inter-relação entre conceitos, pressupostos e metodologia de cuidado. Trata-se de conjunto composto pelos conceitos fundamentais da área, além de pressupostos sustentados por referencial teórico-filosófico que objetiva direcionar o cuidado (RODRIGUES; SANTOS; GLORIA, 2018).

Os modelos podem oportunizar compreender o universo das famílias migrantes refugiadas afrodescendentes em que as relações de causas e efeitos nem sempre são entendidas por pessoas de culturas diferentes (LAIARA, 2020).

Ao pensar nas situações que precisam ser resgatadas durante o desenvolvimento do cuidado à pessoa migrante refugiada, o referencial filosófico de Michel Maffesoli corrobora a discussão das necessidades, sendo assim acolhido para o desenvolvimento deste cuidado, adotando-se seus Pressupostos Teóricos e da Sensibilidade.

Em seu primeiro pressuposto, Michel Maffesoli propôs a crítica ao dualismo, preconizando um equilíbrio entre a razão e os sentimentos, integração entre a racionalidade aberta, permitindo refletir sobre os componentes da personalidade, da história de cada pessoa. Ao considerar o PROCEQUIS, anteriormente descrito, o primeiro passo proposto de Cuidado Promotor da Saúde centrado na pessoa migrante refugiada e sua família é denominado Conhecendo o Cotidiano e o Cuidado em Saúde, que permite que a racionalidade aberta faça parte desse momento.

Ao permitir que as questões históricas, vividas e sentidas no cotidiano desta pessoa ou família façam parte deste processo, o cuidado gerado não estará mais pautado nos achados somente fisiológicos, este transpassará as barreiras existentes e que nem sempre são visíveis, mas que repercutem nas vidas destes, e abrirá caminhos para um cuidado pautado e centrado no ser humano em sua essência.

Segundo Laiara (2020 p. 49), *20 a cultura é um processo acumulativo, resultante de toda a experiência histórica* e esse processo pode limitar ou estimular a ação criativa da pessoa. É importante lembrar que todos são formados a partir de ancestralidade cultural e que estes saberes que os permeiam não podem repercutir sobre o cuidado desenvolvido ao próximo. Ao

descrever os limites enfrentados no cotidiano das pessoas ou famílias migrantes refugiadas, o preconceito surge como um fator que, historicamente, permanece enraizado no cotidiano e que fortalece e perpetua o desrespeito e as privações do direito de igualdade das pessoas de pele negra.

Ao ter contato com uma pessoa ou família migrante refugiada, o profissional iniciará fazendo uma reflexão sobre suas próprias convicções e valores e, após isso, realizará as questões para conhecer um pouco mais sobre a realidade da pessoa e família (DIAGRAMA 2).

Ao iniciar os questionamentos sobre o cotidiano da pessoa ou família, o segundo pressuposto de Michel Maffesoli será aplicado, visto que ele expôs que, ao permitir descrever os contornos e as insignificâncias da vida no cotidiano, se está fazendo uma crítica à forma, indo além de olhar ao próximo somente com patologias ou não, compreendendo que a realidade de ser migrante acarreta fatores que potencializam o adoecer. É neste momento que a segunda fase do PROCEQUIS se desenvolve; Definindo a Situação do Cotidiano e do Cuidado em Saúde, na qual, por meio do fluxograma, se apresenta uma imagem do cotidiano destas pessoas ou famílias. Essa abordagem permite apreender sobre a fragilidade e as correntes afetuosas da vida.

Após a aplicação das breves questões no momento do acolhimento, no qual o profissional responderá sobre a presença de barreira linguística e a presença de familiar acompanhante, permite-se, ao observar essa realidade vivida por essa pessoa ou família migrante refugiada, estar mais qualificado para a produção do cuidado pautado na sensibilidade relativista, que é o terceiro pressuposto de Michel Maffesoli, em que não existe apenas uma verdade, uma realidade.

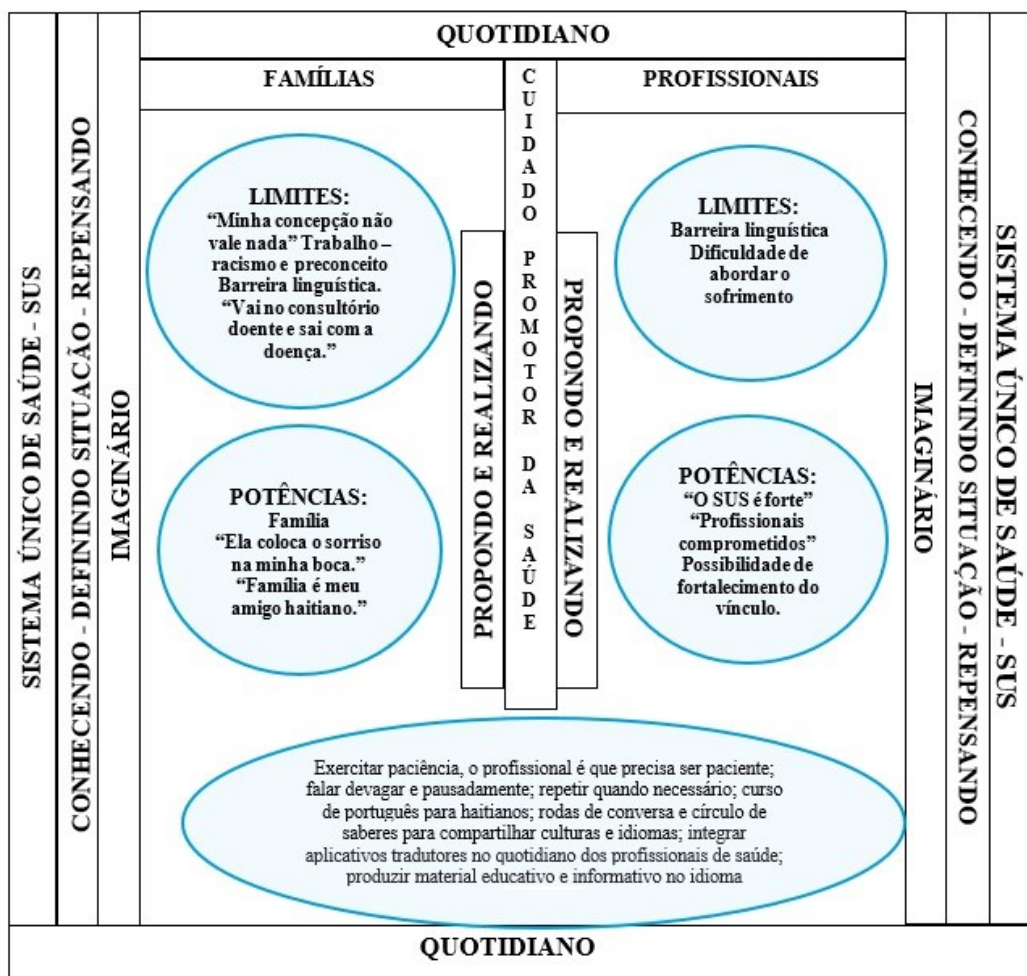
Se, porventura, a presença da barreira linguística estiver posta, a sensibilidade relativa proporcionará, ao profissional que busque por meio de outras formas de comunicação, a efetividade do acolher e reconhecer o outro, emanando a solidariedade orgânica que o introduz ao cerne da organicidade, transcendendo o próprio eu, promovendo a sensibilidade coletiva, que, por meio do imaginário, da emoção, dos sentimentos, *“ultrapassa a atomização individual e suscita as condições de possibilidades”* (MAFFESOLI, 2014, p. 23).

Como resultado desta reflexão, ao propor uma ação terapêutica, o profissional desenvolverá a terceira fase, Propondo e Realizando o Cuidado no Cotidiano, agora envolto pela empatia e comprometimento ético e social, realizando uma ação em que os gestos, o cotidiano e a diversidade farão parte deste contexto e aí se chega ao quarto pressuposto de Maffesoli, a pesquisa estilística, em que, ao invés do *“Por que não adere ao tratamento?”*, *“Por que não vem às consultas?”*, se leva em consideração a realidade daquela pessoa.

E o último e quinto pressuposto de Michel Maffesoli é o que move a produção deste cuidado, o pensamento libertário, que é da ordem da compreensão subjetiva e intersubjetiva, envolve generosidade de espírito, proximidade, correspondência – um exercício da ação de se colocar no lugar do outro, resultando no cuidado afetivo e efetivo, o Repensando o Cuidado e o Quotidiano, momento em que o profissional terá a oportunidade de repensar suas práticas, refletindo como suas ações podem potencializar o ser saudável desta pessoa ou família migrante refugiada.

Ao permitir que o pensamento libertário faça parte da prática do cuidado promotor de saúde das pessoas e famílias migrantes refugiadas, as ações, reações e sentimentos ganharam um sentido a mais, possibilitando a completude de humanismo coletivo no qual se integram, da melhor maneira possível, todos os possíveis *constitutivos da natureza humana* (MAFFESOLI, 2016, p. 20).

Diagrama 4: Coconstruindo um cuidado promotor da saúde



Este propõe coconstruir um cuidado às famílias migrantes refugiadas considerando as potências existentes no cotidiano dos profissionais da APS, bem como no cotidiano das famílias onde, por meio destes saberes, se promovam ações de fortalecimento da prática à saúde em que, por meio da elaboração das ações, se permitam a identificação e a remoção de obstáculos para a adoção de políticas públicas saudáveis, favorecendo a criação de ambientes acolhedores onde a reciprocidade permeie o cuidado e as ações, resultando em ações concretas e efetivas, potencializando estratégias que permitam a participação ativa das pessoas e famílias e que reforcem que os *“serviços de saúde precisam adotar uma postura abrangente, que perceba e respeite as peculiaridades culturais”* (BRASIL, 2002a, p. 25).

A promoção da saúde, aos longos dos últimos 35 anos, destaca-se como uma estratégia para a superação dos enfrentamentos dos problemas que acometem a saúde das pessoas e famílias, sendo que esta propõe a junção dos saberes profissionais e populares existentes e a mobilização de poderes institucionais, comunitários, públicos e privados a favor da vida (BUSS, 2020).

Este cuidado resgata, por meio dos resultados deste estudo, os saberes que emergiram dos profissionais da APS e das famílias migrantes refugiadas e propõe a construção de uma prática que priorize a equidade em saúde, políticas inclusivas e ações que materializem a implementação de políticas saudáveis, assim como proposto nos cinco campos de atuação da Carta de Ottawa para a efetivação da promoção da saúde.

Ainda propõe, aos profissionais da APS, a criação de ambientes favoráveis para a manutenção e promoção à saúde, o que implica o reconhecimento das relações interpessoais levando em consideração que a família se destaca como potência para a efetivação do cuidado quando se fala em famílias migrantes refugiadas afrodescendentes.

Ao considerar as habilidades profissionais destacadas pelos participantes deste estudo, o SUS sim é um campo fértil para o desenvolvimento das habilidades pessoais onde, por meio da articulação de pessoas-chaves das comunidades/famílias migrantes refugiadas, se podem construir pontes para a elaboração conjunta de ações para o empoderamento e a educação em saúde.

E para que tudo isso possa ocorrer, o modelo biomédico necessita ser superado por meio da formação e da discussão da realidade dos profissionais em que aconteça a superação do posto para dar espaço a uma assistência centrada na pessoa, não mais desrespeitosa, em que a pessoa vem com dor e sai com dor, mas que utilize as potências das pessoas e do SUS para a concretização de ações pautadas para a promoção da saúde.

Apesar das ferramentas e formas existentes para o acolhimento e atendimento à saúde, ainda há muito que se avançar em relação aos aspectos de acolhimento e atendimento de saúde, no sentido de os tornar adequados para as pessoas refugiadas, visando que tenham melhores condições de vida e saúde” (SOARES; SOUZA, 2018, p. 149).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao propor um Cuidado Promotor da Saúde centrado nas pessoas e famílias migrantes refugiadas, este estudo teve como objetivo salientar que pequenos detalhes, olhares, reflexões podem alterar a saúde destas famílias e os resultados da terapêutica proposta, pois, compreendendo que existem diferenças culturais, respeitando a nacionalidade, raça, cor e credo da pessoa acolhida, o atendimento alcançará sua finalidade de promover um cuidado de promoção à saúde, sublinhando a dimensão cultural do cuidado.

Quando se resgata que todos são concebidos de valores culturais, esta compreensão promove um olhar sensível às práticas e ações frente a outra pessoa. Ao refletir se as suas ações estão alicerçadas em valores éticos ou estes perpassam valores culturais e que podem ser limitadores no respeito a outra pessoa, isto poderá proporcionar uma conduta que possibilita derrubar barreiras erguidas ao longo da história da sociedade e que somente perpetuam a privação dos direitos dos seres humanos.

Parecem poucas as ações, de forma efetiva, que aqui foram propostas, porém, se este modelo proporcionar, ao menos, a um pequeno grupo, a abertura de um olhar sensível para essa população, o objetivo deste modelo terá sido alcançado, pois a literatura e os resultados desta pesquisa apontam para a presença de barreiras que precisam ser percebidas pelos profissionais que atuam na APS para que o cuidado seja afetivo e, portanto, efetivo.

Também, por meio deste, busca-se destacar que os profissionais da APS necessitam ser instrumentalizados e ouvidos, pois o cotidiano destes também necessita ser revisitado e, por meio da efetivação de novas políticas, condições possam ser promovidas para que estes estejam preparados para esta nova realidade, visto que a migração tende a ser cada vez mais presente.

A pesquisadora deste estudo acredita que, ao promover o processo de reflexão, este, por si só, pode desencadear um cuidado pautado na pessoa e não na nacionalidade, na cor da pele, permitindo que o “lugar faça o elo”, sendo, portanto, um local de efetivo acolhimento, pois é preenchido de aconchego, de vínculo, de refúgio nos momentos de dores físicas e psíquicas. É importante relembrar que saúde não é somente ausência de doença e que essas

pessoas, devido às inúmeras razões vividas e instituídas, não possuem redes de apoio em seu cotidiano.

Ressalta-se que, ao serem acolhidos de forma afetiva-efetiva, estes, aos poucos, compreenderam o processo de trabalho realizado nos serviços das Unidades de Saúde da APS, reduzindo, assim, a busca somente pela forma assistencialista-curativa por estas famílias e pessoas, além de serem reduzidos os riscos de adoecimento, resultando em menores gastos públicos.

Para finalizar, resgata-se o quinto e último pressuposto teórico e da sensibilidade de Michel Maffesoli, o pensamento libertário. Pensamento que liberta das amarras construídas ao longo da história na qual um ser humano é melhor que o outro; liberta das diferenças de cor, de raça; liberta de uma assistência pautada e centrada na doença; liberta de uma realidade de exclusão e de invisibilidade, permitindo caminhar por uma assistência livre de desigualdade, iniquidades, de injúria e desumanidade. Assim, este modelo poderá colaborar com Sistemas de Informações em Saúde (SIS), possibilitando um melhor conhecimento de pessoas e famílias afrodescendentes migrantes refugiadas que estão sendo assistidas no SUS, além de subsidiar a possibilidade de novas políticas públicas, que contemplem sua visibilidade e inclusão.

Enfim, o pensamento libertário resgata o ser humano ao encontro de sua humanidade. O cuidado somente alcançará seus objetivos quando o olhar estiver atento ao outro em sua singularidade, que só é alcançada quando se exerce o seu papel como promotor de um cuidado pautado na equidade, na universalidade e na integralidade, resultando no cuidado afetivo, portanto, efetivo, contribuindo para o fortalecimento e a concretização do SUS.

REFERÊNCIAS

ALBOUGAMI, A. S.; POUNDS, K. G.; ALOTAIBI, J. S. Comparison of four cultural competence models in transcultural nursing: a discussion paper. **International Archives of Nursing and Health Care**, Wilmington, v. 2, n. 4, p. 53, jul. 2016. DOI: 10.23937/2469-5823/1510053

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de promoção da saúde (Documento para discussão)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_prom_saude.pdf. Acesso em: 20 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf. Acesso em: 20 jun. 2020.

BRASIL; INSTITUTO SÍRIO-LIBANÊS DE ENSINO E PESQUISA. **Protocolos da Atenção Básica**: saúde da mulher Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf. Acesso em: 25 ago. 2021.

BUSS, P. M. *et al.* Promoção da saúde e qualidade de vida: uma perspectiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-2020). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 12, p. 4723-4735, dez. 2020. DOI: 10.1590/1413-812320202512.15902020

CAMPINHA-BACOTE, J. Cultural competemility: a paradigm shift in the cultural competence versus cultural humility debate – part I. **OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing**, Silver Spring, v. 24, n. 1, jan. 2019. DOI: 10.3912/OJIN.Vol24No01PPT20

CAMPINHA-BACOTE, J.; LEE, R. People of African-American heritage. In: PURNELLAND, L. D.; FENKL, E. A. **Textbook for transcultural nursing: a population approach: cultural competence concepts in nursing care**. New York: Springer, 2020.

COUTINHO, E. C. *et al.* A competência cultural em enfermagem e a Mediação Intercultural preventiva. **Revista Migrações - Número Temático Mediação Intercultural**, Lisboa, n. 15, p. 66-81, dez. 2018. Disponível em: https://www.om.acm.gov.pt/documents/58428/709083/PAG_66-81_EMILIA+COUTINHO.PDF/614bbf39-c81b-4961-8086-8cdeb7623600 Acesso em: 20 jun. 2021.

DAMASCENO, R. F.; SILVA, P. L. N. Competência cultural na atenção primária: algumas considerações. **JMPHC: Journal of Management & Primary Health Care**, Uberlândia, v. 9, eX, dez. 2018. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/435>. Acesso em: 15 jun. 2021.

DELAMUTA, K. G. *et al.* Experiências de atendimento à saúde de imigrantes bengaleses entre trabalhadores da atenção primária à saúde no Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 8, e00087019, jan. 2020. DOI: 10.1590/0102-311X00087019

ELSEN, I. *et al.* **Enfermagem com famílias**: modos de pensar e maneiras de cuidar em diversos cenários brasileiros. Florianópolis: Papa Livro, 2016.

LAIARA, R. B. **Cultura**: um conceito antropológico. Rio de Janeiro: Zahar, 2020

MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia saúde da família, um forte modelo de atenção primária à saúde que traz resultados. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp1, p. 18-37, set. 2018. DOI: 10.1590/0103-11042018S102

MAFFESOLI, M. **A ordem das coisas**: pensar a pós-modernidade. Rio de Janeiro: Forense, 2016.

MAFFESOLI, M. **O tempo das tribos**: o declínio do individualismo nas sociedades de massas. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2014.

MARTIN, D.; GOLDBERG, A.; SILVEIRA, C. Imigração, refúgio e saúde: perspectivas de análise sociocultural. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 26-36, jan./mar. 2018. DOI: 10.1590/s0104-12902018170870

NITSCHKE, R. G. *et al.* Contributions of Michel Maffesoli's thinking to research in nursing and health. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 4, e3230017, 2017. DOI: [10.1590/0104-07072017003230017](https://doi.org/10.1590/0104-07072017003230017)

RODRIGUES, O.; SANTOS, A. C. S.; GLORIA, L. L. Direitos humanos: uma reflexão sobre as violações. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL, 16., Vitória. **Anais...** Vitória: ENPESS, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/abepss/article/view/23246/16006>. Acesso em: 20 jun. 2020.

SILVA, C. R. L. D. *et al.* **Formação em saúde**: experiências e pesquisas nos cenários da prática, orientação teórica e pedagógica. Blumenau. Edifurb. 2011.

SOARES, K. G.; SOUZA, F. B. O refúgio e o acesso as políticas públicas de saúde no Brasil. **TraHs**, Campo Grande, n. 4, p. 139-151, dez. 2018. DOI: 10.25965/trahs.1234

SOUZA, J. B. *et al.* Determinantes sociais da saúde que impactam a vivência da imigração no Brasil. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 28, e53194, dez. 2020. DOI: 10.12957/reuerj.2020.53194

VENTURA, D. F. L.; YUJRA, V. Q. **Saúde do migrante e refugiados**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2019.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização desta tese, que teve como objetivo compreender o imaginário sobre as potências e limites no cotidiano das famílias afrodescendentes migrantes refugiadas para um cuidado promotor da saúde em ambiente de privações de direitos humanos me permitiu a inserção em uma realidade que eu não poderia ter conhecido se não fosse através deste estudo. Realidade que me emocionou, me questionou e me entristeceu por diversas vezes.

Ao adentrar na primeira casa de uma família afrodescendente migrante refugiada haitiana, meus saberes já não cabiam mais para contemplar a realidade latente que se desnudava a minha frente, a dificuldade na qual viviam e vivem era ainda pouco descrita em livros e em artigos. Os momentos de silêncio gritavam o que não queremos ouvir e valiam mais do que mil palavras. Nesse cotidiano, descortinava-se um misto de ambiente de amor e aconchego, sendo recheado de lutas e dificuldades.

À medida que as entrevistas eram realizadas, e os dados iam sendo produzidos, integrados, e analisados, importantes informações surgiram reforçando a relevância deste estudo.

Primeiramente, evidenciou-se que não se pode conceber cuidado em um espaço de saúde que esteja permeado de estigmas e valores que não sejam centrados na pessoa e na família, mas sim enraizados em valores históricos que busquem não reduzir e silenciar a força e as qualidades de uma população negligenciada ao longo dos séculos.

Outro aspecto importante, a ser destacado, é que não se pode atuar de forma afetiva e efetiva se as políticas públicas vigentes em nosso país não forem largamente discutidas e disseminadas através de um amplo processo educativo. Neste sentido, é preciso envolver universidades, programas de educação continuada e todas as ferramentas que promovam saberes para os que atuam no cuidado ao ser humano. Assim, sublinha-se a necessidade de instrumentalizar os profissionais que já atuam no SUS junto desta população migrante refugiada que cada vez mais se encontra em nosso cotidiano e aqui faço uma ressalva, não somente a população haitiana, mas todos que adentrarem os serviços de saúde necessitam ser respeitados por sua história e cultura que os concebe como pessoas dignas de usufruírem seus direitos como seres humanos.

Pela fala dos próprios profissionais que atuam na Atenção Primária em Saúde, eles concebem que o SUS é forte e que possui formas para acolher estes que chegam até as unidades. Porém, estas maneiras de viver e conviver na Atenção em Saúde, necessitam ser revisitadas,

buscando se adequar à nova realidade, e potencializando uma assistência de melhor qualidade envolta de respeito e dignidade.

Foi possível desvelar a compreensão destas famílias migrantes refugiadas afrodescendentes haitianas que, devido sua história pregressa, entendem que *saúde é não estar doente* e o SUS é um sistema de saúde vigente no país, mas *que eles não compreendem*: não entendem, por que devem buscar os postos, unidades e centros de saúde e não o hospital; não entendem por que ir ao serviço de saúde para fazer um acompanhamento quando não se tem sintomas de alguma doença. Essas informações para uma Educação e Promoção em Saúde são de suma importância. Especialmente, para nós, profissionais da área da saúde, respondem a inúmeras dificuldades pela não adesão aos tratamentos e outras atividades propostas junto aos serviços da Atenção Primária em Saúde.

Com relação ao cotidiano destas pessoas e famílias entendemos que as privações de direitos, de dignidade, de respeito descritas, não podem mais ser concebidas e existir em pleno século XXI. O racismo institucionalizado, dentro de empresas, espaços de saúde e na sociedade, em geral, se mantém acobertado, perpetuando as desigualdades que são impostas a estas pessoas. Ressalta-se que algumas atitudes descritas nos relatos podem ser configuradas como violação das leis vigentes em nosso país.

Tais atos de discriminação e racismo, podem impossibilitar as pessoas e famílias de progredirem na vida e serem felizes. Algumas que fizeram parte desta pesquisa, foram privadas de trabalhar em determinados serviços, mesmo sendo qualificadas para o mesmo; também foram privadas de seus direitos de estudar, e ter acesso a saúde.

Com relação ao Cuidado Promotor da Saúde proposto, buscamos sensibilizar os profissionais da Atenção Primária em Saúde e demais profissionais atuantes em outros espaços de saúde a primeiramente, respeitarem as pessoas, seus costumes e histórias, além de propor um despertar para que as práticas sejam realizadas de forma segura, pois a barreira linguística e o preconceito, quando não superados, podem resultar em danos incalculáveis à vida e incorrigíveis.

Cada vez mais temos em nossas mãos ferramentas tecnológicas que nos auxiliam a transpor obstáculos de comunicação, mas para isso é necessário perceber a existência desta barreira linguística e o desejo de sua superação. Mesmo com a presença de um familiar que se expresse através da língua portuguesa, se faz necessário avaliar se, além de se comunicar no idioma do país para o qual migrou, esta pessoa também compreende o que lhe está sendo informado.

É fundamental realizar ações que realmente tornem efetiva a inclusão dessas famílias e pessoas no SUS através de práticas pautadas na equidade e na integralidade. Para tal, é preciso uma gestão que viabilize a instrumentalização das equipes da área da saúde, atores sociais e comunidade sobre a persistência do racismo, do preconceito, visando extingui-los.

Emergiu dos dados a importância de compartilharmos com as famílias migrantes refugiadas a relevância de nosso Sistema Único de Saúde – SUS, destacando suas estratégias para a promoção, recuperação e reabilitação da saúde das pessoas, bem como a prevenção de agravos, pois pela falta de entendimento sobre a magnitude e beleza de nosso SUS, estas pessoas e famílias negligenciam seu cuidado, além de promoverem uma fala errônea sobre o SUS.

Com a realização desta pesquisa, além de cumprir os requisitos acadêmicos, com a produção de conhecimento científico, busco um envolvimento dedicado a cumprir uma responsabilidade social ao encontro da igualdade, da equidade, enfim da vida com saúde e dignidade.

Durante o processo de coleta de dados, que foi realizado durante a pandemia, todos os cuidados foram tomados: uso de máscara, distanciamento, respeitando a segurança das famílias e da pesquisadora. Foi possível perceber que a pandemia se fez presente como fator de influência nas entrevistas com os profissionais da área da saúde e o acesso a documentação, todos os demais resultados, apresentados nos manuscritos não sofreram esta influência, pois ao me responderem as questões que estruturaram as entrevistas, eles realizavam um resgate ao longo dos últimos anos, ficando evidente que seu cotidiano repleto de privações não teve início em 2020 com a chegada do vírus Sars-Covid 19 no Brasil, mas há muito mais tempo.

As entrevistas proporcionaram, sem véu, sem máscara, conhecer a realidade destas pessoas e famílias que devido a miséria na qual viviam migraram para o Brasil, em busca de uma vida melhor. Inúmeras vezes ouvi agradecimentos por estar ali escutando e possibilitando que pudessem contar um pouco sobre o cotidiano. Não saberia dizer quantas vezes minha voz embargou e quantas vezes a pausa se fez necessária para que o choro pudesse ter espaço. As lágrimas no rosto do outro, no meu, me envergonharam, me indignaram e me incomodaram.

Vivenciando todo este processo de pesquisar sustentamos que a partir da compreensão das potências e dos limites no cotidiano das famílias afrodescendentes migrantes refugiadas é possível a coconstruir um Cuidado Promotor da Saúde que possibilite transfigurar o ambiente de privações de direitos humanos.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA DA ONU PARA REFUGIADOS. **Perfil Socioeconômico dos refugiados no Brasil**: subsídios para elaboração de políticas. Brasília: ACNUR, 2019. Disponível em: <https://www.acnur.org/portugues/wp-content/uploads/2019/05/Resumo-Executivo-Versa%CC%83o-Online.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2019.

AGENCIA NACIONAL DE LA ONU PARA LOS REFUGIADOS. DEFENSORÍA PÚBLICA DE LA UNIÓN; DEFENSORÍA PÚBLICA DEL ESTADO DE PARÁ. Cartilla sobre la seguridad en el acceso a tierra y vivienda para personas refugiadas y migrantes en Brasil. Brasília: ACNUR/Defensoria Pública de la Unión; Defensoria Pública del Estado do Pará, 2021. Disponível em: https://www.acnur.org/portugues/wp-content/uploads/2021/12/Cartilha_moradia_esp_final.pdf

ALBUQUERQUE, A. **Manual de direitos humanos para enfermagem**. Brasília: UniCEUB/COFEN, 2016. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2018/03/Manual-Direitos-Humanos-Enfermagem.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2021.

ANDRESS, G. R. **Desigualdad social**: race, class and gender. Harvard: Afro-Latin-American Research Institute; Harvard University 2019.

ANDREWS, G. R. Inequality: race, class, gender. In: FUENTES, A.; ANDREWS, G. R. **Afro-latin-american studies**: an introduction. Cambridge: Cambridge University Press, 2018. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/books/abs/afrolatin-american-studies/inequality/70F28202FA443983EEB872691729FC20>. Acesso em: 20 jun. 2020.

ANNONI, D (coord.). **Direito internacional dos refugiados e o Brasil**. Curitiba: Gedai/UFPR, 2018. Disponível em: http://gedai.com.br/wp-content/uploads/2018/08/livro_%20Direito%20Internacional%20dos%20Refugiados%20e%20o%20Brasil.compressed-ilovepdf-compressed.pdf. Acesso em: 20 jun. 2020.

BAENINGER, R. *et al.* **Migrações internacionais e a pandemia de Covid-19**. Campinas: Núcleo de Estudos de População “Elza Berquó”/Nepo/Unicamp, 2020. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/miginternacional.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2021.

BAUMANN, Z. **A riqueza de poucos beneficia todos nós?** Rio de Janeiro: Zahar, 2015.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. **Reunião Plenária Final da Conferência Regional das Américas sobre Avanços e Desafios no Plano de Ação contra o Racismo, a Discriminação Racial, a Xenofobia e as Intolerância Correlatas**. Brasília: Governo Federal, 2018b. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/centrais-de-conteudo/igualdade-racial/reuniao-plenaria-final-da-conferencia-regional-das-americas-sobre-avancos-e-desafios-no-plano-de-acao-contr-o-racismo-a-discriminacao-racial-a-xenofobia-e-as-intolerancia-correlatas/view>. Acesso em: 25 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as Resoluções CNS nos. 196/96, 303/2000 e 404/2008. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf. Acesso em: 29 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de promoção da saúde (Documento para discussão)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_prom_saude.pdf. Acesso em: 20 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf. Acesso em: 20 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Revisão da portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf. Acesso em: 18 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): Anexo I** da portaria de consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2018c. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf. Acesso em: 20 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf. Acesso em: 18 mar. 2019.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. Secretaria Nacional de Assistência Social. Departamento de Proteção Social Básica. **Concepção de convivência e fortalecimento de vínculos**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social, 2017a. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/concepcao_fortalecimento_vinculos.pdf. Acesso em: 20 jun. 2020.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil: Estudos e pesquisas - informação demográfica e socioeconômica: n. 41**. Rio de Janeiro: IBGE, 2021a. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101681_informativo.pdf. Acesso em: 20 jun. 2020.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios: síntese de indicadores 2015**. Rio de Janeiro: IBGE, 2016a. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98887.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 9.474, de 22 de junho de 1997**. Define mecanismos para a implementação do Estatuto dos Refugiados de 1951, e determina outras providências. Brasília: Presidência da República, 1997. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19474.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%209.474%2C%20DE%2022,1951%2C%20e%20determina%20outras%20provid%C3%Aancias. Acesso em: 20 jun. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 18 mar. 2019.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 18 mar. 2019.

BRASIL. Senado Federal. Secretaria de Editoração e Publicações. Coordenação de Edições Técnicas. **Estatuto da criança e do adolescente**. Brasília: Senado Federal, 2018a. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/534718/eca_1ed.pdf. Acesso em: 20 jun. 2020.

BRASIL; INSTITUTO SÍRIO-LIBANÊS DE ENSINO E PESQUISA. **Protocolos da Atenção Básica: saúde da mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf. Acesso em: 25 ago. 2021.

CHAPADEIRO, C. A. **A família como foco da atenção primária à saúde (versão preliminar)**. Belo Horizonte: NESCON/UFGM, 2011. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2726.pdf>. Acesso em: 10 out. 2019.

CHARLOTIN, S. **Decolonialidade: uma análise sobre manifestação do eurocentrismo dentro do corpo negro haitiano a partir de “blanchiment de la peau” em 2010 a 2018**. 2018. 66 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Ciência Política e Sociologia) - Instituto Latino-Americano de Economia, Sociedade e Política, Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu (PR), 2018. Disponível em: <https://dspace.unila.edu.br/bitstream/handle/123456789/4798/Blanchiment%20de%20la%20peau%20en%20Haiti.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 10 out. 2019.

CHRISTOFFOLI, A. R. *et al.* **Imigrante haitiano na região da AMFRI: aspectos socioeconômicos, indicadores de vulnerabilidade social e políticas públicas.** Itajaí: UNIVALI, 2017. Disponível em: <https://www.univali.br/vida-no-campus/editora-univali/e-books/Documents/ecjs/E-book%202017%20IMIGRANTE%20HAITIANO%20NA%20REGI%C3%83O%20DA%20AMFRI.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2019.

DÁVILA, R. R. Afrodescendentes como sujeitos de direitos do direito internacional dos direitos humanos. **Sur: Revista Internacional de Direitos Humanos**, São Paulo, v. 15, n. 28, p. 151-164, out. 2018. Disponível em: <https://sur.conectas.org/wp-content/uploads/2019/05/sur-28-portugues-roberto-rojas-davila.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2020.

DESROSIERS, I. **Haiti: da desigualdade social às desigualdades socioespaciais na metrópoles de Porto Príncipe.** 2020. 160f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), 2020. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8136/tde-08052020-200926/publico/2020_IsmaneDesrosiers_VCorr.pdf. Acesso em: 29 out. 2021.

DOMINGUES, P. Agenciar raça, reinventar a nação: o Movimento Pelas Reparações no Brasil. **Revista Análise Social**, Lisboa, v. 53, n. 227, p. 332-361, fev. 2018. DOI: 10.31447/as00032573.2018227.04.

ELSEN, I. *et al.* **Enfermagem à família: dimensões e perspectivas.** Maringá: EDUEM, 2011.

ELSEN, I. *et al.* **Enfermagem com famílias: modos de pensar e maneiras de cuidar em diversos cenários brasileiros.** Florianópolis: Papa Livro, 2016.

FERRAZ, R. B.; TAVARES, H.; ZILBERMAN, M. L. Felicidade: uma revisão. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 234-242, fev., 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/C9mmJsMKqzypbHLqv8vn4Gw/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 jun. 2021.

FISCHER, B.; GRINBERG, K.; MATTOS, H. Law, Silence and Racialized Inequalities in the History of Afro-Brazil. In: LA FUENTE, A.; ANDREWS, G. R. **Afro-Latin American Studies: an introduction.** Cambridge: Cambridge University Press, 2018. p. 130–178.

FUENTES, A.; ANDREWS, G. R. **Afro-latin-american studies: an introduction.** Cambridge: Cambridge University Press, 2018. DOI: 10.1017/9781316822883

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Pobreza na infância e na adolescência.** Brasília: UNICEF-Brasil, 2018. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/media/156/file/Pobreza_na_Infancia_e_na_Adolescencia.pdf. Acesso em: 20 jun. 2020.

GONÇALVES, A. E. B.; GOMES, E. B. Para compreender a questão dos refugiados e migrantes: bases teóricas ao direito internacional e a prática no Brasil. **Revista da AGU**, Brasília, v. 17, n. 2. p. 61-86, abr./jun. 2018. DOI: 10.25109/2525-328X.v.17.n.2.2018.1869

GUIMARÃES, E. F. A construção histórica - sociológica dos direitos humanos. **ORG & DEMO**, Marília, v. 11, n. 2, p. 95-112, jul./dez. 2010. Disponível em: <http://www2.marilia.unesp.br/revistas/index.php/orgdemo/article/view/494/401>. Acesso em: 04 out. 2019.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Políticas sociais: acompanhamento e análise**. 23. ed. Brasília: IPEA, 2015. Disponível em: <https://observatoriodeeducacao.institutounibanco.org.br/cedoc/detalhe/politicas-sociais-acompanhamento-e-analise,796355db-a182-4d97-8939-f40dcc7fe89b>. Acesso em: 20 jun. 2020.

JOSEMIN, G. C. Entendimento interpretativo em pesquisa qualitativa sobre sistemas de informação. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO, 35., 2011, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: EnANPAD, 2011. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/admin/pdf/ADI1539.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2020.

JUBILUT, L. L.; FRINHANI, F. M. D.; LOPES, R. O. **Migrantes forçados: conceitos e contextos**. Boa Vista: UFRR, 2018. Disponível em: https://www.academia.edu/37229626/Migrantes_For%C3%A7ad_at_s_Conceitos_e_Contextos. Acesso em: 20 jun. 2020.

JUBILUT, L. L.; LOPES, R. O. **Direitos humanos e vulnerabilidade e a declaração universal dos direitos humanos**. Santos: Editora Universitária Leopoldianum, 2018. Disponível em: <https://www.unisantos.br/wp-content/uploads/2018/12/DIREITOS-HUMANOS-E-VULNERABILIDADE-E-A-DECLARA%C3%87%C3%83O-UNIVERSAL-DOS-DIREITOS-HUMANOS.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2020.

MAFFESOLI, M. **A ordem das coisas: pensar a pós-modernidade**. Rio de Janeiro: Forense, 2016.

MAFFESOLI, M. **A palavra do silêncio**. São Paulo: Palas Athenas, 2019.

MAFFESOLI, M. **Elogio da razão sensível**. Petrópolis: Vozes, 1998.

MAFFESOLI, M. **O conhecimento comum: introdução à sociologia compreensiva**. Porto Alegre: Sulina, 2010.

MAFFESOLI, M. **O ritmo da vida: variações sobre o imaginário pós-moderno**. Rio de Janeiro: Record, 2007

MAFFESOLI, M. **O tempo das tribos: o declínio do individualismo nas sociedades de massas**. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2014.

MARCON, S. S. *et al.* **A família como foco no fazer cotidiano do ensino, pesquisa e assistência de enfermagem**. Londrina: EDUEL, 2019.

MARCON, S. S.; BARRETO, M. S.; ELSÉN, I. **Pesquisar, ensinar e cuidar de famílias: desafios, avanços e perspectivas**. Londrina: EDUEL, 2019.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

NITSCHKE, R. G. *et al.* Contributions of Michel Maffesoli's thinking to research in nursing and health. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 4, e3230017, 2017. DOI: 10.1590/0104-07072017003230017

NITSCHKE, R. G. **Mundo imaginal de ser família saudável: a descoberta dos laços de afeto como caminho numa viagem no cotidiano em tempo pós-modernos**. 1999. 478f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), 1999. Disponível em: <http://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/80898>. Acesso em: 04 out. 2019.

NITSCHKE, R. G.; SOUZA, L. C. S. L. Em busca do tempo perdido: repensando o cotidiano contemporâneo e a promoção de seres e famílias saudáveis. In: ELSEN, I. *et al.* **Enfermagem à família: dimensões e perspectivas**. Maringá: Eduem, 2011. cap. 4. p. 45- 51.

NUNES, C. A. R. *et al.* **Temas de Direitos Humanos do VI CIDHCoimbra 2021**. Campinas: Brasília, 2021.

NÜSKE, A. G. G.; MACEDO, M. M. K. Migração haitiana: o sujeito frente ao (re)encontro com o excesso. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 30, e180081, 2019. DOI: 10.1590/0103-6564e180081.

OHARA, E. C. C.; SAITO, R. X. S. **Saúde da família: considerações teóricas e aplicabilidade**. 3. ed. São Paulo: Martinari, 2014.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Departamento de Informação Pública da ONU. Escritório do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos. **Década internacional de afrodescendentes 2015-2024: reconhecimento, justiça e desenvolvimento**. Brasília: ACNUR, 2020. Disponível em: https://acnurdh.org/load/2016/06/WEB_BookletDecadaAfro_portugues.pdf. Acesso em: 20 jun. 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **No Haiti, ONU trabalha com parceiros para apoiar resposta após terremoto**. Brasília: ONU Brasil, 2021. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/140302-no-haiti-onu-trabalha-com-parceiros-para-apoiar-resposta-apos-terremoto>. Acesso em: 20 jun. 2020.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DA LA SALUD. **La salud de la población afrodescendiente en América Latina**. Washington: OPS, 2021. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54503/9789275323847_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 20 jun. 2020.

ORGANIZATION OF AMERICAN STATE. General Assembly. Regular Session. (46th: 2016: Santo Domingo, Dominican Republic). **Plan de Acción del Decenio de las y los Afrodescendientes em las Américas (2016-2025)**. AG/RES. 2891 (XLVI-O/16): (Aprobada em la segunda sesión plenária celebrada el 14 de junio de 2016). Santo Domingo: OAS, 2016. Disponível em: https://www.oas.org/es/sadye/documentos/PA_Afrodese_ESP.pdf. Acesso em: 18 jun. 2021.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION; WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guidance document on migration and health**. Washington: PAHO/WHO, 2018. Disponível em: <https://www.paho.org/en/documents/guidance-document-migration-and-health>. Acesso em: 20 jun. 2020.

PLANCHER, I. **Análise comparativa dos sistemas de saúde do Haiti e do Brasil enquanto ao modelo de gestão, modelo de atenção, modelo de financiamento e recursos humanos**. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Saúde Coletiva) – Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2018. Disponível em: <http://dspace.unila.edu.br/123456789/4283>. Acesso em: 20 jun. 2020.

POLICY IN FOCUS. **Social protection: meeting children's rights and needs**. Brasília: The International Policy Centre for Inclusive Growth, v. 15, n. 3, 2018. Disponível em: http://ipcig.org/pub/eng/PIF43_Social_protection_meeting_children_s_rights_and_needs.pdf. Acesso em: 10 jul. 2018.

PRESTES, A. **Denúncia de injúria racial aumenta em mais de 200% em Santa Catarina**. Florianópolis: NSC Total, 2019. Disponível em: <https://www.nsctotal.com.br/noticias/registros-de-injuria-racial-aumentam-mais-de-200-em-santa-catarina>. Acesso em: 20 jun. 2020.

SANTANA, C. M. O. R. **A Família na atualidade: novo conceito de família, novas formações e o papel do IBDFAM (Instituto Brasileiro de Direito de Família)**. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) - Universidade e Centro Universitário Tiradentes - UNIT, Aracaju (SE), 2015. Disponível em: <https://docplayer.com.br/48870513-A-familia-na-atualidade-novo-conceito-de-familia-novas-formacoes-e-o-papel-do-ibdfam-instituto-brasileiro-de-direito-de-familia.html>. Acesso em: 17 nov. 2019.

SILVA, A. *et al.* Racial inequities and aging: analysis of the 2010 cohort of the health, welfare and aging study (SABE). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 21, n. Suppl 2, e180004, 2018. DOI: 10.1590/1980-549720180004.supl.2

SILVA, K. S. “A mão que afaga é a mesma que apedreja”: Direito, imigração e a perpetuação do racismo estrutural no Brasil. **Revista Mbote**, Salvador, v. 1, n. 1, p. 20-41, jan./jun. 2020. DOI: 10.47551/mbote.v1i1.9381

SILVA, K. S.; PEROTTO, L. L. A zona do não-ser do direito internacional: Os povos negros e a revolução haitiana. **Revista Direitos e Justiça: Reflexões Sociojurídicas**, Santo Ângelo, v. 18, n. 32, p. 125-153, set./dez. 2018. DOI: 10.31512/rdj.v18i32.2838

SILVA, K. S.; SILVEIRA, H. M.; MULLER, J. Santa Catarina no roteiro das diásporas: os novos imigrantes africanos em Florianópolis. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 281-292, maio/ago. 2018. DOI: 10.1590/1982-02592018v21n2p281

SOUZA, J. B. *et al.* Determinantes sociais da saúde que impactam a vivência da imigração no Brasil. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 28, e53194, dez. 2020. DOI: 10.12957/reuerj.2020.53194

UNITED NATIONS HUMAN RIGHTS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Geneva: OHCHR, 1948. Disponível em: https://www.ohchr.org/en/udhr/documents/udhr_translations/por.pdf. Acesso em: 25 out. 2021.

UNITED NATIONS ORGANIZATION. **The road to dignity by 2030: Ending poverty, transforming all lives and protecting the planet**. New York: ONU, 2014. Disponível em: https://www.un.org/disabilities/documents/reports/SG_Synthesis_Report_Road_to_Dignity_by_2030.pdf. Acesso em: 20 jun. 2020.

VELLOSO, M. P. *et al.* Interdisciplinaridade e formação na área da saúde coletiva. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 257-271, mar. 2016. DOI: 10.1590/1981-7746-sip00097

VENTURA, D. F. L.; YUJRA, V. Q. **Saúde do migrante e refugiados**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2019.

WADE, P. Afro-Indigenous Interactions, Relations, and Comparisons. In: FUENTE, A.; ANDREWS, G. R. (eds.). *Afro-Latin American Studies: an introduction*. Cambridge: Cambridge University Press, 2018. p. 92-129.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Leading the realization of human rights to health and through health: report of the high-level working group on the health and human rights of women, children and adolescents**. Geneva: WHO, 2017. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255540/9789241512459-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 20 jun. 2021.

ZUBEN, C. V. *et al.* **Migrações Venezuelanas**. Campinas: NEPO/UNICAMP, 2018.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Roteiro de entrevista junto às famílias

Identificação da família: GENOGRAMA E ECOMAPA

Nº de filhos:

Renda:

Está trabalhando?

Ocupação profissional?

Grau de escolaridade?

1. Há quanto tempo estão na cidade de?
2. Como você se percebe antes de chegar aqui no Brasil e agora? Como você se percebia no Haiti? O que mudou?
3. O que é família para vocês?
4. O que os mantém motivados aqui no Brasil?
5. O que vocês compreendem como vida?
6. Fale sobre o seu cotidiano (dia a dia), como ele ocorre? O que vocês pensam sobre a condição de vida atual? (Trabalho/amigos)
7. No dia a dia, vocês já enfrentaram desafios e limites?
8. Quais foram as forças que os ajudaram a passar esses desafios? De onde vem essa força?
9. Quais pessoas, grupos ou coisas são importantes na vida de vocês para lidar com os desafios do dia a dia?
10. O que vocês fazem para se manter saudáveis?
11. Como vocês percebem os espaços de saúde de....? (posto de saúde, hospital)
12. O que é saúde para vocês? O que é Promoção da Saúde?

APÊNDICE B - Roteiro de entrevista para os profissionais da saúde

Município:

Perfil

Profissão:

Tempo de serviço na Atenção Primária à Saúde:

Tempo de formação:

Grau de formação:

Gênero:

Quanto tempo atende as famílias afrodescendentes migrantes refugiadas haitianas?

1. Como você percebe a presença das famílias afrodescendentes migrantes haitianas no espaço de saúde?
2. Quais as potências nessas famílias na sua compreensão?
3. Quais os limites nessas famílias na sua compreensão?
4. No seu ponto de vista, como poderiam ser desenvolvidas práticas para a promoção da saúde junto a esta população específica?
5. Quais os limites no cotidiano de vocês, profissionais da área da saúde, para o atendimento das famílias afrodescendentes migrantes haitianas para a Promoção da Saúde?
6. Quais as potências no cotidiano de vocês, profissionais da área da saúde, para o atendimento das famílias afrodescendentes migrantes haitianas para a Promoção da Saúde?

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - Família



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

FAMÍLIA

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “Quotidiano e Imaginário de Famílias Afrodescendentes Migrantes: Potências e Limites no Ambiente de Privações de Direitos Humanos para o Cuidado Promotor da Saúde”, que tem como objetivo: **compreender as potências e os limites no cotidiano das famílias afrodescendentes migrantes refugiadas em ambientes de privação dos direitos humanos para o cuidado promotor da saúde para desenvolver um Modelo de Cuidado Promotor da Saúde, considerando as potências no cotidiano das famílias afrodescendentes haitianas migrantes refugiadas em ambiente de privações de direitos humanos.** Este projeto é vinculado ao Doutorado em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e ao Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Enfermagem, Quotidiano, Imaginário, Saúde e Família de Santa Catarina (NUPEQUIS-FAM-SC), da Universidade Federal de Santa Catarina, sob orientação e liderança da professora Dra. Rosane Gonçalves Nitschke (pesquisadora responsável). Os benefícios deste estudo consistem na possibilidade de desenvolver um modelo de cuidado promotor de saúde levando em consideração as potências e os limites existentes nas famílias afrodescendentes migrantes refugiadas haitianas, além de favorecer a compreensão sobre a percepção de saúde e família na perspectiva dessas famílias. Sua participação ocorrerá por meio de uma entrevista em horário previamente acordado com você e terá, como tema, as potências e os limites enfrentados por você e sua família no cotidiano e, com sua autorização, esta entrevista será gravada e depois transcrita na íntegra. Os dados coletados ficarão armazenados nos computadores dos pesquisadores por cinco anos e destruídos após esse período. Os pesquisadores serão os únicos a ter acesso aos dados da entrevista e suas respostas serão tratadas de forma confidencial e anônima, garantindo também os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade. Mas sempre existe a remota possibilidade de quebra de sigilo, mesmo que involuntária e não intencional, cujas consequências serão tratadas nos termos da lei. Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em eventos ou revistas científicas e mostrarão apenas os resultados da pesquisa, sem revelar seu nome, alguma característica ou qualquer informação que possa te identificar. A legislação brasileira não permite que você tenha qualquer compensação financeira pela sua participação em pesquisa, mas você será ressarcido, pelos pesquisadores, caso ocorram despesas por participar da pesquisa e você não terá nenhuma despesa advinda da sua participação na pesquisa. Garante-se, igualmente, a indenização por danos comprovadamente vinculados à sua participação neste estudo. Este TCLE será feito em duas vias assinadas pelos pesquisadores do projeto e por você, em todas as páginas, sendo que uma das vias ficará com você e a outra com os pesquisadores. Guarde cuidadosamente a sua via, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa. A sua participação neste estudo não causará dano físico, mas podem ocorrer constrangimentos e possíveis lembranças desagradáveis sobre o tema provocados pela entrevista. E caso isso ocorra, você precisa comunicar-se com os pesquisadores, pois estará acompanhado por eles o tempo todo, que lhe prestarão toda a assistência necessária. Poderá ser interrompida a entrevista e só retomada com a sua anuência e de acordo com a melhora da sua situação emocional. Ainda, você tem a liberdade

de não responder ao que foi perguntando e você ainda pode encerrar a entrevista sem apresentar nenhuma justificativa e em qualquer momento, sem nenhum prejuízo à sua pessoa. Os pesquisadores comprometem-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução nº 466/2012, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH-UFSC), localizado no Prédio Reitoria II, 4º andar, sala 401, rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, Trindade, Florianópolis, tel. 3721-609. *E-mail* de contato: cep.propesq@contato.ufsc.br, a fim de garantir que os participantes da pesquisa serão respeitados e protegidos de qualquer dano. A pesquisadora responsável, que também assina este documento, compromete-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução nº 466/12 de 12/06/2012, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa. Caso você tenha alguma dúvida sobre os procedimentos ou sobre o projeto, solicita-se que você faça contato pelos telefones ou pelos *e-mails* abaixo, que os pesquisadores estarão à disposição para qualquer dúvida sobre o projeto ou sobre sua participação, a qualquer momento.

- Pesquisadora Orientadora: Dra. Rosane Gonçalves Nitschke (48) 99922-1716; *e-mail*: rosanenitschke@gmail.com

- Pesquisador – Acadêmico Doutoranda em Enfermagem – Daniela Priscila Oliveira do Vale Tafner: (47) 99196-4777; *e-mail*: dani.tafner@uol.com.br

Eu _____, RG:

_____, li este documento (ou tive este documento lido para mim por uma pessoa de confiança) e obtive, dos pesquisadores, todas as informações que julguei necessárias para me sentir esclarecido (a) e optar, por livre e espontânea vontade, por participar da pesquisa.

Blumenau, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura dos pesquisadores: _____

CEPSH-UFSC

Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC, CEP 88.040-400, Contato: (48) 3721-6094

APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) Profissionais da APS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Profissionais da área da Saúde

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “Quotidiano e Imaginário de Famílias Afrodescendentes Migrantes: Potências e Limites no Ambiente de Privações de Direitos Humanos para o Cuidado Promotor da Saúde”, que tem como objetivo: **compreender as potências e limites no cotidiano das famílias afrodescendentes migrantes refugiadas em ambientes de privação dos direitos humanos para o cuidado promotor da saúde para desenvolver um Modelo de Cuidado Promotor da Saúde, considerando as potências no cotidiano das famílias afrodescendentes haitianas migrantes refugiadas em ambiente de privações de direitos humanos.** Este projeto é vinculado ao Doutorado em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e ao Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Enfermagem, Quotidiano, Imaginário, Saúde e Família de Santa Catarina (NUPEQUIS-FAM-SC), da Universidade Federal de Santa Catarina, sob orientação e liderança da professora Dra. Rosane Gonçalves Nitschke (pesquisadora responsável). Os benefícios deste estudo consistem na possibilidade de desenvolver um modelo de cuidado promotor de saúde levando em consideração as potências e os limites existentes nas famílias afrodescendentes migrantes refugiadas haitianas, além de favorecer a compreensão sobre a percepção de saúde e família na perspectiva dessas famílias. Sua participação ocorrerá por meio de uma entrevista em horário previamente acordado com você e terá, como tema, a percepção sobre as potências e os limites no cotidiano das famílias afrodescendentes migrantes refugiadas haitianas e como é esse cotidiano de cuidado, as potências e os limites enfrentados por você, profissional da saúde, para com essas famílias. Com sua autorização, esta entrevista será gravada e depois transcrita na íntegra. Os dados coletados ficarão armazenados nos computadores dos pesquisadores por cinco anos e destruídos após esse período. Os pesquisadores serão os únicos a ter acesso aos dados da entrevista e suas respostas serão tratadas de forma confidencial e anônima, garantindo também os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade. Mas sempre existe a remota possibilidade de quebra de sigilo, mesmo que involuntária e não intencional, cujas consequências serão tratadas nos termos da lei. Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em eventos ou revistas científicas e mostrarão apenas os resultados da pesquisa, sem revelar seu nome, alguma característica ou qualquer informação que possa te identificar. A legislação brasileira não permite que você tenha qualquer compensação financeira pela sua participação em pesquisa, mas você será ressarcido, pelos pesquisadores, caso ocorram despesas por participar da pesquisa e você não terá nenhuma despesa advinda da sua participação na pesquisa. Garante-se, igualmente, a indenização por danos comprovadamente vinculados à sua participação neste estudo. Este TCLE será feito em duas vias assinadas pelos pesquisadores do projeto e por você, em todas as páginas, sendo que uma das vias ficará com você e a outra com os pesquisadores. Guarde cuidadosamente a sua via, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa. A sua participação neste estudo não causará dano físico, mas podem ocorrer

constrangimentos e possíveis lembranças desagradáveis sobre o tema provocados pela entrevista. E caso isso ocorra, você precisa comunicar-se com os pesquisadores, pois estará acompanhado por eles o tempo todo, que lhe prestarão toda a assistência necessária. Poderá ser interrompida a entrevista e só retomada com a sua anuência e de acordo com a melhora da sua situação emocional. Ainda, você tem a liberdade de não responder ao que foi perguntando e você pode ainda encerrar a entrevista sem apresentar nenhuma justificativa e em qualquer momento, sem nenhum prejuízo à sua pessoa. Os pesquisadores comprometem-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução nº 466/2012, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH-UFSC), localizado no Prédio Reitoria II, 4º andar, sala 401, rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, Trindade, Florianópolis, tel. 3721-609. *E-mail* de contato: cep.propesq@contato.ufsc.br, a fim de garantir que os participantes da pesquisa serão respeitados e protegidos de qualquer dano. A pesquisadora responsável, que também assina este documento, compromete-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução nº 466/12 de 12/06/2012, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa. Caso você tenha alguma dúvida sobre os procedimentos ou sobre o projeto, solicita-se que você faça contato pelos telefones ou pelos *e-mails* abaixo, que os pesquisadores estarão à disposição para qualquer dúvida sobre o projeto ou sobre sua participação, a qualquer momento.

- Pesquisadora Orientadora: Dra. Rosane Gonçalves Nitschke (48) 99922-1716; *e-mail*: rosanenitschke@gmail.com

- Pesquisador – Acadêmico Doutoranda em Enfermagem – Daniela Priscila Oliveira do Vale Tafner: (47) 99196-4777; *e-mail*: dani.tafner@uol.com.br

Eu _____, RG: _____, li este documento (ou tive este documento lido para mim por uma pessoa de confiança) e obtive, dos pesquisadores, todas as informações que julguei necessárias para me sentir esclarecido (a) e optar, por livre e espontânea vontade, por participar da pesquisa.

Blumenau, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura dos pesquisadores: _____

CEPSH-UFSC

Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC, CEP 88.040-400, Contato: (48) 3721-6094

APÊNDICE E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - Creole



INIVÈSITE FEDERAL DE SANTA CATARINA

SANT SYANS DE SANTE

PWOGRAM PÒS GRADYASYON NAN RETRÈT

Tèm konsantman lib e fòs ankò (TCLE) Fanmiy

Ou envite pou patisipe nan rechèch chak jou ou imajine fanmiy, imigran, afrodesandan yo, pouvwa ak limit nan anbyans privasyon dwa lòm yo pou pran swen pwomotè sante yo, ki gen pou objektif: Konprann pouvwa ak limit yo nan chak fanmiy imigran, refijye afrodesandan yo nan anbyans privasyon dwa lòm pou pran swen pwomotè sante yo pou develope yon modèl swen ki ankouraje sante. Konsidere pouvwa yo chak jou nan fanmiy imigran, refijye Ayisyen afrodesandan yo nan anbyans privasyon dwa lòm yo. Pwojè sa a lye ak doktora nan retrèt ak pwogram pòs-gradyasyon nan retrèt Inivèsite Federal Santa Catarina – UFSC e rechèch laboratwa, nan retrèt Ternoloji e inovasyon. Chak jou, imajine sante e fanmiy Santa Catarina (NUPEQUIS – FAM – SC) Inivèsite Federal Santa Catarina pou oryantasyon e lidèchip pwofesè yo Dra. Rosane Gonsales Nitschke (Chèchè Responsable) benefis etid as konpoze nan posibilite pou develope yon modèl swen ki ankouraje sante pran an konsiderasyon pouvwa ak limit yo. Egoyis nan fanmiy imigran refijye ayisyen afrodesandan yo, pou ankouraje konpreyansyon pou pèspeksyon Sante e fanmiy nan pèspektif fanmi as yo. Patisipasyon ou pwal rive nan yon intreirs nan you lè deja na akò avèk ou e ki pwal genyen kòm tèm pouvwa yo e limit yo fé faz pou ou e fanmiy ou cak jou. Kòm otorizasyon ou, intreirs as pwal grave e aprè transkri nan livrezon. Done kolektif yo pral rete sere nan òdinatè chèchè yo pou 5 ane e detwi aprè peryòd sa. Se sèlman chèchè yo ki pral gen aksè ak done intreirs la e repons ou yo ap trete sou fòm vioufidansyèl e anonim. Garanti tout prinsip otonomi benefisyans yo, se pa malefisyans, jistis e ekite.

Men toujou egziste a remòt posibilite pou kraze sekre, men kienvolontè e ki pa entènasyonal, ki gen konsekans yo pou trete tèm lwa yo. Rezilta travay as kapab presante nan evènman oswa magazine syantik epi yo pral sèlman montre rechèch rezilta yo, san revele non ou. Kèk karakteristik ou nenpòt enfòmasyon ki kapab idantifye ou. Lejistasyon Brezilèn pa pèmèt ke ou genyen nenpòt konpansasyon finansye pou patisipasyon nan rechèch, men ki ap ranbouse selon chèchè yo si depans yo rive pou patisipe nan rechèch la e ou pap gennyen okenn depans nan patisipasyon rechèch .

Nou garanti egaleman andanite yo pou pwouve domaj ak patisipasyon ou nan etid sa. Prezans TCLE pral fèt nan 2 fason e sinyati yo pou chèchè yo nan pwojè a e pou ou, nan tout pay yo se youn fason yo ki pral rete avèk ou e lòt pou chèchè yo. Sere pridaman fason ou se yon dokiman ki pòte enfòmasyon enpòtan pou kontak yo, e garanti dwa ou yo kòm patisipan rechèch yo. Patisipasyon ou nan etid as pa pral koze domaj fizik, men kapab rive debarasman e me mwa posib dezagreyab a propòr tèm pwovoque yo selon intreirs la.

Si ka sa rive, ou bezwen kominike pou nou al akonpanye selon chèchè yo ke yo pwal prete tout asistans nesèsè yo. Nou kapab enteronp entrevis yo avèk yon anons e avek yon akò avèk sitiyasyon emosyonel yo. Ankò ou gen libète pou ou pa reponn ak kesyon yo poze ou ankò, ou kapab tèmine entrevis la san presante okenn jistifikasyon. Nan nenpòt moman san okenn ak moun nan, chèchè yo antreprann pou kondwi rechèch akò yo. Kisa pou pou defann rezolisyon 466/2012, ki trete prinsip etik yo ak pwoleksyon rechèch patisipan yo. Prezan etid yo te apwouve selon komite etik yo nan rechèch imen yo (CEPSH – UFSC), lokalite nan prèdio II, (4^o) katriyèm etaj sal (401) kat san em, Riyèl Desembargador-Vitor Lima nimerò (222) desanvende, Trindade, Florianopolis, Telefòn: 3721-609. Imèl kontak la./cep.propes9@contats.ufsc.br, pou garanti ke patisipan rechèch yo pwal respekte e pwoteje nan nenpòt domaj. Chèchè a responsab tou pou siyen dokiman sa, antreprann pou kondwi rechèch ankò yo pou defann rezolisyon 466/12 de 12/06/2012 ki trete prinsip etik e pwoteksyon rechèch patisipan yo. Nan ka sa si ou gen kèk kesyon apwopo pwosedi yo ou apwopo pwojè a, nou swete ou kontakte nou nan telefon ou nan imèl ke nou mete an dispozisyon pou nenpòt kesyon apwopo pwojè a ou a pwopo patisipasyon ou nan nenpòt moman.

Chèchè konseye: Dra. Rosane Gonçalves Nitschke (48) 99922-1716; imèl: rosanenitschke@gmail.com.

Chèchè – Akademik Doktora nan retrèt
Daniela priscilia Oliveira do Vale Tafner
(47) 9.9196 4777 ; imèl: dani.tafner@wol.com.br

Eu _____ :

..... RG:

....., Mwen li dokiman as li pa mwen menm, (ou pa yon lòt moun mwen fè konfyans). Tout infòmasyon chèchè yo te jije nesèsè fè m santi mwen eklere ak patisipe gratis ak espontane volonte patisipe rechèch la.

Blumenau, _____ de _____ de _____

Signati patisipan na: _____

Signati chèchè yo: _____

CEPSH – UFSC

Predio reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, N° 222 (nimewo desanvende) (Sal nimewo katan en) Sala 401 Trindade, Florianopolis/SC, CEP: 88040 – 400; (Kontak) contatos (48) 3721 6094

APÊNDICE F - Quadro de construção de categorias

Perguntas	Categorias	Falas que construíram as categorias
<p>Como você percebe sua vida antes do Brasil e agora?</p>	<p>Sonho de uma vida melhor</p>	<p>“Na verdade, lá (Haiti) é um pouco diferente; aqui tem segurança, lá, no Haiti, não tem segurança. Aprendi muitas coisas, é bom viver aqui, só uma coisa, coisa do aluguel que mata a gente. Se você for procurar casa, a primeira coisa: você é haitiano? Você é haitiano? Você tem criança? Se você tem criança, não dá para alugar casa para você. Na verdade, para mim, eu sonhava ter uma vida melhor que antes, a vida aqui é melhor, lá, no Haiti, falta emprego, aqui é melhor. Mesmo trabalhando no Haiti, falta segurança, aqui, eu recebo pouco, eu fiquei feliz, você tem uma vida com proteção, tem segurança. Lá, no Haiti, você anda na rua e vai receber tiro.” (FAM. 03)</p> <p>“Apesar das dificuldades que encontramos no Brasil, em vários aspectos, a gente tem que agradecer e olhar o que está passando no Haiti, parece que não dá para viver mais, não tem segurança pública, não tem acesso à saúde, a educação, que era boa, agora fica ruim. Apesar de toda essa dificuldade, para mim, viver no Brasil é melhor.” (FAM.15)</p> <p>“Melhorou um pouco, mas também parece ruim, o salário que a gente recebe, porque a gente não tem para alugar uma casa boa, não, aqui, talvez parece ruim, mas também parece melhor na segurança.” (FAM. 01)</p> <p>“Para mim, quando cheguei aqui, 2014, a vida ficou bom. Agora, as coisas ficaram mais caras, não consegue viver bem, agora fica ruim para nós, não consegui dormir em uma casa boa, fica muito caro, não consegui pagar por mês.” (FAM. 06)</p> <p>“Na verdade, é bem complicado explicar como estamos vivendo hoje aqui, e maioria de nós se temos possibilidade para regressar, mas, como nosso país está passando por uma guerra civil, não dá para regressar, mas a qualidade de vida não é bom. Eu lembro, quando cheguei, o botijão de gás estava 35 reais, agora, 90, a gente ganhar o mesmo salário, eu trabalho em uma empresa, ele nunca paga o salário de sindicato. Eu lembro, ano passado, que ganhei 3% de aumento de salário e, infelizmente, a minha casa subiu 5% e agora quando vou conseguir a diferença para pagar o aluguel? É muito difícil, mas temos fé em Deus e creio que, um dia, Ele vai abrir as portas para nós.” (FAM. 05)</p> <p>“No Brasil, vem buscar uma vida melhor, mas chegar no Brasil 2015, era bem fácil para tudo mundo, agora, tudo caro, para exemplo, você vai pagar aluguel, fazer compra, não faz mais nada. Se tem família no Haiti, não tem como ajudar. Eu tô trabalhando, lá, no Haiti, está faltando serviço, aqui, ainda está melhor.” (FAM 09)</p> <p>“Para mim, estava no Haiti, estava tudo bem, mas aí passou o terremoto e destruiu tudo, aí, vim para o Brasil buscar uma vida melhor, mas a vida melhor, para mim, não tem, é trabalhar a</p>

		<p><i>verdade é trabalhar, eu deixar minha família lá, eu não podia trazer minha filha, está complicado, não tenho como buscar eles. Mas Brasil, para mim, fica melhor, eu trabalho, pago aluguel, tenho comida, mas só isso, mas mudar a vida, difícil.”</i> (FAM 10)</p>
<p>Fale sobre o seu cotidiano (dia a dia), como ele ocorre?</p>	<p>Vida cotidiana</p>	<p><i>“A vida de dia a dia, me lembrei quando trabalhava na empresa.... eu passei muito, muita dificuldade, eu chorei, passei muita dificuldade racista, eu passei dificuldade como tipo de pessoa que trata os outros como lixo, muito, muito dificuldade, mas eu fiquei porque preciso. Trabalhei, trabalhei até sair de lá. Agora, estou na empresa...estou lutando, estou lutando, para ver, porque meu sonho é que minhas filhas não tenham que trabalhar como eu, é meu sonho. Tenho que lutar para ver elas estudar, para a qualidade da vida delas ficar melhor que eu, é meu sonho, mas meu dia a dia está complicado, mas quem é guerreira tem que batalhar para conseguir mais para frente, trabalhar duro, ganhar pouquinho, comer pouquinho, sobrar um pouquinho para conseguir sobreviver.”</i> (FAM. 04)</p> <p><i>“...complicado, eu tenho sonho de fazer um curso. Eu trabalho, tem filho, mulher, não dá. Mas meu sonho fazer curso, aprender um curso, ganhar mais, sustentar a família, mas, por enquanto, o dinheiro não dá, mas a vida vai, e a vida não é boa.”</i> (FAM. 10)</p> <p><i>“Para mim, cada dia é complicado, responsável pela igreja, para pensar para tudo, responsável como a vida para os outros, para exemplo, tenho filho e fica cansado e pensar qual dia ficar com os filhos e quando você está fora para ganhar o pão e pensar como vai dar amanhã para filhos se não vai igual. Cada dia uma luta.”</i> (FAM. 09)</p> <p><i>“Para mim, é diferente, porque penso mais, porque deixei parentes lá no Haiti, e pra chegou aqui a gente aqui tem mais preocupação, deixei seis anos, deixei parentes, minhas irmãs, irmãos, minha mãe.”</i> (FAM. 01)</p> <p><i>“Na verdade, para mim, o dia a dia, para mim, é totalmente difícil, não temos uma condição boa. Tenho uma criança para cuidar, é bem difícil. Mas estou sempre feliz e, um dia, a situação vai mudar. Mesmo assim, a gente vive.”</i> (FAM. 02)</p> <p><i>“Tem haitianos que deixaram família, esposo, filho lá no Haiti, querem trazer para o Brasil, mas não conseguem, para isso, é muita dificuldade que estamos passando. Também chegou a pandemia, eles estão sofrendo discriminação no serviço porque tem empresas onde eles estão trabalhando, estão quatro, três anos e, para tirar, só tirar do serviço os haitianos, só mandam embora haitianos, a gente entende que a pandemia virou o mundo de cabeça para baixo, mas uma empresa que está funcionando, que tem vários migrantes e brasileiros, só mando os haitianos. Por quê?”</i> (FAM. 17)</p>

<p>Quais foram as forças que os ajudaram a passar estes desafios?</p>	<p>Família, minha potência</p>	<p><i>“Minha família, quando quero desistir, sempre dá uma força, apoio, para seguir para frente, tenho uma filha pequena, de cinco anos, ela sempre me dá o sonho, ela fala para mim: ‘Mãe, quando for mais velha, vou dar para você, seu aniversário, vou passear com você’. Eu tenho uma família que sempre lá para ajudar, falar: ‘Você consegue, vai para frente’.” (FAM. 02)</i></p> <p><i>“Quando fico olhando meu filho, eu tenho Jesus e minha família também, ficamos fortes.” (FAM. 08)</i></p> <p><i>“Para mim, as coisas que temos, que estar bem, harmonia, ser sinceros, apoiar, família, um precisa do outro para se ajudar e chegar onde queremos chegar.” (FAM. 05)</i></p> <p><i>“Minha família, minha família haitiana, Deus.” (FAM. 13)</i></p> <p><i>“Minha força é porque, na verdade, minha filha não é do marido, e agora, quando eu trazer ela para cá, ela colocar sorriso na minha boca.” (FAM. 01)</i></p> <p><i>“O amor, o amor nos uni, respeito.” (FAM. 07)</i></p> <p><i>“Eu ficar feliz no dia, não tem dinheiro, mas, como minha família, eu fico feliz. Como minha família, estou feliz todo dia.” (FAM.15)</i></p> <p><i>“Nós, haitianos, quando temos problemas, somos estrangeiros, mas somos unidos, aí, nosso problema, a gente se resolve como se fosse de todos, mesmo que não somos da mesma cidade, Estado do Haiti, mas, quando chegamos aqui, somos unidos, o meu problema é problema dele; o problema dele, eu faço tudo que posso para ajudar ele, como se a gente se une para um ajuda o outro, não vem ninguém de fora para ajudar a gente, é difícil conseguir ajuda do Brasil ou do governo, se é para gastar, a gente junta para ajudar.” (FAM.17)</i></p> <p><i>“Para mim, problema aqui, quando eu tenho problema, tem que pensar como vai resolver o problema, ninguém vai pensar que vai ter um brasileiro que vai ajudar, só haitiano que vai colaborar, quando morreu, só haitiano para ajudar, eu perdi meu primo e só haitiano para me ajudar para enterrar, brasileiro não vai ajudar. Só nós que faz um grupo e chama todo haitiano para resolver o problema, governo, saúde... só nós.” (FAM.18)</i></p>
<p>O que é família para você?</p>	<p>Família</p>	<p><i>“A família, para mim, é um patrimônio, é um bem, é a família, para mim, é um presente de Deus, estou feliz porque estou com minha família e eu tenho parente lá, mas estou feliz porque minha esposa e minhas filhas estão comigo, porque é um bem, eu sinto feliz, não temos condição para viver, mas temos família para nos animar, tenho minhas filhas para brincar, para mim, minha família é meu maior patrimônio.” (FAM. 05)</i></p> <p><i>“Família, para mim, é meu marido, meus filhos, meus parentes e meus amigos, que são próximos, que estão aqui para me</i></p>

		<p><i>ajudar, quando tem uma dificuldade que sempre está aqui ou sempre eu ajudar eles. Essas pessoas são minha família.” (FAM. 07)</i></p> <p><i>“...família são as pessoas que convivem dia a dia, pessoa que busco acreditar, que vou depositar minha confiança, são as pessoas como minha família.” (FAM. 16)</i></p> <p><i>“É haitiano, é gosta tudo dessa família, perto, família longe e mesmo coisa, brasileiro, para mim, é diferente de haitiano, haitiano gosta de ajuda família muito, a mãe, a pai, é irmão, é tudo, haitiano tem uma colaboração muito de família.” (FAM. 09)</i></p> <p><i>“...meu filho, minha mulher e meu amigo haitiano que mora perto, isso tudo é minha família.” (FAM. 10)</i></p>
--	--	--

ANEXOS

ANEXO A - Parecer Consubstanciado do CEP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: QUOTIDIANO E IMAGINÁRIO DE FAMÍLIAS AFRODESCENDENTES MIGRANTES REFUGIADAS: POTÊNCIAS E LIMITES NO AMBIENTE DE PRIVAÇÕES DE DIREITOS HUMANOS PARA O CUIDADO PROMOTOR DA SAÚDE

Pesquisador: Rosane Gonçalves Nitschke

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 33590320.0.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: financiamento próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.195.158

Apresentação do Projeto

"QUOTIDIANO E IMAGINÁRIO DE FAMÍLIAS AFRODESCENDENTES MIGRANTES REFUGIADAS: POTÊNCIAS E LIMITES NO AMBIENTE DE PRIVAÇÕES DE DIREITOS HUMANOS PARA O CUIDADO PROMOTOR DA SAÚDE". Projeto de Tese de Doutorado de Daniela Priscila Oliveira do Vale Tafner, orientado pela Profa. Dra. Rosane Gonçalves Nitschke, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Pesquisa Qualitativa Interpretativa que tem como objetivo compreender as potências e os limites no cotidiano das famílias afrodescendentes migrantes refugiadas para o desenvolvimento de um Modelo de Cuidado Promotor da Saúde. Os participantes da pesquisa serão famílias afrodescendentes haitianas que vivem/viveram privações de direitos humanos e que aceitem participar voluntariamente da pesquisa.

Critério de Inclusão 1: famílias afrodescendentes migrantes refugiadas haitianas que se encontrem ou tenham vivido em situação de privações de direitos humanos; ser maior de 18 anos e ter capacidade cognitiva de responder a questões.

Critério de inclusão 2: profissionais da área da saúde que atuem na assistência, de forma direta, às famílias afrodescendentes migrantes refugiadas haitianas e que aceitem, por meio da assinatura do termo de consentimento, participar da pesquisa.

Critério de Exclusão - Critérios de exclusão para as famílias afrodescendentes migrantes refugiadas haitianas: participantes maiores de 18 anos não residentes efetivos no Brasil; não existência de núcleo familiar; não seja haitiano. **Critérios de exclusão para os profissionais da área da saúde:** profissionais que não atuam na Atenção Primária à Saúde e que, mesmo inseridos na Atenção Primária à Saúde, não tenham atendido as famílias afrodescendentes migrantes refugiadas haitianas.

Objetivo da Pesquisa

Objetivo Primário: compreender as potências e os limites no cotidiano das famílias afrodescendentes migrantes refugiadas em ambientes de privação dos direitos humanos para o cuidado promotor da saúde.

Objetivos Secundários: conhecer o cotidiano das famílias afrodescendentes haitianas migrantes refugiadas em situação de privação de direitos humanos;

- Conhecer o imaginário das famílias afrodescendentes haitianas migrantes refugiadas sobre a privação dos direitos humanos e suas implicações no cotidiano e na saúde;
- Conhecer o imaginário sobre a promoção da saúde para as famílias afrodescendentes haitianas migrantes refugiadas;

- Compreender o imaginário dos profissionais da área da saúde sobre as potências e os limites do cotidiano das famílias afrodescendentes haitianas migrantes refugiadas;
- Compreender o imaginário dos profissionais da área da saúde sobre as privações dos direitos humanos no cotidiano das famílias afrodescendentes haitianas migrantes refugiadas;
- Desenvolver um Modelo de Cuidado Promotor da Saúde, considerando as potências no cotidiano das famílias afrodescendentes haitianas migrantes refugiadas em ambiente de privações de direitos humanos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios

Riscos: existe a possibilidade de momentos de fragilidade emocional, visto que a pesquisa resgatará momentos vividos pelas famílias em seu país de origem.

Benefícios: a compreensão das potências existentes nessas famílias afrodescendentes migrantes refugiadas e também conhecer os limites enfrentados por elas para promover o cuidado na saúde. Também apresentará, como benefício, os resultados para uma melhor compreensão dessas famílias por parte dos profissionais da área da saúde, além de propor o desenvolvimento de um modelo de cuidado em saúde para as famílias afrodescendentes migrantes refugiadas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa

Trata-se de um projeto de Tese de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC orientada pela Profa. Dra. Rosane Gonçalves Nitschke. A pesquisa será realizada nas cidades do Vale do Itajaí – Blumenau, Pomerode, Gaspar e Florianópolis. Estas cidades foram elencadas devido à grande incidência da população deste estudo e pelas características desta região. A abordagem das famílias que farão parte deste estudo dar-se-á, exclusivamente, a partir de informantes da própria comunidade que indicarão famílias para convidá-las a fazer parte da pesquisa ou por meio das associações já existentes que acolhem e desenvolvem atividades com essa população específica. Para a coleta dos dados, utilizar-se-ão entrevistas individuais e coletivas. As entrevistas individuais serão desenvolvidas com um roteiro semiestruturado contendo questões abertas, buscando clareza na compreensão do documento TCLE das famílias. Além de o mesmo ser apresentado em português, ele também será disponibilizado em creole, idioma utilizado no Haiti pela maioria da população, favorecendo, assim, o entendimento do documento e o aceite à pesquisa de forma adequada e ciente de seus objetivos. O tema tem relevância científica para a área. A documentação está completa e os TCLEs atendem a todas as exigências da Resolução CNS nº 466/12 e suas complementares. Assim, recomenda-se a sua aprovação.

Considerações sobre os termos de apresentação obrigatória

Foram apresentados os seguintes documentos obrigatórios:

- 1) PB - INFORMAÇÕES BÁSICAS DO PROJETO;
- 2) Projeto de pesquisa;
- 3) Anuência - Prefeitura de Gaspar/SC;
- 4) Anuência - Prefeitura de Blumenau/SC;
- 5) Anuência - Prefeitura de Pomerode/SC;
- 6) Folha de rosto (assinada pela Coordenadora do PPGE);
- 7) Orçamento;
- 8) Cronograma;
- 9) Anuência - Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis;
- 10) TCLE - Profissionais da saúde;
- 11) TCLE - Famílias;
- 12) TCLE - Creole.

Os TCLEs atendem, na íntegra, à Resolução CNS nº 466/12.

Recomendações

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações

Não foram detectadas pendências ou inadequações neste projeto.

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_1506512.pdf	17/07/2020 15:01:00		Aceito
Outros	Carta.docx	17/07/20	Rosane Gonçalves Nitschke	Aceito
Brochura Pesquisa	Tese_pronta.pdf	17/07/20	Rosane Gonçalves Nitschke	Aceito
Projeto Detalhado/ Brochura Investigador	Tese_pronta.docx	17/07/20	Rosane Gonçalves Nitschke	Aceito
TCLE/Termos de Assentimento/Justificativa de Ausência	TCLECreoli.docx		Rosane Gonçalves Nitschke	Aceito
Outros	Gaspar.pdf		Rosane Gonçalves Nitschke	Aceito
Declaração de concordância	Blumenau.pdf		Rosane Gonçalves Nitschke	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Pomerode.pdf		Rosane Gonçalves Nitschke	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto.pdf		Rosane Gonçalves Nitschke	Aceito
Orçamento	Orcamento.docx		Rosane Gonçalves Nitschke	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx		Rosane Gonçalves Nitschke	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Floripa.pdf		Rosane Gonçalves Nitschke	Aceito
TCLE/Termos de Assentimento/Justificativa de Ausência	TCLE2.docx		Rosane Gonçalves Nitschke	Aceito
TCLE/Termos de Assentimento/Justificativa de Ausência	TCLE1.docx		Rosane Gonçalves Nitschke	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP: não
FLORIANÓPOLIS, 5 de agosto de 2020.

Assinado por:

Nelson Canzian da Silva

Coordenador(a)

ANEXO B - Termo de Consentimento – Florianópolis



Prefeitura Municipal de Florianópolis

Secretaria Municipal de Saúde

Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde

Florianópolis, 23 de janeiro de 2020.

DECLARAÇÃO

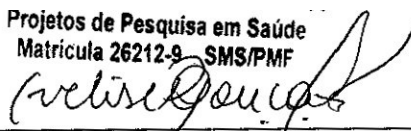
Declaro, para os devidos fins e efeitos legais, objetivando atender às exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH), como representante legal da Instituição, que tomei conhecimento do projeto de pesquisa intitulado "QUOTIDIANO E IMAGINÁRIO DE FAMÍLIAS AFRODESCENDENTES MIGRANTES REFUGIADAS: POTÊNCIAS E LIMITES NO AMBIENTE DE PRIVAÇÕES DE DIREITOS HUMANOS PARA O CUIDADO PROMOTOR DA SAÚDE", da pesquisadora responsável DANIELA PRISCILA OLIVEIRA DO VALE TAFNER.

Declaro ainda que cumprirei os termos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, e suas complementares e que esta instituição está de acordo com o desenvolvimento do projeto. Autoriza-se, portanto, a sua execução, condicionando seu início à apresentação do parecer favorável do CEPSH, ao respeito aos princípios éticos, à autonomia dos sujeitos e à disponibilidade dos serviços.

Evelise Ribeiro Gonçalves

Evelise R Yeiro Gonçalves - Membro da Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde — CAPPS. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de Florianópolis

Projetos de Pesquisa em Saúde
Matricula 26212-9 - SMS/PMF



Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa Matrícula 26212.

ANEXO C - Termo de Consentimento – Pomerode

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
POMERODE - SC

Rua Hermann Weege, 677 - Centro - Fone (47) 3387-7600.
89107-000 POMERODE Santa Catarina
CNPJ 11.436.910/0001-38

**Declaração**

Eu, Lígia Hoepfner, declaro, para os devidos fins e efeitos legais, objetivando atender às exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética de Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH), como representante legal do município, que tomei conhecimento do projeto de pesquisa intitulado "Quotidiano e Imaginário de Famílias Afrodescendentes Migrantes Refugiadas: Potências e Limites no Ambiente de Privações de Direitos Humanos para o Cuidado Promotor da Saúde", da pesquisadora Daniela Priscila Oliveira do Vale Tafner.

Declaro ainda que cumprirei os termos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, e suas complementares e que esta instituição está de acordo com o desenvolvimento do projeto. Autoriza-se, portanto, a sua execução, condicionando seu início à apresentação do parecer favorável do CESP.

de 2020.

Lígia Hoepfner
Mat. 279625
Secretaria Municipal de Saúde

Pomerode, 16 de março de 2020.

ANEXO D - Termo de Consentimento – Gaspar

**PREFEITURA DE GASPAR****DECLARAÇÃO**

Eu, Carlos Roberto Pereira, declaro, para os devidos fins e efeitos legais, objetivando atender às exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética de Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH), como representante legal do município, que tomei conhecimento do projeto de pesquisa intitulado "Quotidiano e Imaginário de Famílias Afrodescendentes Migrantes Refugiadas: Potências e Limites no Ambiente de Privações de Direitos Humanos para o Cuidado Promotor da Saúde", da pesquisadora Daniela Priscila Oliveira do Vale Tafner.

Declaro ainda que cumprirei os termos da Resolução nº 466/12 e suas complementares e que esta instituição está de acordo com o desenvolvimento do projeto. Autoriza-se, portanto, a sua execução, condicionando seu início à apresentação do parecer favorável do CESPH.

Gaspar, 16 de abril de 2020.

Carlos Roberto Pereira

Secretário Municipal de Saúde de Gaspar

ANEXO E - Termo de Consentimento – Blumenau



Secretaria de Promoção da Saúde

Declaração


Declara-se, para os devidos fins e efeitos legais, objetivando atender às exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética de Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH), que se tomou conhecimento do projeto de pesquisa intitulado "Quotidiano e Imaginário de Famílias Afrodescendentes Migrantes Refugiadas: Potências e Limites no Ambiente de Privações de Direitos Humanos para o Cuidado Promotor da Saúde", da pesquisadora Daniela Priscila Oliveira do Vale Tafner.

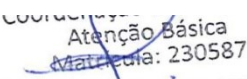
Declara-se que serão cumpridos os termos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, e suas complementares e que esta instituição está de acordo com o desenvolvimento do projeto. Autoriza-se, portanto, a sua execução, condicionando seu início à apresentação do parecer favorável do CESP.

Blumenau, 25 de maio de 2020.

Edira Fátima mandes

Coordenação Municipal de Básica


 Claudio Pilotto
 Diretor de Atenção em Saúde
 Matrícula: 227145


 Edira Fátima Mandes
 Matrícula: 230587

Diretor de Atenção em Saúde

Coordenador (a) da Atenção Primária