



**INSTITUTO LATINO-
AMERICANO DE CIÊNCIAS DA VIDA
E DA NATUREZA (ILACVN)**

SAÚDE COLETIVA

**ACESSO E ACOLHIMENTO DAS MULHERES HAITIANAS NOS SERVIÇOS
PÚBLICOS DE SAÚDE DE CASCAVEL / PR**

LOURDY REGIS

Foz do Iguaçu
2018



INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE CIÊNCIAS DA VIDA E DA NATUREZA (ILACVN)

SAÚDE COLETIVA

ACESSO E ACOLHIMENTO DAS MULHERES HAITIANAS NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE DE CASCAVEL / PR

LOURDY REGIS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Latino-Americano de Ciências da Vida e da Natureza da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Erika Marafon Rodrigues Ciacchi

Foz do Iguaçu

2018

LOURDY REGIS

**ACESSO E ACOLHIMENTO DAS MULHERES HAITIANAS NOS SERVIÇOS
PÚBLICOS DE SAÚDE DE CASCAVEL / PR**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Instituto Latino-
Americano de Ciências da Vida e da
Natureza da Universidade Federal da
Integração Latino-Americana, como
requisito parcial à obtenção do título de
Bacharel em Saúde Coletiva.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Profa. Dra. Érika Marafon Rodrigues Ciacchi
UNILA

Profa. Dra. Carmen Justina Gamarra
UNILA

Prof. Dr. Handerson Joseph
(UNIFAP)

Foz do Iguaçu, 10 de Dezembro de 2018.

Eu dedico este trabalho à minha família, minha mãe Emanise Occius e meu pai Dieufort Regis, às minhas irmãs Sherly Regis e Carline Petit-Homme, ao meu amigo Alix Georges, à comunidade haitiana de Cascavel e ao povo brasileiro por ter me acolhido em sua terra.

AGRADECIMENTO

Em primeiro lugar, eu agradeço a minha mãe Emanise Occius por todos os esforços e sacrifícios que ela fez afim de que eu possa ter acesso a uma educação de qualidade, ao meu pai Dieufort Regis pela humildade e pela disciplina que me ensinou, as minhas irmãs Carline e Sherly pela confiança e pelo apoio que me deram, a minha namorada Yury Lizeth Cardozo Prada pelos conselhos, ao meu amigo Alix Georges quem me recebeu no Brasil, ao meu amigo de infância Guerry Porfiné, a minha professora orientadora doutora Erika Marafon Rodrigues Ciacchi não só pela constante orientação neste trabalho, mas sobretudo pela forma de educar. As mulheres haitianas de Cascavel, sem a participação delas este estudo não seria possível realizar. A Professora doutora Carmen Justina Gamarra. A professora doutora Gladys Benito Amélia. Ao professor doutor Rodne Lima de Oliveira. A senhora Vera Melara e família. Aos professores da banca pelas orientações. Aos colegas do curso de Saúde Coletiva. A PROGRAD pelo apoio financeiro para o trabalho de campo e a PRAE pelo auxílio financeiro durante a graduação. A Secretaria Municipal de Saúde de Cascavel, aos trabalhadores da saúde e em especial ao professor Gilson Fernandes da Silva.

REGIS, Lourdy. **Acesso e acolhimento das mulheres haitianas nos serviços públicos de saúde de Cascavel/PR**. 2018. 73 páginas. Trabalho de Conclusão de Curso Saúde Coletiva – Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2018.

RESUMO

Após a instabilidade sociopolítica, a intervenção da Missão das Nações Unidas no Haiti e o terremoto de 2010; o fluxo de pessoas que abandonaram o país caribenho aumentou consideravelmente, assumindo um rumo para a América Latina. Nesse contexto, o Brasil surgiu como destino principal de mulheres e homens haitianos. Dependendo do grau de consolidação das políticas públicas sociais do país de origem, de recepção e da situação sociodemográfica do imigrante, o processo migratório pode impactar a vida do sujeito positivamente ou negativamente colocando-o num estado parcial de vulnerabilidade. Sabendo que existem grupos que não têm acesso equitativo aos serviços públicos básicos tais como: educação, saúde e assistência social na sociedade. Objetivos: a partir das trajetórias de vida de mulheres haitianas que migraram para o Brasil se propôs analisar essa mudança migratória com uma ênfase especial sobre o viés feminino, acreditando ser um compromisso acadêmico-científico investigar as dimensões de etnia, de gênero e de migração que permitem às mulheres haitianas residentes no município de Cascavel - Paraná ter acesso e ser acolhidas de forma equitativa no Sistema Único de Saúde. Se fez um estudo de referência qualitativa através de uma visita de campo no município de Cascavel para entrevistar tanto algumas mulheres haitianas selecionadas aleatoriamente quanto outros trabalhadores de saúde de 4 unidades de saúde da família que tiveram contato com a comunidade de imigrantes haitianos. Foi importante notar que nos relatos dos participantes se ressaltou, por um lado, as dificuldades de comunicação entre esta população e os profissionais de saúde que puseram em questão a qualidade dos atendimentos realizados especificamente no contexto do acompanhamento durante o pré-natal das haitianas e os riscos envolvidos. Por outro lado, os hábitos socioculturais diferentes tais como a não adesão as ações preventivas e as limitações tanto das haitianas quanto dos agentes comunitários de saúde com o domínio do idioma do outro se revelaram ser fatores cruciais que impedem realizar de ações de promoção da saúde. Além de outros aspectos, percebeu-se que no imaginário das mulheres a migração é destacada como um projeto coletivo apoiado pelas redes sociais tais como familiares e amigos. A migração também acarreta interesses individuais pelo protagonismo das haitianas que decidiram migrar sozinhas do Haiti para Cascavel a procura de oportunidades de trabalho e de novas conquistas. Espera-se que esta pesquisa possa fomentar debates e o desenvolvimento de campanhas de vacinação, de estratégias de educação em saúde que aportarão melhorias nos indicadores de saúde não somente das mulheres haitianas e dos homens haitianos senão também para o exponencial aumento da população de estrangeiros de diversos países no Brasil.

Palavras-chave: Acesso à Saúde. Acolhimento em Saúde. Imigrantes Haitianas.

REGIS, Lourdy. **Access and reception of Haitian women in public health services in Cascavel / PR**. 2018. 73 pages. Capstone Project of the Collective Health Course - Federal University of Latin American Integration, Foz do Iguacu, 2018.

ABSTRACT

After sociopolitical instability, the intervention of the United Nations Mission in Haiti and the earthquake of 2010; the flow of people who have left the caribbean country has increased considerably, taking a turn for Latin America. In this context, Brazil emerged as the main destination for haitian women and men. Depending on the degree of consolidation of the social public policies in the origin or receiving country and the socio-demographic situation of the immigrant, the migratory process can impact the life of the subject by placing him in a partial state of vulnerability. Knowing that there are group of people need equitable access to basic public services such as education, health and social assistance, throughout the period of their adaptation and insertion in society. Based on the life trajectories of Haitian women who migrated to Brazil, it was proposed to analyze this migratory change with a special emphasis on women's bias, believing that it is an academic-scientific commitment to investigate the dimensions of ethnicity, gender and migration that allow to Haitian women residing in the municipality of Cascavel - Paraná to have access and to be received in an equitable way in the Unified Health System. A qualitative reference study was made through a field visit in the municipality of Cascavel to interview some selected Haitian women at random other health workers from 4 family health units that had contact with the Haitian immigrant community. It is worth mentioning that in the reports of the participants are, on the one hand, the communication difficulties between this population and health professionals that questioned the quality of care specifically performed in the context of the prenatal follow-up of the Haitian women and the risks involved. On the other hand, different sociocultural habits such as non-adherence to preventive actions and the limitations of both haitians and community health agents with the dominance of the language of the other revealed crucial factors that impede actions to promote health. In addition to other aspects, it was noticed that in the women's imagination the migration is highlighted as a collective project supported by social networks such as husband, brothers or friends and also it entails individual interests by the protagonism of the Haitians who decided to migrate from Haiti alone to Cascavel the search for job opportunities and new achievements. It is hoped that this research stimulates several debates and the development of vaccination campaigns, health education strategies that would improve health indicators not only of haitian women and haitian men, but also to the exponential increase in the population of foreigners of diverse countries in Brazil.

Keywords: Health Access. Reception in Health. Haitian Women Immigrants.

REGIS, Lourdy. **Acceso y acogida de las mujeres haitianas en los servicios públicos de salud de Cascavel / PR.** 2018. 73 páginas. Trabajo de Conclusión de Curso de Salud Colectiva - Universidad Federal de la Integración Latinoamericana, Foz do Iguaçu, 2018.

RESUMEN

Después de la inestabilidad sociopolítica, la intervención de la Misión de las Naciones Unidas en Haití y el terremoto de 2010; el flujo de personas que abandonaron el país caribeño aumentó considerablemente, asumiendo un rumbo para América Latina. En ese contexto, Brasil surgió como destino principal de mujeres y hombres haitianos. Dependiendo del grado de consolidación de las políticas públicas sociales del país de origen, receptor y de la situación sociodemográfica del inmigrante, el proceso migratorio puede impactar la vida del sujeto colocándolo en un estado parcial de vulnerabilidad. Sabiendo que los marginados y los migrantes son el grupo que más necesitan de los servicios públicos básicos tales como: educación, salud y asistencia social, a lo largo del período su adaptación e inserción en la sociedad. A partir de las trayectorias de vida de mujeres haitianas que migraron a Brasil se propuso analizar ese cambio migratorio con un énfasis especial sobre el sesgo femenino, creyendo ser un compromiso académico-científico investigar las dimensiones de etnia, de género y de migración que permiten a las mujeres haitianas residentes en el municipio de Cascavel - Paraná tener acceso y ser acogidas de forma equitativa en el Sistema Único de Salud. Se hizo un estudio de referencia cualitativa a través de una visita de campo en el municipio de Cascavel para entrevistar tanto a algunas mujeres haitianas seleccionadas al azar, como trabajadores de salud de 4 unidades de salud de la familia que tuvieron contacto con la comunidad de inmigrantes haitianos. Es importante resaltar que en los relatos de los participantes están, por un lado, las dificultades de comunicación entre esta población y profesionales de salud que pusieron en cuestión la calidad de las atenciones realizadas específicamente en el contexto del seguimiento durante el prenatal de las haitianas y los riesgos involucrados. Por otro lado, los hábitos socioculturales diferentes tales como la no adhesión a las acciones preventivas y las limitaciones tanto de las haitianas y de los Agentes Comunitarios de Salud con el dominio del idioma del otro revelaron factores cruciales que impiden realizar acciones de promoción de la salud. Además de otros aspectos, se percibió que en el imaginario de las mujeres la migración es destacada como un proyecto colectivo apoyado por las redes sociales tales como familiares y/o amigos y también ella acarrea intereses individuales por el protagonismo de las haitianas que decidieron migrar solas de Haití a Cascavel la búsqueda de oportunidades de trabajo y de nuevos logros. Se espera que esta investigación pueda fomentar debates y el desarrollo de campañas de vacunación, de estrategias de educación en salud que aporten mejoras en los indicadores de salud no sólo de las mujeres y hombres haitianos sino también del exponencial aumento de la población de extranjeros de diversos países en Brasil.

Palavras-claves: Acceso a la Salud. Acogimiento en Salud. Imigrantes Haitianas.

REGIS, Lourdy. **Aksè ak resepsyon fanm ayisyèn nan sèvis sante piblik nan Cascavel / PR.** 2018. 73 paj. Konklizyon kou kolektif kolektif - Inivèsite Federal Entegrasyon Amerik Latin, Foz do Iguaçu, 2018.

REZIME

Aprè enstabilite sosyopolitik, entèvansyon Misyon Nasyonzini an Ayiti ak tranblemanntè 2010 la; te koule nan moun ki te kite peyi Karayib la ogmante konsiderableman, pran yon vire pou Amerik Latin nan. Nan kontèks sa a, Brezil parèt tankou destinasyon prensipal pou fanm ayisyen ak gason. Tou depan de degre nan de konsolidasyon nan politik sosyal yo nan yon peyi nan resevwa ak sitiyasyon sosyo-ekonomik imigran yo, pwosesis imigrasyon na ka gen enpak sou lavi sa a ki nan sijè a mete li nan yon eta ki anpati vilnerab. Lè konnen ke eskli nan ak imigran yo gwoup la ki pi nan bezwen nan sèvis debaz piblik tankou edikasyon, sante ak asistans sosyal, nan tout peryòd adaptasyon yo ak entegrasyon nan sosyete a. Soti nan pakou lavi fanm ayisyènn ki te imigre nan Brezil, nou pwopoze analize chanjman nan migrasyon ak yon atansyon espesyal sou patipri a fi, ki kwè li nan dwe yon angajman akademik-syantifik pou mennen ankèt sou dimansyon etnik, sèks la ak divèsite kiltirèl ki pèmèt fanm ayisyen an k ap viv nan Cascavel - Parana gen aksè a yo epi yo dwe aksepte egalman nan Sistèm Sante a Nasyonal te fè yon etid debaz kalitatif nan yon vizit jaden nan Cascavel fè entèvyou tou de kèk chwazi fanm ayisyen owaza kòm. Lòt travayè sante ki soti nan 4 inite sante fanmi ki te kontakte ak kominote imigran ayisyen an. Li te enpòtan sonje ke rapò sa yo nan patisipan yo vize deyò, sou men nan yon sèl, difikilte sa yo nan kominikasyon ant popilasyon yo ak sante sa a pwofesyonèl ki te kesyone bon jan kalite a nan swen espesyalman te pote soti nan kontèks la nan siveyans pandan ayisyen an prenatal ak risk patisipe. Nan lòt men an, diferan abitud yo sosyo-kiltirèl tankou ki pa aderans aksyon prevantif, ak limitasyon nan tou de ayisyen an kòm travayè yo sante kominotè ak ladrès ak lang devwale yon lòt faktè enpòtan anpeche konduit aksyon pwomosyon sante. Anplis de lòt aspè, li te remake ke nan imajinasyon fanm yo se migrasyon an make kòm yon pwojè kolektif ki te sipòte pa rezo sosyal tankou fanmi ak zanmi. Migrasyon tou pote enterè endividyèl yo nan lidèchip ayisyen an ki deside emigre pou kont li Ayiti nan Cascavel kap chèche opòtinite pou travay ak reyalizasyon nouvo. Li se te espere ke rechèch sa a ap ankouraje deba ak devlopman nan nan kanpay vaksinasyon an, estrateji edikasyon sante ki aportarão amelyorasyon nan endikatè sante pa sèlman nan fanm ayisyen ak Ayisyen men moun tou pou ogmantasyon nan eksponansyèl nan popilasyon an etranje plizyè peyi nan Brezil.

Mo klé yo: Aksè pou lasante Swen sante. Imigran ayisyènn.

REGIS, Lourdy. **Accès et accueil des femmes haïtiennes dans les services de santé publique de Cascavel / PR.** 2018. 73 pages. Mémoire de fin d'étude en Santé collective - Université Fédérale de l'Intégration l'Amérique Latine, Foz do Iguacu, 2018.

RÉSUMÉ

Après l'instabilité sociopolitique, l'intervention de la Mission des Nations Unies en Haïti et le séisme de 2010; le nombre de personnes qui ont quitté le pays caribéen a considérablement augmenté et s'est transformé en Amérique latine. Dans ce contexte, le Brésil est devenu la principale destination des hommes et des femmes haïtiens. En fonction du degré de consolidation des politiques sociales publiques du pays d'accueil et de la situation sociodémographique de l'immigré, le processus migratoire peut avoir une incidence sur la vie du sujet en le plaçant dans un état de vulnérabilité partielle. Sachant que les marginalisés et les migrants sont le groupe qui a le plus besoin de services publics de base tels que l'éducation, la santé et l'assistance sociale, tout au long de la période d'adaptation et d'insertion dans la société. Sur la base des trajectoires de vie des femmes haïtiennes qui ont émigré au Brésil, il a été proposé d'analyser ce changement migratoire en mettant un accent particulier sur les préjugés des femmes, estimant qu'il s'agissait d'un engagement scientifique et scientifique d'enquêter sur les dimensions de l'ethnicité, du genre et de la diversité culturelle. Des femmes haïtiennes résidant dans la municipalité de Cascavel - Paraná ont accès à un système de santé unifié et sont accueillies de manière équitable: une étude de référence qualitative a été réalisée lors d'une visite sur le terrain dans la municipalité de Cascavel afin d'interviewer au hasard des femmes haïtiennes sélectionnées d'autres agents de santé de 4 unités de santé familiale ayant eu des contacts avec la communauté immigrée haïtienne. Il était important de noter que les rapports des participantes mettaient en évidence, d'une part, les difficultés de communication entre cette population et les professionnels de la santé qui remettaient en cause la qualité des soins spécifiquement dispensés dans le cadre du suivi prénatal des femmes haïtiennes et les risques encourus. impliqué. D'autre part, différentes habitudes socioculturelles telles que le non-respect des actions préventives et les limitations des agents de santé haïtiens et communautaires avec la dominance de la langue de l'autre ont révélé des facteurs cruciaux qui entravent les actions visant à promouvoir la santé. En plus d'autres aspects, il a été noté que dans l'imagination des femmes, la migration est présentée comme un projet collectif soutenu par des réseaux sociaux tels que la famille et les amis. La migration implique également des intérêts individuels en raison du protagonisme des Haïtiens qui ont décidé de migrer d'Haïti à Cascavel à la recherche de possibilités de travail et de nouvelles réalisations. On espère que cette recherche encouragera les débats et le développement de campagnes de vaccination et de stratégies d'éducation pour la santé qui permettront d'améliorer les indicateurs de la santé non seulement des femmes et des hommes haïtiens, mais aussi de l'augmentation exponentielle de la population étrangère de divers pays au Brésil.

Mots-clés: Accès à la Santé, Soins de Santé, Immigrants Haïtiennes.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Mapa do Haiti na parte oeste do mar caribenho na América Central.....	22
Figura 2 – Número de Haitianos por estados da federação.....	28
Figura 3 – Mapa mostrando as trajetórias utilizadas até chegar a Cascavel.....	32
Figura 4 – Mapa de distribuição das unidades de saúde escolhidas.....	35

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ILACVN	Instituto Latino-Americano de Ciências da Vida e da Natureza
UNILA	Universidade Federal da Integração Latino-Americana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

SUMARIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. OBJETIVOS	18
2.1. OBJETIVO GERAL	18
2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS	18
CAPITULO I.....	19
3. A TIPOLOGIA DA MIGRAÇÃO.....	19
3.1. A REDE DE APOIO SOCIAL	20
3.2. A EMIGRAÇÃO HAITIANA.....	21
3.3. SISTEMA DE SAÚDE HAITIANO E A SITUAÇÃO DA MULHER	24
CAPÍTULO II.....	27
4. HAITIANOS NO BRASIL E O CASO DE CASCAVEL.....	27
4.1. AS NOVAS CARAS DO MUNICIPIO DE CASCAVEL.....	30
CAPITULO III.....	34
5. DIMENSSÕES DO ACESSO E ACOLHIMENTO EM SAÚDE.....	34
5.1. ACESSO E O ACOLHIMENTO EM SAÚDE	36
6. METODOLOGIA.....	37
7. RESULTADOS E DISCUSSÃO	41
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	57
9. REFERÊNCIAS	60
ANEXOS.....	64

1. INTRODUÇÃO

A nível mundial, um grande número de pessoas se movimenta a cada ano para se instalar em um país diferente do seu país de origem. A decisão de imigrar é devido à presença de diversos fatores. Estes podem ser econômicos, políticos, religiosos ou ambientais. Até o final da segunda metade do século passado, impulsionado pelo início da globalização econômica, se abordava o cenário das grandes migrações internacionais ainda com um relevo homogêneo, de reunificação familiar onde a mulher era colocada como companheira/esposa do homem trabalhador. A migração de mulheres autônomas até esse então era pouco pesquisada, porém hoje mudanças no quadro geopolítico engendraram uma dinâmica nova de aumento da participação feminina no fenómeno migratório (MOROKVASIC, 1984).

Historicamente, a migração haitiana é um fenómeno sazonal. Os primeiros movimentos migratórios haitianos ocorreram em direção a Cuba no final do século XIX. No entanto, com a crise dos anos 30 que afetou o setor açucareiro, os haitianos foram se tornando para outros destinos. E assim, outro tipo de migração se desenvolveu nos anos 1960 em direção às Bahamas, particularmente no setor hoteleiro. Então depois foi a vez de Miami, Martinica, Guadalupe e Guiana Francesa que se beneficiaram da contribuição da força de trabalho haitiana. As causas da migração haitiana são múltiplas: ratificação em 1967 pelos Estados Unidos da Convenção de Genebra relativa aos refugiados, que relaxa as condições de admissão, o desenvolvimento do mercado de trabalho nas Antilhas Francesas e também a ditadura da família dos Duvalier, o pai François Duvalier (1957) e Jean Claude Duvalier (1971) o filho sucessor que aos 18 anos de idade tomou o poder após o falecimento do pai. Estes dois presidentes da época ditatorial foram principalmente os responsáveis pelo verdadeiro "êxodo de haitianos" para o exterior durante seus governos. De maneira geral, a imigração haitiana é motivada principalmente pela busca de um bem-estar e, de melhores condições de vida e de trabalho. Muitas vezes, o próprio migrante é colocado numa situação de vulnerabilidade, decorrente das condições em que se executam as viagens migratórias e as infraestruturas do país de trânsito e do país de recepção.

Apesar de não existir uma correlação direta entre migração e desigualdades, alguns estudos têm demonstrado que as mulheres migrantes se encontram em maior situação de vulnerabilidade e apresentam um quadro de saúde menos favorável que

os homens migrantes. O entendimento sobre o conceito ampliado de saúde requer tanto uma abordagem holística sobre os processos migratórios quanto ao recorte de gênero nas questões que os acompanham. Estes fatos despertam o interesse em analisar a complexidade dos fenômenos migratórios e das relações de gênero quando se associam além de outras variáveis tais como a tipologia da migração, o grau de desenvolvimento das políticas públicas do país de origem e o de destino, as formas de acolhimento nos serviços públicos e o acesso a informação como um direito fundamental para integração efetiva da pessoa humana na condição de migrante (JOLLY; REEVES, 2005).

Segundo algumas autoras, quando o homem haitiano se estabelece no país de acolhido, ele passa a consolidar em uma nova fase o sucesso do processo migratório com a reunificação completa da família. Vale ressaltar a importância da presença da mulher na nova casa para desenvolver principalmente as tarefas domésticas e cuidar dos filhos, caso houverem (MEJÍA et al, 2017). Esse fato marca na dimensão migratória uma certa relação de poder e de desequilíbrio de gênero que se propõe investigar mais adiante.

No ano de 2017, levantamentos feitos pelo próprio autor deste trabalho de conclusão de curso, a partir dos bancos de dados científicos do Brasil e também a nível regional na América do Sul, tais como: Periódicos Capes, Google Scholar, Repositório Institucional da UFJF, Biblioteca Digital de Teses e Dissertações, Biblioteca Virtual em Saúde, SciELO, Arca, Microsoft AcademicSearch, demonstram que a porcentagem de pesquisas sobre a migração haitiana ressaltando a questão de gênero, com menção à mulher haitiana e/ou à migração feminina é mínima, e que a correlacionam com a área da saúde é ainda menor.

A partir das trajetórias de vida de mulheres haitianas que migraram para o Brasil, dos seus projetos familiares subjacentes a essa movimentação migratória; cabe um compromisso acadêmico-científico que desencadeia algumas perguntas como: em que medida as mulheres haitianas estão amparadas por redes de apoio social no contexto de suas realidades e quais são as dimensões de gênero, de etnia e de migração inseridas no SUS como política pública de saúde que permitem que elas sejam acolhidas de maneira equitativa e tenham acesso aos serviços públicos de saúde? O trabalho tem portanto os seguintes objetivos: Compreender o movimento migratório e sua tipologia no contexto do município de Cascavel/Paraná na representação das mulheres haitianas; Investigar as dimensões do acesso à saúde e

das redes sociais e do acolhimento voltadas às mulheres haitianas que migraram para o município de Cascavel/Paraná; Identificar os canais de acesso, suas limitações e potencialidades de alcance e busca dos serviços de saúde pelas mulheres haitianas em Cascavel/Paraná; Identificar, na percepção das mulheres haitianas e das equipes da atenção básica, as principais demandas e a qualidade dos cuidados prestados; Conhecer as estratégias de atuação dos agentes comunitários de saúde junto ao grupo de mulheres haitianas dentro da Estratégia de Saúde da Família.

Considerando a conjuntura socioeconômica do Brasil, enquanto uma referência na América Latina, atualmente se desenvolve uma política migratória de país acolhedor que vai na contramão das potências hegemônicas ocidentais. A presença do Brasil se faz sentir no cotidiano haitiano de várias formas, principalmente pelas afinidades que as duas nações têm pelo futebol, a presença do contingente de militares brasileiros que por treze (13) anos lideraram a missão das forças onusianas, MINUSTAH¹; além das ações das empreiteiras tais Construtora OAS², Odebrecht³ de engenharia civil e da VivaRio⁴ em algumas regiões carentes daquele país.

Após o terremoto do 12 de janeiro de 2010, que afetou drasticamente o Haiti, o país caribenho cuja sede administrativa se encontra na capital de Porto Príncipe, onde se concentra 25% da população haitiana e sendo essa capital uma das poucas cidades do país medianamente urbanizados.

Como prova da sua vontade de cultivar uma cooperação sul-sul, o Brasil declarou amnistia para os haitianos que passaram por vários países da América do Sul até ingressar pelas fronteiras do Acre sem visto e para depois solicitar o status de refugiados. O governo brasileiro passou a autorizar e facilitar a obtenção de vistos humanitários para os haitianos.

Se entre os anos 1940 e 2000 o número de cidadãos haitianos no Brasil flutuava entre 16 e 159 pessoas, incluindo os funcionários da missão diplomática

¹ MINUSTAH: Missão das Nações Unidas para a Estabilização no Haiti de 2004 a 2017.

² Grupo OAS: conglomerado brasileiro fundado em Salvador, Bahia em dezembro de 1976 com sede em São Paulo que atua em diversos países do mundo no ramo da engenharia civil.

³ Odebrecht: empresarial brasileiro de capital fechado que atua em diversas partes do mundo nas áreas de construção e engenharia, química e petroquímica, energia, entre outros.

⁴ VivaRio: organização não governamental fundada em 1993 por representantes de vários setores da sociedade civil, como resposta à crescente violência que assolava o Rio de Janeiro.

haitiana no Brasil; a partir do ano de 2015 este número aumentou e se estimou a uma média de 60 mil residentes permanentes, segundo os dados demográficos recolhidos pelo IBGE e por outros pesquisadores da área de migração e de antropologia (HANDERSON, 2015).

Para vislumbrar a relevância social e científica do tema de estudo, vale expor o perfil do sanitarista que se forma no curso de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Integração Latino Americana - UNILA. Desse jaez multicultural que esta instituição permite a que se tenha acesso e também no sentido de produzir conhecimento útil para além das fronteiras brasileiras, se deve abordar a migração como fenômeno da vida humana, através dela decorrem múltiplos aspectos, entre eles: biológicos, ecológicos, sociais, econômicos e culturais também que possam influenciar os indicadores de saúde de uma população. Como o Estado brasileiro a partir de suas diversas políticas públicas e sociais pode e deve se preparar para enfrentar essa mudança populacional e velar pelo acesso e pela integração dos haitianos na sociedade e nos serviços públicos? Portanto, o futuro sanitarista tem o compromisso de buscar entender o funcionamento não somente de gestão do atendimento a estes novos usuários do SUS senão também que consiga acompanhar esse novo fluxo de imigrantes. Analisar a transcendentalidade das vulnerabilidades e susceptibilidade, quais sejam por questões de desigualdades socioeconômicas ou de gênero que se refletem na busca pelos centros de saúde, como a alteração dos padrões de saúde e o modo de vida dos haitianos. Para tanto, é importante que o gestor seja crítico, criativo, empreendedor e tenha uma ampla visão do contexto social, político e econômico do país. Assim, ele será capaz de fomentar o debate acerca de propostas inovadoras em gestão de saúde, atuar em ambientes dinâmicos e mediar interesses, processos e relações de trabalho, para a construção de conhecimento reflexivo e para a avaliação dos serviços. Lembrando que o Brasil enquanto um país continental, sempre viveu formas de migrações internas e externas, por conseguinte, é imperativo que essa pesquisa e outras semelhantes sejam feitas e que os resultados sejam colocados à disposição da academia para fomentar melhores intervenções tanto na saúde quanto na educação através da capacitação de

profissionais que atuarão junto a essa população e a disposição dos tomadores de decisões nas mais altas esferas governamentais e não-governamentais.

Sabe-se que as mulheres, quando comparadas aos homens; frequentam mais os serviços de saúde para o seu próprio atendimento, mas sobretudo acompanhando as crianças e outros familiares. Também as mulheres costumam acompanhar as pessoas idosas, com deficiência, os vizinhos e/ou os amigos. Elas são também cuidadoras, não só das crianças ou de outros membros da família, mas também de pessoas da vizinhança e da comunidade. Como homem haitiano, eu busquei nesta pesquisa, enfatizar o recorte de gênero, reconhecendo a necessidade de reforçar a reflexão sobre os desafios enfrentados pelas mulheres em geral no cotidiano brasileiro. Eu procurei me aproximar das mulheres haitianas que vivem em Cascavel, pois entendo que, para elas, há uma conjuntura ainda mais desafiante no processo de integração social que interpõe múltiplas marginalizações de gênero, social, cultural e racial. Nesse sentido, a escolha pelo grupo de mulheres haitianas, como categoria e sujeitos participantes que vivem especificamente em Cascavel, no estado do Paraná, ela se deu num primeiro momento porque anteriormente as pesquisas conduzidas levavam quase sempre o viés masculino dessa migração, quando tratam da inserção laboral, das condições de vida e da situação dos trabalhadores nas empresas de frigoríficos da região ou as mesmas mulheres haitianas mostravam também resistências a participar das pesquisas por razões intrínsecas que devem ser futuramente analisadas. Posto que, num segundo momento, além de existir uma barreira linguística, estudos anteriores feitos deixam indícios da desconfiança, também habita uma falta de retorno positivo para a comunidade haitiana derivado desses estudos, sejam eles feitos no Brasil ou no próprio Haiti (LÔBO, J. A, 2017). Por um lado, o fato de a cidade ter abrigado uma comunidade expressiva de haitianos e, de forma progressiva de haitianas nos últimos dois anos, aquilo foi significativo. Por outro lado, por residir na região da tríplice fronteira: Puerto Iguazú - Argentina; Ciudad Del Este - Paraguai e Foz do Iguaçu - Brasil onde eu me dedico aos meus estudos universitários, esse último fator providenciou essa aproximação com os imigrantes haitianos cuja maioria mora na cidade de Cascavel. A partir do acompanhamento das experiências migratórias individuais e vivências coletivas como ponto referencial da identidade haitiana, foram

esses entre outros fatores de peso que contribuiriam para definir essa cidade como setting da pesquisa.

Ao longo deste trabalho acadêmico-científico, no primeiro capítulo se discutirá a tipologia das migrações: internas, nacionais ou internacionais segundo a forma como as pessoas se deslocam dentro de um determinado espaço-tempo. No segundo capítulo se abordará a migração haitiana para o Brasil, ressaltando que o “*paï*” comumente designado para os nascidos do país caribenho como o fato de viajar no exterior a procura de melhores condições de vida e com um sonho de retornar ao país de origem. Esta última prática é um fenômeno sociocultural que marca a história moderna do Haiti. Também neste capítulo se analisaram os motivos e as relações internacionais que fundamentam a escolha do Brasil como novo destino dos haitianos depois do terremoto de 2010. No terceiro capítulo se fará uma discussão baseada nas falas das mulheres haitianas que residem no município de Cascavel, suas percepções acerca da nova sociedade de acolhimento e acerca dos serviços públicos de saúde no quesito do acesso universal a saúde. No último capítulo se analisará os relatos dos profissionais de saúde do entendimento sobre a diversidade sociocultural, as diferenças linguísticas e suas interferências no processo de acolhimento e no atendimento de qualidade da comunidade haitiana de Cascavel no Sistema Único de Saúde. Por fim se encerrará o estudo através de algumas considerações finais e contribuições em anexo, ressaltando que o tema não se há esgotado e que pode ser investigado em maior extensão na pós-graduação.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Investigar as dimensões do acesso à saúde, do acolhimento e das redes sociais voltadas às mulheres haitianas que migraram para o município de Cascavel, Paraná.

2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Compreender o movimento migratório e sua tipologia no contexto do município de Cascavel/PR na representação das mulheres haitianas;

- Identificar os canais de acesso, suas limitações e potencialidades de alcance e busca dos serviços de saúde pelas mulheres haitianas em Cascavel/PR;
- Identificar na percepção das mulheres haitianas e das equipes da atenção básica, os serviços e a qualidade destes cuidados prestados;
- Conhecer as estratégias de atuação dos agentes comunitários de saúde junto ao grupo de mulheres haitianas no Programa de Saúde da Família.

CAPITULO I

3. A TIPIOLOGIA DA MIGRAÇÃO

Até pouco anos atrás ainda era difícil chegar a um consenso sobre a denotação do que era realmente um deslocamento simples ou uma migração propriamente dita, vendo que o termo migração em si pode abranger diversas categorias. Entre as classes se pode ter uma migração a nível local quando o fenômeno mesmo ocorrendo no tempo e no espaço, geralmente o sujeito se desloca até um território geográfico já conhecido ou familiar. Também existe outra classe de migração que se denomina circular por caracterizar-se por um deslocamento dentro de um tempo predeterminado e pela esperança de voltar ao espaço de origem, assim que completa o ciclo de uma certa atividade pré-definida. Em terceiro lugar, encontra-se a migração em cadeias ou em redes onde entre outros aspectos vinculados ao deslocamento, esse tipo de migração é marcado pelo custo da informação vindo do território de destino, com agentes previamente estabelecidos sendo o centro de motivação e de referências. E por última classe se fala na migração de carreiras, aquela que se caracteriza por ser mais duradoura e permanente envolvendo um perfil de agentes migratórios mais especializados (TILLY, 1976). No caso da migração haitiana se depara frente a um fenômeno que, no contexto latino-americano, se diversificou mais ainda quando temos um grande grupo de pessoas que não somente ingressou no Brasil com o visto humanitário, alguns através das fronteiras como refugiados, mas também a título de reunificação familiar meses após a catástrofe

natural que abalou a ilha caribenha e bem antes desse período de forma mais reduzida tem-se a migração por razões de estudos e de intercambio.

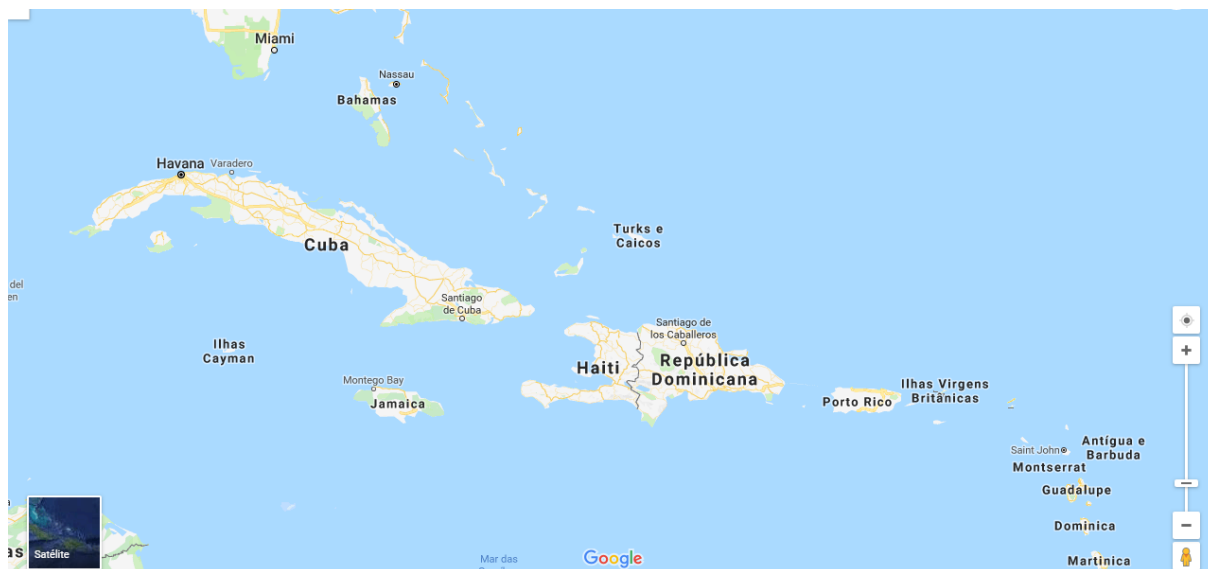
3.1. A REDE DE APOIO SOCIAL

É totalmente correto dizer que os indivíduos migraram, às vezes sozinhos, outras vezes em grupos. Segundo o mesmo autor Charles Tilly, há uma peculiaridade que é primordial citar para esclarecer o caminho da nossa pesquisa. Quanto mais longe e mais custoso for o processo de transição do lugar de origem até o lugar de destino, as redes de apoio se veem na necessidade de se fortalecer ainda mais, aquilo é um mecanismo importante para garantir o sucesso da migração reunificadora e de família em vários aspectos (TILLY, 1978). Durante a transição migratória, a rede de apoio social pode se metamorfosear em várias fases, se dissolver no tempo e no espaço ou se fortalecer. O último caso é o mais frequente, por fim, ele acontece com a criação de novos vínculos extrafamiliares.

No caso da migração instalada e na construção da diáspora se pode dizer que existe uma correlação muito forte entre a saúde e as redes sociais de apoio. Essa dinâmica pode ser fecunda ou nefasta ao processo de integração completa de sucesso na comunidade acolhedora, dependendo da qualidade e do papel que a rede de apoio social ocupa na esfera individual ou coletiva dos membros já pré-estabelecidos, dos mesmos sujeitos-participes e/ou elementos estruturais. Já que as pessoas que migram em cadeias tendem a viver muitas vezes nas mesmas casas, nos mesmos bairros, nas mesmas cidades ou estados que os membros conhecidos, devido às semelhanças e aos contextos socioculturais tais como o idioma, os costumes e estado migratório regular ou irregular, os motivos de estudos e/ou os interesses laborais em comum, inevitavelmente essas pessoas passam a compartilhar, muitas vezes por razões mais práticas, informações vitais, por exemplo como ter acesso aos serviços de saúde entre outros serviços públicos oferecidos pela localidade de acolhida (SLUZKI, 2010).

3.2. A EMIGRAÇÃO HAITIANA

Mapa 1 - Localização do Haiti na parte Oeste da ilha Hispanhola, no mar do Caribe, América Central.



Fonte: Google Mapas, 2018

Não se pode compreender a magnitude fenomenal da emigração haitiana, sua notável dispersão geográfica ao longo do tempo e suas consequências cada vez mais inevitáveis sobre o futuro dos familiares que ficaram atrás do Haiti, se não se voltar à história atormentada do país. Nesta ilha que simbolizou o terceiro lugar no coração do moderno sistema de exploração capitalista de escravos, os homens e a natureza foram tratados brutalmente, já que se estipulava no ⁵Código Negro que nas colônias francesas que o escravo africano valia menos que um objeto. As "anomalias" históricas criadas no contexto da moderna economia transatlântica, as lutas pela liberdade da década de 1790, a independência de 1804 e os subsequentes desenvolvimentos do século XIX forneceram um contexto singular para uma cultura de ⁶Maronage, mobilidade e migração.

Na sociedade haitiana em formação, a cultura do “*pati*” de migração inicialmente interna, foi construída em resposta às buscas por uma liberdade cujas

⁵ Código Negro: Documento legal que regulava sobre as condições escravagistas nas colônias francesas.

⁶ Maronage: Na época colonial prática que consiste na fuga individual ou em massa de escravos para se refugiar nas montanhas.

fundações foram constantemente desafiadas pelas elites dominantes e pelo lado de fora, pelo ostracismo das potências coloniais que por muito tempo permaneceram intocadas pela ruptura histórica de 1804. Após um período de relativa retirada, a entrada no século XX, o famoso período da revolução industrial, vai marcando o começo da emigração regional de intensidade inédita, atrelada à crescente penetração do capital norte-americano no Haiti, através das suas fábricas de roupas e outro material têxtil. Assim os empresários norte-americanos foram aproveitando a mão de obra barata não somente no próprio Haiti senão também em vários outros países da América Central e do Caribe, principalmente através da adesão de Puerto Rico a título de Estado-Associado, da introdução de várias cadeias de hotéis e de empresas que praticam a corta da cana de açúcar em Cuba e na República Dominicana, os últimos resultam no abismo da necessidade de mão de obra extensiva e desqualificada exportada do Haiti principalmente pelos Duvaliers.

O interrogatório central, relativo às causas da importante emigração durante o século XX e em particular durante o período contemporâneo, parece ser duplo. Por um lado, pode-se perguntar em que medida a migração haitiana nos tempos modernos e contemporâneos constitui uma "microrreprodução" da dinâmica do sistema migratório caribenho pós-colonial. As formas e a extensão da emigração haitiana, ligadas à interação de longo prazo entre determinantes econômicos e políticos, tornam-no um caso especial ou, ao contrário, um caso que pode ser generalizado para todo o Caribe e até mesmo para a América Latina? Por outro lado, deve-se refletir sobre a possível ligação entre a direção e a magnitude dos movimentos internacionais da população haitiana e a crescente dependência do país de origem em relação aos Estados Unidos no século XX. Especificamente, supõe-se que a imigração haitiana contemporânea para os Estados Unidos e para outros países da região é uma extensão das migrações desenvolvidas no contexto da ocupação norte-americana do início do século XX.

A ditadura presidencialista de 1957 até 1986, caracterizada por mudanças profundas nas relações entre o Estado haitiano e seus cidadãos onde os espaços de liberdade destes últimos foram progressivamente reduzidos em benefício do governo ditatorial e seus féis aliados milicianos. Esse sombrio capítulo na história contemporânea do povo haitiano abre uma nova era para a emigração. Isto é de uma importância sem precedentes, está agora focado principalmente na América do Norte e, acima de tudo, preocupa pela primeira vez indiscriminadamente todas as classes

sociais que foram obrigados a deixar a ilha para se refugiar além de na França e no Canadá. As causas dessa emigração contemporânea forçada e em larga escala são complexas. A pobreza, apesar de sua intensidade e generalização para a grande maioria da população, não é em si um fator satisfatório para explicar a complexidade de uma emigração que abateu, sob condições muitas vezes dramáticas, o país de mais de 20% da sua população.

No entanto, nunca na história do Haiti um desastre natural terá tornado a sociedade tão vulnerável quanto a tragédia de 12 de janeiro de 2010. O caos, a destruição, o profundo desespero e o trauma psicológico causados pela magnitude do terremoto de 7,3 na escala Richter. Oficialmente, mais de 230.000 pessoas teriam morrido sob os escombros. Pelo menos tantos feridos e amputados aparecem como sobreviventes em uma capital cuja metade da população não tinha teto após o terremoto. Um terço desses moradores de rua até o ano de 2017 estava tentando sobreviver em vários campos de deslocamentos humanitários improvisados e sob terríveis condições sanitárias, onde prevalece a resiliência e a lei do mais forte. O sistema de saúde ultrapassado dependia e segue dependendo até o presente momento da pesquisa da ajuda internacional; e numa área metropolitana, que respondia por quase metade da oferta de ensino médio do país antes do terremoto, quatro das cinco escolas foram destruídas. O colapso da prisão central e a fuga de vários milhares de detidos incluindo criminosos notórios e líderes de gangues estão dando nova urgência ao problema de insegurança.

Sair temporalmente deste ambiente problemático para futuramente voltar tornou-se a única alternativa para um quarto da população do capital martirizado. Em números probabilísticos as mídias locais e internacionais afirmaram que 50.000 migrantes se voltaram para Saint-Marc, 63.000 para as cidades do Sul país Jacmel, Aux Cayes, 21.000 para Grande d'Anse, 160.000 para a zona de fronteira entre o Haiti e a República Dominicana e 300.000 para várias regiões, redefinindo a geografia da população de uma maneira sem precedentes dentro do país. Mas, os recém-chegados às províncias foram confrontados com as consequências de dois séculos de centralização em *Port-au-Prince* e o abandono do "país de fora". Os assentamentos subequipados com pouca ou nenhuma ajuda humanitária foram privados desse influxo. A falta de instalações de recepção, de trabalho e às vezes escolas secundárias têm colocado muitos refugiados a questão de retornar em um caos a cidade de Porto Príncipe. Para aliviar o fardo dessas comunidades, foi estabelecido um sistema

informal de ida e volta de refugiados que buscam ajuda humanitária na capital para distribuí-lo às aldeias mais próximas. A maioria retornou à capital meses após o seu êxodo para o "país de fora". As perspectivas futuras no Haiti parecem hoje bastante sombrias para parte da população cuja vida cotidiana é difícil. Aqueles com um visto, um passaporte estrangeiro ou parentes na diáspora estão considerando a emigração como uma opção possível no futuro próximo.

3.3. SISTEMA DE SAÚDE HAITIANO E A SITUAÇÃO DA MULHER

L'Etat a l'impérieuse obligation de garantir le droit à la vie, à la santé, au respect de la personne humaine, à tous les citoyens sans distinction, conformément à la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme (HAÏTI, 1987, p. 7).

A república do Haiti, localizada no Caribe possui um território de 27.750 km² e uma população de 10.033.00 habitantes cujos 98% são afrodescendentes entre eles somente 52,9% são alfabetizados (HAITI, 2010). Dentro da Constituição oficial do país, no seu artigo 19 afirma-se que o Estado haitiano tem o dever de garantir o direito à saúde e a todos os cidadãos os meios para alcançar uma saúde plena. A nível de gestão em saúde existem três setores que prestam serviços e cuidados de saúde a população haitiana: o primeiro é o setor público que representa o conjunto de organizações do Estado; o segundo é setor privado que é dividido em duas subcategorias: o setor privado com fins não-lucrativos, composto em maior parte pelas ONGs e o setor privado com fins lucrativos; e por último o setor dos cuidados tradicionais, representado pelos praticantes de medicina tradicional, praticantes do sincretismo (junção entre o catolicismo e o vodu), neste último grupo se encontram os *bokor*, *hougan* e cuidadores espirituais”.

O sistema de saúde do Haiti é organizado de acordo com uma pirâmide triangular de cuidados que consiste em três níveis: primário, secundário e terciário. Somente 53% da população têm cobertura pelo sistema de saúde do Haiti que, por um lado, sofre de uma falta de financiamento e, por outro, pela emigração dos poucos profissionais de saúde para outros países mais desenvolvidos da região tais como o Canadá, os Estados Unidos e a República Dominicana que oferecem melhores

salários e beneficiam da captação dos recursos humanos, especialmente após a ditadura dos Duvalier e do terremoto de 2010. Dados recolhidos no site da Organização Mundial da Saúde atestam que 80% da contribuição orçamentária dedicada ao setor da saúde provêm da ajuda de organismos internacionais e da colaboração dos demais ministérios do governo haitiano: Ministério dos Assuntos Sociais, da Agricultura, da Educação e da Condição Feminina e Direitos da Mulher (HAÏTI; ENTWISLE, 2003).

No Haiti, o acesso aos serviços de saúde é geralmente determinado em primeiro lugar pela capacidade de pagamento do beneficiário e por outro lado a localização geográfica, o que dificulta alcançar as instalações de saúde. A distribuição das instituições públicas e privadas de saúde é muito desigual, as áreas urbanas absorvem quase 66% dos hospitais. Por causa do custo a aquisição dos fármacos permanece menos fácil e seu acesso é muitas vezes mais difícil para a população que geralmente não possui uma renda formal e estável. O fato de não existir um órgão que regula a distribuição dos medicamentos, causa de automedicação coloca os usuários em um iminente estado de perigo. Os princípios básicos da saúde, por exemplo, a equidade e a dignidade humana não são amplamente respeitados.

No Haiti a estrutura familiar é formada pelo marido/pai responsável por manter moral e materialmente a casa e tomar as decisões por todos os análogamente pertencentes, a mulher/mãe é responsável pela manutenção do bem-estar da casa e da família. Apesar de as mulheres haitianas representarem 52% dos habitantes daquele país, segundo o último censo nacional intitulado: Quarto Censo Geral da População e Moradia, realizado em 2003 pelo Instituto Haitiano de Estatística e Informática, coordenado pelo Ministério de Economia e Finanças da República do Haiti; o grupo majoritário das mulheres é aquele que mais sofre das injustiças, das desigualdades, e que apresenta piores indicadores de saúde da condição de vida e violações dos direitos fundamentais, depois das crianças. Do ponto de vista socioeconômico os dados dizem que entre 65%-70% das mulheres haitianas vivem embaixo da escala internacional das pobres (IHSI, 2003).

Em um país onde elas são mais afetadas pelo desemprego e se tornam protagonistas do comércio informal quando colocadas como chefias das casas, as mulheres casadas ou dentro da relação conjugal tradicionalmente assumem os papéis domésticos que o sistema as tem subalternadas. Vale ressaltar uma prática de poucos

anos atrás quando elas eram enviadas para a capital do país para servir ainda jovem de babás, para exercer o trabalho infantil. Quando o dinheiro da estrutura familiar não alcançava para pagar as despesas escolares de todos os filhos, os meninos eram escolhidos como favoritos para receber o investimento.

O Haiti tem um Índice de Desigualdade de Gênero de 0,592, classificando o país em 127º lugar entre 148 países para 2012. A participação da mulher no âmbito político do país é quase invisível. Até o ano de 2015 o Código Penal haitiano não tipificava o estupro como crime, sobretudo nenhuma ação é feita como forma de promoção dessas informações para o público alvo. O diploma legal do país deixa ainda vago o entendimento que pudesse ter sobre a definição do que realmente é uma violência doméstica sobre adultos ou crianças como ato ilícito penal, o que resulta na sua equiparação equivocada dentro da doutrina a qualquer forma passiva de agressão (UN, GENERAL ASSEMBLY, 2016).

Tomando-se em consideração que a cada 100 mil nascidos-vivos há um indicador de mortalidade infantil de 359 óbitos e que a cada 1 mil nascidos-vivo a mortalidade infantil mantém a 48,2 mortes e ao analisar o indicador da esperança de

vida, a média para as mulheres haitianas é de 66,4 anos (THE WORLD FACTBOOK, 2016).

CAPÍTULO II

4. HAITIANOS NO BRASIL E O CASO DE CASCAVEL

Figura 2 – Total de estrangeiros cadastrados: Nacionalidade – UF 2017

```

26/09/2017      SINCRE - SISTEMA NACIONAL DE ESTRANGEIROS
17:26:11
----- E S T A T I S T I C A -----
TOTAIS DE ESTRANGEIROS CADASTRADOS: NACIONALIDADE / UF
PAIS DE NACIONALIDADE: REPUBLICA DO HAITI

*-- AC ----- AL ----- AM ----- AP ----- BA ----- CE ----- DF --*
!   28 !         1 !   3187 !   568 !     34 !     42 !     573 !
!-- ES ----- GO ----- MA ----- MG ----- MS ----- MT ----- PA --!
!   78 !   1450 !     2 !   3644 !   1282 !   3999 !     45 !
!-- PB ----- PE ----- PI ----- PR ----- RJ ----- RN ----- RO --!
!   12 !     18 !     6 !  14673 !   1885 !     8 !   1521 !
!-- RR ----- RS ----- SC ----- SE ----- SP ----- TO --- TOTAL !
!   116 !  11655 !  19108 !     3 !  26225 !     20 !  90183 !
*-----*

```

Fonte: LÔBO, Jade Alcântara. Núcleo de Polícia Federal – NUMIG/ DELEX/DPF/FIG/PR, 2017.

Após a instabilidade sociopolítica de 2004, com o golpe de estado contra o presidente Jean Bertrand Aristide no Haiti, as intervenções repetidas das Missões das Nações Unidas no Haiti encabeçadas por um general do contingente brasileiro e os desastres naturais, com o terremoto de 2010; segundo o Banco Mundial (2011) mais de um milhão de haitianos deixaram o seu próprio país; segundo outros relatos já saíram mais de três milhões de pessoas do país. O fluxo de imigrantes aumentou consideravelmente, assumindo um rumo para dois países da América do Sul: o Chile e o Brasil proporcionalmente por estados. Nesse contexto, o Brasil surgiu como o destino principal da diáspora haitiana na América Latina. Entre o ano de 2010 e 2015 entraram no Brasil 72.406 haitianos, segundo o relatório anual do ⁷OBMigra de 2016.

⁷ OBMigra: Observatório das migrações internacionais.

A estimativa do Ministério da Justiça e Cidadania do Brasil é de que, atualmente, haja 56 mil haitianos vivendo no País (BRASIL, 2017). Estes últimos dados são sensíveis e flutuantes a observar já que se está considerando um processo de mobilidade humana de sujeitos nômades que se aventuraram em diversos países da América do Sul.

Sobre o que poderia ter condicionado o surgimento do Brasil como novo destino no imaginário haitiano, foram colocadas algumas possíveis hipóteses: a migração dos cidadãos haitianos para o país dos antigos tupis-guaranis remonta desde os anos 1960-1970; depois das ocupações internacionais até atingir o seu apogeu durante a ditadura na ilha caribenha e continua o seu curso contemporâneo passando pela América latina. Acredita-se importante sublinhar de início que os primeiros migrantes haitianos que chegaram ao Brasil tinham como principal e verdadeiro destino chegar até as fronteiras da Guiana Francesa para poder, a curto prazo pedir refúgio e para a longo prazo se estabelecerem legalmente e migrarem permanentemente na metrópole de Paris.

A mobilidade haitiana se intensificou depois do desastre natural deixou 253 mil mortos no Haiti e menos de 2 milhões de deslocados no interior do território do país. Como resposta a estes deslocamentos, rapidamente se criaram alguns acampamentos muitas vezes improvisados e a entrada em número não controlado de ONGs no país de América Central. Consequentemente também aumentou o número de haitianos que migraram para outros países do continente em razão dessa situação de crise humanitária após 2010. Além dos fluxos tradicionais, inclusive para outras ilhas do caribe, observou-se a abertura de novas rotas para a América Latina, notavelmente a Argentina, o Brasil e o Chile e entre os países de trânsito utilizados veem-se o Equador, o Peru que não tinham o visto como pré-requisito de migração e em menor frequência a Bolívia como trajeto para chegar a Brasil.

Sabe-se que os haitianos bem antes do terremoto sempre foram fieis torcedores do time do Brasil na Copa do Mundo, por compartilharem os mesmos sentimentos e paixão pelo futebol e também por terem recebido a visita da Seleção no estádio Sylvio Cator de Porto Príncipe. Após terem tido bastante contato com os soldados brasileiros da Missão de Paz da ONU no Haiti desde 2014 e receberem a visita do presidente brasileiro da época, Luiz Inácio Lula da Silva. Eles viram na América do Sul uma potência, com uma economia crescente na época e a oportunidade de trabalhar durante a Copa do Mundo de 2014. Os primeiros haitianos

que atingiram as fronteiras terrestres do Brasil, como meio para poderem se regularizar e trabalhar pediram o estatuto de refugiado. Apesar de serem vítimas de traficantes de pessoas “coiotes”, de sofrerem dos abusos dos policiais no caminho até o Brasil e estarem em situação de vulnerabilidade infelizmente são poucos os haitianos que responderam aos critérios internacionais para serem considerados e beneficiam da proteção para refugiados. Frente a esta situação e entre outras, o governo brasileiro colocou em execução pela primeira vez um mecanismo de emissão de visto humanitário, já que essa opção estava prevista na Constituição Federal do país debaixo da antiga lei de migração, o famoso Estatuto do Estrangeiro de 1980.

A República do Haiti, desde 2011, é a principal nacionalidade em termos de emissão de carteiras de trabalho. Entretanto, se se compara o ano de 2016 ao de 2015, se bem se registrou uma queda nas solicitações de carteiras para homens haitianos (-30,9%), seguindo a tendência geral, houve um aumento de 2,5% nas solicitações de carteiras de trabalho para mulheres haitianas (CAVALCANTI, 2018, p.46).

Em 2017 segundo o relatório anual sobre a inserção dos imigrantes no mercado laboral, no Brasil a distribuição da força de trabalho estrangeira é centrada nas mãos de somente 28% das mulheres, das quais 17% são haitianas. Se a migração é capaz de proporcionar, por um lado, a obtenção de trabalho e de oportunizar, por conseguinte, uma vida melhor para as mulheres; por outro lado, ela as expõe a uma grave situação de vulnerabilidade e de exploração de toda ordem. Segundo dados da ONU (2005), apenas dezenove países dispõem de leis e/ou políticas de proteção às mulheres e elas são a maioria das vítimas de tráfico de pessoa e abuso sexual, o cumprimento das leis torna-se mais difícil, haja visto que, na maioria das vezes, esse grupo é composto por pessoas com pouca instrução e que, por não conhecerem seus direitos, não procuram ajuda por estarem irregulares e/ou por sua condição de estrangeiros os deixa em uma situação de vulnerabilidade social e intrafamiliar.

Contudo a nível do Brasil, onde havia pouca presença de cidadãos haitianos, o grande fluxo começou a chegar a partir dos anos de 2010 e 2011. Em apenas dois anos depois do início da migração mais mulheres haitianas começaram a solicitar o visto humanitário nas representações consulares do Brasil no Haiti, logo na República Dominicana e no Equador, e assim também a ganhar o direito de residir permanentemente no Brasil através do processo de reunificação familiar, ao que se deve o fenômeno posterior da feminização da migração haitiana a partir dos anos de

2012. No entanto, ainda hoje um alto grau de ignorância prevalece sobre a sua dinâmica, as modalidades e os intervenientes envolvidos, bem como os vários problemas e áreas em que impacta (saúde, emprego, classe social, gênero, etnia, direitos humanos e reprodutivos entre muitos outros).

A Polícia Federal estima que na região de circunscrição da delegacia de Cascavel existem aproximadamente três mil haitianos, pouco mais de mil deles com documentação de identificação estrangeira. Apesar da crise financeira que fechou muitos postos de trabalho, 2015 foi um ano que trouxe muitos estrangeiros para o país. Segundo a PF, o número de haitianos em Cascavel é o dobro da segunda maior comunidade estrangeira na cidade, a paraguaia, que possui cerca de 400 pessoas (CORAZZA, 2016, p. 1).

À luz dos conceitos supracitados e das características próprias que modelam os costumes da migração transnacional das haitianas, vale ressaltar que uma simples busca nas bases de dados eletrônicos permite evidenciar que a saúde da mulher negra em geral não é uma área que possui muitos estudos feitos em Ciências da Saúde no Brasil, independentemente de a mulher negra ser nativa ou estrangeira. Não existe uma enorme quantidade de produção científica por partes dos pesquisadores na academia que possa acompanhar o ritmo desproporcional da literatura sobre outros grupos étnicos, nos projetos de iniciação científica ou de extensão, que possam tanto na graduação ou na pós-graduação incentivar os estudantes ou profissionais da saúde a se aprofundar mais neste campo (WERNECK, 2016).

Portanto a Organização Mundial para as Migrações (OIM), chama de feminização da migração, uma crescente participação da mulher na migração internacional. A mulher desloca-se atualmente de forma mais independente e sem ser em função da posição que tem na sua família ou sob a autoridade de um homem; já houve um significativo aumento entre os anos 1960 e 2000: na América Latina, de 44,7% para 50,2%, segundo o informe da ONU (BANCO MUNDIAL, 2011).

4.1. AS NOVAS CARAS DO MUNICIPIO DE CASCAVEL

Mapa 3 – Trajetórias utilizadas pelas participantes haitianas para chegar até o município de Cascavel.



Fonte: Google Maps, 2018.

Mesmo que a migração dos conterrâneos do Haiti para o Brasil seja recente, percebe-se uma tendência de concentração nas regiões do Sul e do Sudeste do Brasil. Principalmente por estas zonas serem as mais desenvolvidas industrialmente e cuja renda mensal apresenta maior média das demais zonas do país. Logicamente os cidadãos tem a tendência a procurar e querer melhorar suas condições de vida e de trabalho optam por morar e trabalhar nas capitais do país, nas megalópoles, nos grandes centros urbanos e em outros lugares onde haja necessidade contratar esse novo grupo de trabalhadores, informações adquiridas muitas vezes graças as redes de apoio social. A cidade de Cascavel, o Oeste do estado do Paraná, comumente chamado de Sul alemão e italiano, é bem diferente do clima tropical ao qual os haitianos estavam acostumados, e estes últimos aspectos geográficos e demográficos não faziam parte do imaginário estereotipado de um Brasil de Carnaval, futebol, com uma temperatura quente no verão nas praias de Copacabana e da Bahia. Ao invés de os trabalhadores escolheram seu lugar, tiveram que oferecer sua força de trabalho a troca de um salário mínimo, ao qual eles

sonhavam que seria maior quando foram escolhidos por Cascavel, pelos patrões, pelas empresas que procuravam, uma mão de obra barata, para desenvolver os trabalhos de prestação de serviços, de construção, trabalho insalubre que os brasileiros nativos se negam a fazer e muitas vezes são intimidados a exercerem as tarefas mais desumanas, mais exaustivas, que exigem menos qualificação, onde há casos frequentes de acidentes de trabalho (HIRATA e KERGOA, 2003). As expectativas deles de poderem trazer a família rapidamente para aqueles que deixaram filhos, esposas e esposos atrás no Haiti, as aspirações entre outras, inclusive aquela de poder estudar também para adquirir um novo status social se derrubaram de forma mais brusca do que quando aconteceu o terremoto (MAMED, L. H. 2017).

O passado histórico conta que antes da vinda dos imigrantes haitianos para Cascavel na cidade já se tinha uma presença de forasteiros vindo dos estados vizinhos tais como: Rio Grande do Sul e Santa Catarina, importando com eles a cultura gauchesca. A história da conquista do Oeste Paranaense nos pode levar a uma viagem no tempo da imigração alemã e italiana. A partir de 1920 houve uma massiva migração de europeus nesta região, que passaram a ocupar hectares de terras dados pelos então governos para incentivar essa migração e impulsionar a produção econômica. Nota-se também a dificuldade que tinha o Estado brasileiro nesta época para desenvolver uma política de campanha para colonizar as zonas agrícolas do Oeste Paraná, até 1961 quando aconteceu a última revolta de posse de terras coletivas, particulares e a demarcação da ocupação das terras vazias, a nível das fronteiras com a Argentina e o Paraguai, assim criando-se um clima de conflitos e rivalidades entre familiares para demarcar essas propriedades dos dois lados do Rio Iguaçu e Paraná (WACHOWICZ, 1988, p. 15).

O censo de 2010 indica que 70% da população de Cascavel se declaram branca. Trata-se de uma cidade bastante homogênea do ponto de vista étnico e racial. Apesar disso, a população tem reagido à presença dos haitianos de modo diverso (MARTINS et al., 2014, p.7).

As características do município do Cascavel que vamos abordar neste capítulo da pesquisa tem um cenário geográfico distinto, mas uma representação social pouco distinta daquele período. Cascavel, segundo as informações estatísticas recentes retiradas no site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE),

conta com uma população em 2018 estimada a 324.476 pessoas dentre elas, uma maioria com fenótipos predominantemente brancos (IBGE, 2018).

Hoje em dia, a cidade de Cascavel se coloca como referência a nível nacional com relação ao processamento e exportação de carne, de frango, graças principalmente à instalação e ao funcionamento desde muitos anos de duas grandes empresas cooperativas de frigoríficos: Coopavel e GloboAves, lugares onde muitos imigrantes haitianos trabalham (MARTINS; et al., 2014).

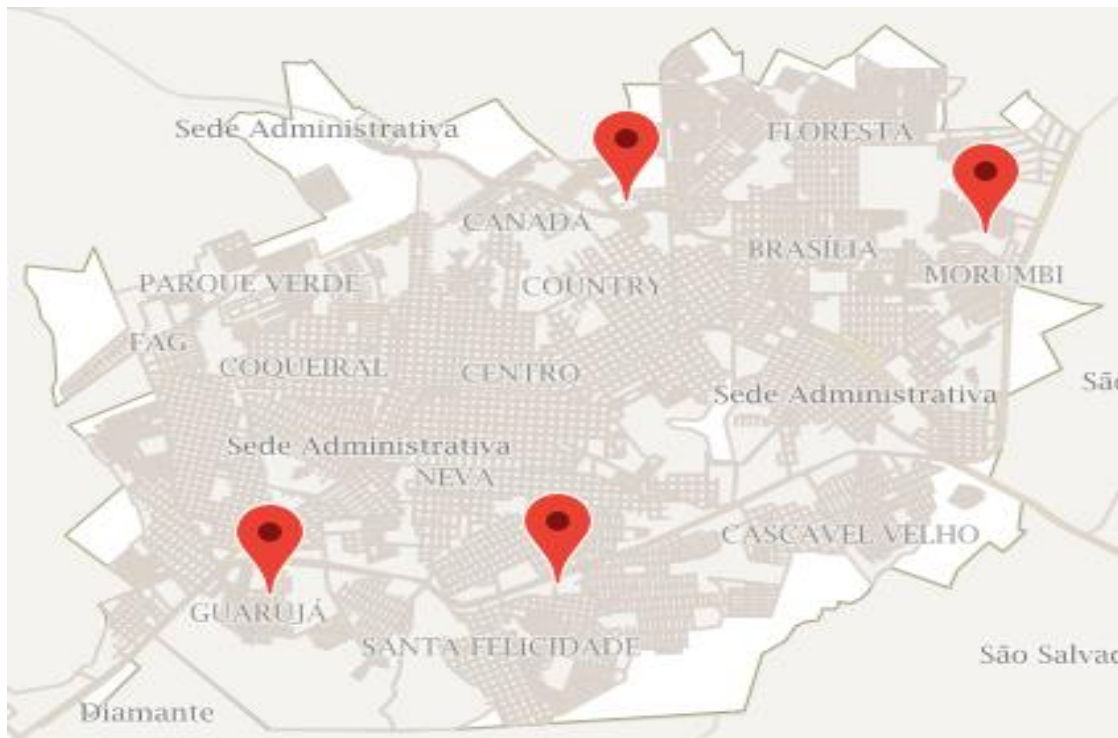
Do total de haitianos que viviam no Paraná, 18% eram mulheres com carteira de trabalho emitidas no ano de 2014. No ano de 2017 durante uma consulta junto ao Sistema Nacional de Estrangeiros, SINCRE na sede do Departamento da Polícia Federal do Paraná, foi constatado que tinham 14673 haitianos morando no estado paranaense. No âmbito dessa movimentação entre admissão e demissão especificamente desse grupo de imigrantes ao longo dos anos, percebe-se uma divisão sexual das atribuições laborais onde se resume que no cotidiano há mais haitianas desempregadas e quando elas são contratadas desempenham os papéis mais sensíveis e que requerem menos força como: serviços de limpeza e embalagem. Ao se fazer uma observação cronológica, no espaço laboral da inserção haitiana aparece um fenômeno especial de aumento significativo da presença de mulher no ano de 2016 (CAVALCANTI, 2018).

De maneira contraditória e intrínseca, os imigrantes não caucasianos, detentores de um menor poder aquisitivo e menor capital simbólico, deparam-se com uma sociedade brasileira menos acolhedora, o que desvela as impregnações ainda latentes do eurocentrismo e de um desafio ainda maior de se trabalhar na desconstrução do neocolonialismo na América Latina. Na mídia tanto a nível nacional quanto na região de Cascavel, nas ruas, em vez de usar a conotação da chegada dos imigrantes haitianos fala-se de uma invasão de pessoas que fogem da guerra e que vem substituir a mão de obra local, terminologia pouco adequada (RIBEIRO DE OLIVEIRA, 2015). Agrega-se o fato que para o grupo dos haitianos de Cascavel há uma recusa quando procuram inserir-se no mercado de trabalho e uma outra quando se combinam o fator étnico-racial ao fator de gênero, as mulheres haitianas sofrem mais das desigualdades sociais, vulnerabilidades equiparadas ao grupo e o duplo peso de serem consecutivamente condicionadas a viver na dependência do salário do pai, do irmão, do primo, do acompanhante de sexo masculino ou do marido (RICCI, 2018).

CAPITULO III

5. DIMENSSÕES DO ACESSO E ACOLHIMENTO EM SAÚDE

Mapa 2 – Distribuição geoespacial das unidades de saúde participantes do estudo.



Fonte: GeoPortal Cascavel, 2018. Territórios de maior convívio de participantes haitianas e as unidades de saúde de referências.

No Brasil, tem-se procurado enfaticamente no campo da Saúde Coletiva destacar que a superação de desigualdades em saúde exige a formulação de políticas públicas equânimes, o que implica, por um lado, reconhecer a saúde como um direito e, por outro, priorizar as necessidades como categoria essencial para a promoção de justiça. É preciso, ainda, incorporar à pauta certas diferenças e diversidades como as relacionadas à questão das condutas de risco e das heterogeneidades de base étnico-culturais (BARROS apud VIEIRA DA SILVA, ALMEIDA FILHO, 2009, p. 13).

A criação do SUS que reconheceu a saúde como direito garantido pelo Estado, foi instituída na Constituição Federal de 1988, através do artigo 196, que considera:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros

agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL; 1988).

O Art. 5º da Constituição Federal de 1988, no Capítulo I Dos Direitos e Deveres Individuais e coletivos assegura:

Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, dentro dos termos vigentes (BRASIL; 1988).

Sendo assim, conforme os artigos supracitados, tanto os brasileiros quanto não-brasileiros, os turistas e os residentes ilegais ou permanentes, todos possuem os mesmos direitos de acesso aos serviços de saúde públicos através do SUS que os brasileiros natos têm. Para reforçar a veracidade dos mesmos direitos que os brasileiros, os estrangeiros eram protegidos pelo Estatuto do Estrangeiro através da Lei Nº 6.815/ 1980, em seu Título X Dos Direitos e Deveres do Estrangeiro, Art. 95 “o estrangeiro residente no Brasil goza de todos os direitos reconhecidos aos brasileiros, nos termos da Constituição e da lei.” Pois, aparentemente até os dias atuais o SUS não está conseguindo cumprir com o seu papel universalista e equitativo já que a partir do ano de 2006 foi um imperativo pensar a criação e a implantação de uma política de saúde voltada a priorizar a melhora das condições de saúde da população negra brasileira cujos indicadores estavam a margem dos estândares nacionais e internacionais. Como a história da saúde pública no Brasil demonstra, após várias lutas dos movimentos feministas negras aplicarem a Política Nacional para a Saúde Integral da População Negra a fim de enfrentar as dificuldades institucionais para ter acesso aos serviços públicos de saúde para as pessoas negras nativas do Brasil. No dia 21 de novembro de 2017, com a promulgação da Nova Lei de Migração, o Brasil afirma sua vontade de consolidar as políticas sociais e dentre elas a saúde para os imigrantes também (BRASIL, 2017).

Seguindo o princípio da descentralização, em Cascavel existe o escritório central da décima região de saúde do Paraná (PARANÁ, 2009; 2016). Na cidade, o Sistema Único de Saúde tem na sua estrutura organizacional 13 unidades de saúde da família, com uma concentração preferencial no centro urbano de 5 delas e 23 unidades básicas de saúde. Considerando a necessidade de o acesso e a qualidade do atendimento, algumas atribuições foram acentuadas pela Prefeitura Municipal de Cascavel, das quais pode-se citar: a prestação de um atendimento humano de forma

a satisfazer as necessidades dos cidadãos; a garantia da equidade do acesso, avançando na superação das desigualdades entre outros princípios doutrinários e organizativos e das diretrizes nacionais do SUS.

5.1. ACESSO E O ACOLHIMENTO EM SAÚDE

O estudo histórico das manifestações do patriarcado no universo das migrações internacionais e nacionais permite conceder no geral e aqui especificamente uma definição do homem haitiano como chefe de família, ele é encarregado pelas normas costumeiras de viajar em busca de melhores condições de vida, logo a posição da mulher na cadeia migratória desenvolve a função de uma extensão, um elemento complementar (CAZAROTTO, 2017). Comporta-se aí na experiência particular da emigração uma descontinuidade no fortalecimento dos elementos familiares, afetivos, linguísticos, aqueles comumente estruturantes da pessoa humana e uma carga não passiva da aculturação. Aquilo tudo acarreta certos perigos no equilíbrio tanto da saúde física quanto mental, há uma maior prevalência de problemas de saúde para a mulher na condição de menor de idade, mãe, gestante ou antiga chefia de família (TOPA et al, 2010).

A dimensão do acesso a saúde que se está tratando neste capítulo apesar de sofrer diversas mutações da sua interpretação por vários teóricos da área da saúde que relacionam o conceito de acesso a saúde, por um lado, aos aspectos geográficos como a distância entre os centros de saúde espalhados em um determinado território e a população local (disponibilidade) e por outro lado aos aspectos financeiros como o poder de aquisição dos serviços oferecidos e planos de saúde existentes no sistema. Cabe dizer que está comprovado a existência de disparidades causadas por diversas formas ativas ou passivas de discriminações no acesso à saúde que além dos fatores relacionados às minorias étnico-raciais e que o fator gênero prevalece bastante na mensuração de quem mais acolhe aos serviços de saúde e quem tem mais autonomia sobre o mesmo assunto (SORKIN et al, 2). A introdução dos Direitos Humanos e do conceito ampliado de saúde colocam nos debates atuais a liberdade de abordar o acesso a saúde a partir de diversas facetas, dentre elas as Ciências Sociais e a Política. O panorama das desigualdades econômicas, sociais e culturais que padecem as mulheres haitianas tanto na sociedade de origem quanto naquela de acolhida envolve fatos históricos de exclusão, segregação social imposto ao povo

afrodescendente, fazem com que o acesso a saúde seja um tema de muita complexidade (SANTOS; COIMBRA JR., 2003). Com essa linha de pensamento, o presente estudo visa aprimorar o caminho para entender os determinantes sociais numa dimensão teórica-metodológica nos diálogos atuais sobre o acesso, o acolhimento das imigrantes haitianas na rede pública de saúde de Cascavel.

O conceito de acolhimento em saúde, no âmbito da atenção primária a saúde ele se define como a oportunidade de criar e fortalecer os laços junto ao sujeito que vem buscar o atendimento, também o acolhimento é a possibilidade de desenvolver uma escuta qualificada centrada na pessoa e que futuramente permitirá aumentar o grau de confiança entre o agente e o usuário do SUS, resultando na resolutividade da situação desde a base, assim respeitando as diretrizes da Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2013).

6. METODOLOGIA

Esses dois últimos conceitos norteiam a linguagem dimensional utilizado ao realizar esse estudo qualitativo a caráter principalmente descritivo-exploratório. Além dos livros de leituras obrigatórias, coube ao autor do estudo elencar quais autores seriam fundamentais para subsidiar as discussões emergidas sobre a temática, através de uma revisão de literatura em profundidade sobre a migração internacional, conotações dadas à migração haitiana na cidade de Cascavel e a construção de redes de apoio social. As abordagens teóricas sobre a migração internacional demonstram a necessidade de se problematizar as análises que se restringem somente aos aspectos econômicos nos quais os migrantes parecem indivíduos que agem desconectados de relações sociais, apontando para a importância de se analisar as redes sociais no processo migratório. Segundo Boyd (1986), a exploração das redes sociais não é uma novidade na pesquisa sobre a migração. Nos anos 70, estudiosos analisaram os processos de redes de migração e o papel que parentes e amigos desempenhavam no fornecimento de informações e auxílio no processo migratório. Entretanto, os padrões de migração recente e novas conceptualizações da migração concentram mais interesses na importância da família, amigos e origem comum que sustentam essas redes. Os trabalhos de Charles Tilly demonstraram a importância das redes sociais na articulação dos processos

migratórios, enfatizando a solidariedade no interior dos grupos migrantes como uma das características que configuram e sustentam as redes (TILLY, 1978).

Esta pesquisa foi avaliada e recebeu a autorização do Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Cascavel – PR antes de ser executada, e também ela respeita a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, já que a todos os sujeitos que participaram da pesquisa lhes foram explicados a pesquisa e foram depois convidados a ler e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, redigido em versão portuguesa para os trabalhadores da saúde e redigido em crioulo haitiano para as mulheres haitianas, sendo este a segunda língua oficial da República do Haiti, além do Francês, tendo o pesquisador construído uma relação mútua de respeito, de confiança na base da ética com elas. Antes de cada sessão de gravação das entrevistas se fez uma breve exposição do tema de pesquisa para os participantes, explicando os objetivos da pesquisa com as perguntas norteadoras e no final cada participante teve direito a guarda consigo uma via do TCLE. Por razão de sigilo, os nomes das pessoas que aparecem nas falas são fictícios.

Para o levantamento documental foram acessados os dados secundários do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE, da Polícia Federal do Paraná, do Ministério do Trabalho além de levantamentos em outros sites oficiais. Entre o final do mês de abril e início de maio de 2018 aconteceu a pesquisa de campo, e o facilitador principal dessa pesquisa foi o próprio pesquisador/entrevistador, acompanhado de seu roteiro de perguntas e de um notebook para anotar possíveis observações. Vale a pena destacar que se contactou previamente por e-mail e por telefone a Secretaria Municipal de Saúde de Cascavel a fim de solicitar permissão para a realização da pesquisa, informando o número de unidades de saúde que seriam visitadas para obter autorização da Diretoria de Atenção Básica do referido município. Também se fez contato por telefone com algumas lideranças estratégicas da comunidade haitiana para organizar melhor as visitas ao campo de pesquisa, atualizar o mapa dos bairros de maior convívio dos haitianos para, finalmente, proceder com o agendamento dos encontros. O pesquisador/entrevistador após agendamento do local e do horário das entrevistas individuais com as mulheres haitianas e os profissionais de saúde separadamente, se fez uso de um gravador

dentro de uma unidade e ou ambiente de observação/escuta sensível e reservado para proteger a privacidade dos participantes.

Para realizar as entrevistas foi utilizado um roteiro semiestruturado onde havia um leque de assuntos e/ou questões e o entrevistador/pesquisador seguiu no diálogo com os entrevistados de modo que eles puderam apresentar respostas naturais e livres, numa conversa para além das questões do roteiro. Vale dizer que foi necessário pôr em prática tanto habilidades técnicas como interpessoais, além de acesso a recursos humanos tais como o auxílio de uma colombiana e uma haitiana que moram em Foz do Iguaçu para fazer um pré-teste do roteiro. Durante as entrevistas se evitou induzir as respostas e os comportamentos dos participantes (THOMPSON, 1998).

Este estudo foi realizado em Cascavel/PR, município localizado na região oeste do Paraná, com uma população de 319.608 pessoas, conforme estimativa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2018. O Sistema de Saúde da cidade conta com vinte e três unidades básicas de saúde e treze unidades de saúde da família, destas, cinco estão localizadas no perímetro urbano e quatro unidades de pronto atendimento. O nosso foco foi delimitar as unidades básicas de saúde que ficam próximas aos bairros de maior convívio dos imigrantes haitianos, entrevistar as haitianas e os trabalhadores de saúde das unidades de saúde da família de Brasmadeira, Guarujá, Morumbi e Nova Cidade.

O universo populacional da pesquisa ficou circunscrito às mulheres haitianas selecionadas dentro do total dos imigrantes haitianos (homens e mulheres) distribuídos espacialmente nos diferentes bairros de Cascavel. A experiência ocorreu em fases: primeiramente se fez uma consulta junto à Polícia Federal para obter uma estimativa atualizada da população haitiana, também se fez uma escuta da Presidente do Conselho Municipal de Saúde, de funcionários da Secretaria Municipal de Saúde de Cascavel que trabalham principalmente na gestão. Em seguida se entrevistaram as pessoas que trabalham diretamente nas unidades de saúde da família que têm ou tiveram contato com os imigrantes haitianos. Entrevistou-se dois Gerentes de unidades, três Atendentes, dois Assistentes sociais, três Enfermeiras, cinco Agentes Comunitários de Saúde, um Médico e uma Auxiliar de enfermagem, sendo que no total foram entrevistadas 17 pessoas que trabalham em quatro (4) Unidades de Saúde Básica e da Família. Graças à interlocução à distância de alguns membros da

Associação de imigrantes haitianos de Cascavel, como planejado, foi possível entrevistar algumas residentes haitianas de Cascavel.

Os registros vocais versaram, em primeiro lugar na própria fala das mesmas protagonistas haitianas, em torno da experiência migratória e em segundo lugar enquanto ao entendimento sobre o funcionamento do Sistema Único de Saúde e as experiências vividas. No total foram 12 mulheres entrevistadas, de faixa etária entre 24 e 40 anos. Uma sala anexa a uma igreja evangélica foi escolhida como local de encontro com as haitianas já que a maioria delas frequentavam aquele local. Todas as haitianas entrevistadas declararam possuir algum grau de escolaridade e entre elas duas já tinham uma experiência migratória na República Dominicana. Importante destacar que todas as entrevistas com elas foram feitas em *kreyól* haitiano e logo transcritas em português brasileiro.

Houve seleção de uma amostra por conveniência de mulheres haitianas adultas para as entrevistas individuais. Durante o mesmo período entrevistaram-se também as equipes de atenção primária do município que lidam direta ou indiretamente com a saúde das mulheres haitianas adultas. Para dimensionar as barreiras encontradas pelas mulheres haitianas no acesso à rede municipal de saúde, fez-se uso do programa QDA Miner para codificar e subcategorizar as transcrições obtidas a partir das entrevistas e também foi utilizado o método de análise de conteúdo de Laurence Bardin (2011). Foram feitas leituras e releituras das narrativas transcritas, os discursos foram comparados e examinados por segmento e na sua integralidade para a codificação aberta além do agrupamento de elementos de análise em subcategoria e categorias. Os dados foram também analisados na perspectiva dos estudos culturais à luz das teorias de Stuart Hall (1997) e Garcia Canclini (2006) por se tratar de um processo histórico com ênfase nas sociedades em transformação, que perpassa pela análise do fenômeno das migrações contemporâneas (TILLY, 1978).

Na transversalidade dessa pesquisa surgiu a necessidade de acentuar esse debate acerca dos aspectos interculturais persistentes e resistentes do encontro e da interação conflituosa entre os agentes sociais do Brasil e os agentes sociais do Haiti na cidade de Cascavel, motivos para trazer o pensamento dos teóricos Garcia Canclini e Stuart Hall. Como entrar e sair da modernidade quando as manifestações da mobilização social negam a separação entre cultura e poder? -pergunta Garcia Canclini. Stuart Hall faz menção a uma concepção sociológica da identidade no seu livro “A Identidade Cultural na Pós-Modernidade” para fazer uma reflexão tanto sobre

o sujeito migrante quanto o sujeito local, hoje mais aberto à diversidade cultural, no exercício de considerar a complexidade do mundo moderno que estão vivendo. Para o sujeito migrante há exigência iminente de um diálogo permanente entre sua identidade passiva e a identidade da diáspora, viajante que se revela quando se confronta com outra identidade; ela está em constante transformação quando navega entre valores, símbolos e costumes dinâmicos da sociedade antiga e da nova. O hibridismo de Garcia Canclini surge como um dos diversos argumentos teóricos para tentar explicar a evolução dos acontecimentos culturais que na América Latina são atemporais. De um lado, tem-se os avanços a nível do Brasil, na esfera dos direitos sociais, tomando-se como marca a legitimação do SUS pelo povo através da Reforma Sanitária Brasileira, esses são exemplos dessa heterogeneidade sociocultural, por outro lado considerando a organização esporádica dos movimentos sociais no Haiti tais como: as conquistas democráticas depois da ditadura e aquelas do movimento das feministas haitianas (CANCLINI, 1987; HALL, 1997).

7. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Cadeias e redes são instrumentos poderosos para explicar porque alguns locais de destino se vinculam fortemente a outros locais de origem dos imigrantes. Em outras palavras, dada uma determinada localidade de partida, é justamente o vigor com que operam as redes e as cadeias o fator decisivo que canaliza o fluxo preferencialmente a determinados destinos (WHITE; WOODS, 1980).

Para evidenciar os achados dos autores White e Woods, ao interrogar sobre o trajeto emprestado para chegar até Cascavel, as haitianas responderam que antes de ingressar no Brasil elas tinham o contato de algumas pessoas, parentes ou amigos no Brasil, o que facilitou os tramites migratórios e adaptação ao novo sistema. Através do relato de todas as participantes haitianas entrevistadas percebe-se que todas elas tinham algum contato, parente, amigo ou marido vivendo em Cascavel. Isso explica a escolha pelo município localizado no Oeste Paraná, sul do Brasil, uma região com um clima ao qual as haitianas afirmam não estarem acostumadas já que no Haiti a estação de inverno não existe. Contrário aos poucos pioneiros haitianos que chegaram para trabalhar nas obras de infraestrutura da cidade, as mulheres haitianas por meio de suas redes de apoio social conseguiram ter acesso às informações essenciais para organizar a viagem migratória, tiveram acesso a mais oportunidades

de trabalho em situações mais adequadas, assim permitindo melhorar as condições de vida, segundo uma haitiana: “ Eu cheguei aqui com a orientação de uma amiga e fiquei na casa dela” (Saskya, 25 anos). Também foi observada tal semelhança nas palavras de uma outra participante haitiana: “ eu tinha um irmão maior quem me recebeu quando eu cheguei em Cascavel. Quando eu estava no Haiti não trabalhava, porém, ao vir aqui (Cascavel) eu consigo trabalhar ” (Lili, 30 anos).

Eu morava no Haiti na comuna de Toman e fazia parte do comércio informal (madan sara). Eu viajava por caminhão, ia para Thiot comprar mercadorias para vender em Croix-des-Bouquets e Malpasse. Logo depois eu tinha feito outra experiência. Como minha família se preocupava por mim, eu tinha muitos parentes no Brasil. Eles entenderam que o meu modo de vida era exaustivo, resolveram de alguma maneira me dizer que iam fazer os trâmites para eu ingressar no Brasil. Contudo, conseguir o visto na época era difícil. Então me fizeram confeccionar um passaporte e tramitar pela República Dominicana. Com um visto dominicano, passei por lá, passei por Panamá e eu fiquei muito tempo no Equador antes de chegar até a cidade de Cascavel para me reunir com a minha família (Ema, 32 anos).

Bom, o lugar que eu estava antes de vir para o Brasil, eu estava na República Dominicana. Eu tinha voltado para o Haiti e meu Marido estava aqui no Brasil. Eu estava no Haiti com os filhos e o senhor decidiu fazer o trâmite dos meus papéis até eu conseguir o visto e viajei para o Brasil (Mani, 39 anos).

Antes de vir para o Brasil eu morava em Santo Domingo, na República Dominicana. Bom, eu passei por São Paulo, eu fiquei em Sorocaba um ano e dois meses, e Carapicuíba três meses. Agora eu me mudei para Cascavel há apenas dois meses. Há uma grande diferença, a vida lá no Haiti realmente é ruim. Aqui é possível encontrar um lugar para trabalhar (Roxane, 38 anos).

Importa ressaltar que a grande maioria dessas mulheres, até o dia dessas entrevistas trabalhava ou ainda trabalha em área de limpeza, de comércio ou em prestação de serviços (gerais) e/ou nas cooperativas de frigoríficos. Como é bem visto nas falas das mulheres haitianas, a migração não constitui apenas um deslocamento geoespacial em cadeia senão também envolveu muitos outros elementos tais como: sociais, culturais e econômicos. A migração quando ela é considerada uma das marcas tradicionais de países onde existem a pobreza, o subdesenvolvimento, no enquadramento do sistema capitalista o processo migratório dentro do cenário da globalização segue um modelo de busca por melhores condições de vida e de trabalho para os sujeitos que decidem se mudar de um determinado Estado-Nação até outro, seja essa mudança temporária ou definitiva. Nesse sentido as haitianas viajam e chegam ao Brasil a procura de mais oportunidades na ótica de conquistar seus sonhos que eram mais inatingíveis no país de origem. Assim o trabalho por definição, sendo uma atividade inerente ao ser humano na sociedade moderna, ele passa a ocupar um

lugar chave entre as prioridades das haitianas que necessitam dele para alcançar uma efetiva integração sociocultural no local de recepção, para sua sobrevivência e a de seus dependentes que ficaram no Haiti à espera de uma remessa ou de uma passagem de avião para reunir o resto da família na nova terra de acolhida (MARTINS, 2002).

Mas segundo Stuart Hall (2011), é no exercício de um labor, uma atividade humana que ocorre um choque cultural que pode ser conotado de "crises de identidade", já que o fenômeno migratório não constitui apenas uma transição entre fronteiras físicas senão também imaginária, um diálogo entre culturas em uma nova fase de vida dentro de um novo sistema de normas pré-estabelecidas que obrigam de forma passiva ao migrante fazer uma introspecção da sua identidade enquanto uma construção social mutável. Aliás, para o mesmo autor, o conceito de identidade nacional ou regional é muito mais complexo, sempre incompleto, contínuo e pouco desenvolvido ou compreendido neste período da modernidade que se está vivendo.

A partir disso se pode chegar a discussão que os haitianos apesar de possuírem um visto permanente, o Estado brasileiro impõe a obrigação de renová-lo a cada cinco anos, respeitando certos critérios de ligação com a dicotomia de que é um Estado-Nação e do debate entre ser um trabalhador legal brasileiro ou ser um estrangeiro. Mais do que uma força de trabalho, o cidadão haitiano deveria também ser reconhecido e respeitado por ser um sujeito de direitos. O que leva a pensar que além do direito a ter uma carteira de trabalho o migrante haitiano deveria também ter direito a informações fidedignas sobre o funcionamento do sistema educativo e sanitário e a receber uma melhor qualificação ao longo da sua inserção e integração nas empresas, direito a ter acesso a cursos de português e não ser discriminado, ter o direito de saber mais sobre as leis trabalhistas que o protege contra possíveis abusos dos patrões, saber mais sobre seu direito a saúde da mesma forma que seu colega brasileiro.

No paradigma da definição do conceito da saúde citada pela OMS, organização mundial da saúde e também adotada pelo Brasil, dentro da Constituição Federal, na Lei orgânica 8080/90 e da qual se entrelaça os determinantes sociais da saúde: acesso à educação, trabalho, moradia, alimentação entre outros "um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades". Existe uma relação direta entre a preocupação das haitianas em conseguir uma colocação *sine qua non* no mercado laboral brasileiro a qualquer custo,

sem esquecer as condições precárias que favorecem a possibilidade de contrair doenças, sofrer acidentes de trabalho, assim aumentar sua vulnerabilidade.

Seguindo as falas das haitianas é evidenciado que a maioria foi recebida por pessoas de sexo feminino e de igual maneira é possível enxergar como em estudos feitos previamente que além do terremoto de 2010 e das cadeias naturais de migração, a taxa de desemprego no país caribenho pode ser considerada como o principal motivo para que as haitianas acudirem aos portos e aeroportos do Brasil. Tal é o caso de Cascavel quando os primeiros haitianos começaram a chegar, passaram a notificar aos membros da família a quem enviam dinheiro e a amigos que em Cascavel haviam possibilidades de trabalhar nas empresas, nas cooperativas de frigoríficos tais como Coopavel e GloboAves. Portanto, se criou um vínculo entre o lugar de origem e o lugar de destino ao se observar o papel acolhedor e de amortecedor do choque cultural que desempenham as redes de apoio social dentro dessa dinâmica migratória, na prática da reunião familiar até do apoio financeiro para chegar ao Brasil e se estabilizar durante os primeiros dias de adaptação ao clima da nova sociedade.

Ao serem perguntadas sobre a diferença que fazem entre o Brasil e o Haiti, é fácil notar que idealizam um estado de satisfação, de paz e referenciam o sucesso do processo migratório ao fato determinante que é a possibilidade de trabalhar pela primeira vez na vida, para muitas delas legalmente poderem conseguir acesso a esse direito. A garantia do trabalho para as mulheres haitianas neste contexto é sinônimo de uma conquista, o acesso a uma renda que confere a independência financeira para poder contribuir na vida dos filhos e do esposo ou outros familiares que moram no Haiti além de uma autonomia que pode impactar sobre as futuras decisões e sobre muitos outros aspectos da vida delas no Brasil.

“ [...] Aqui a gente consegue trabalhar, percebemos que a diferença econômica melhorou [...]. Eu recebi um bom atendimento nos postos de saúde ” (Saskya, 25 anos).

“ [...] o governo do Brasil cuida muito de nós [...]. A experiência no serviço de saúde foi muito boa, ao me parecer. Eu sofria depois eu me recuperei, me deram medicamentos, me deram soro e eu fiquei curada ” (Ema, 32 anos).

Como se pode perceber com base nas falas acima, durante as entrevistas com as mulheres haitianas quando foram questionadas sobre sua experiência no Brasil e sua interação com os serviços públicos de saúde de Cascavel, para aquelas

haitianas que já fizeram uso do Sistema Único de Saúde, haviam indícios que marcam a expressão de um sentimento de bem-estar físico e social. Constatou-se que a valorização da oportunidade de trabalhar quando pela primeira vez muitas delas têm acesso ao trabalho formal e digno, isso pode ser considerado sinônimo de conquista e de autonomia enquanto uma mulher migrante independente na nova terra. Segundo Engels, Netto e Braz (2010) há que se verificar também o sentido do trabalho na vida do ser humano, um passo do ser natural para o ser social, ao adquirir o poder de decidir mais sobre o rumo da sua existência, redefinir com mais exatidão seus objetivos nessa nova fase da vida, construindo sua própria história. Sabendo que as condições de desigualdades socioeconômicas recaem sobre as determinações biológicas das doenças, o estresse do cotidiano, a má alimentação; esses últimos fatores de risco a saúde da mulher haitiana podem ser reduzidos se ela dispõe dos meios para melhorar o seu auto crescimento e consequentemente seu autocuidado.

A estratégia de saúde da família como verdadeira porta de entrada no Brasil, representa um dos meios de orientação e divulgação de informações utilizados pelo imigrante quando se pretende acessar os serviços básicos a qualquer ser humano independente da sua condição migratório, do seu status social e seu capital econômico, como tal esses serviços consistem na ponte para acessar o sistema público brasileiro em geral. Se por um lado as falas das haitianas estão caracterizadas por níveis de satisfação quanto ao atendimento à saúde, a assistência farmacêutica e médica, a facilidade de tirar o cartão SUS e a gratuidade dos serviços oferecidos, por outro lado, não se deve chegar a conclusões antecipadas sobre a dimensão sociocultural do acesso a saúde pelas mulheres haitianas que são residentes de Cascavel sem fazer uma análise das diferenças estruturais e capacidades organizacionais de acesso à saúde no país de origem.

Conjuntamente ao situar a proteção do direito e a garantia de acesso a saúde nos tratados e dentro dos convênios internacionais de direitos humanos que o Brasil ratificou, se faz questão de lembrar que além da simples confecção do cartão SUS enquanto um simples documento burocrático que permite administrar melhor o sistema, existe essa carência de aprimoramento e de entendimento por partes dos trabalhadores da saúde, da natureza das necessidades específicas que o imigrante possa ter. Em Cascavel, o desconhecimento dessas imigrantes sobre os direitos dos

quais dispõem, que vão desde a gratuidade da saúde e inclusive os desdobramentos para os filhos e o resto da família. A possibilidade de trabalhar fora de casa e os direitos trabalhistas específicos para mulheres gestantes e as leis de proteção às vítimas de violência doméstica, para os possíveis casos que se aplicam.

Logo ao analisar aqui a saúde através da sua dimensão ampliada de bem-estar não apenas físico, social senão também psicológica, se fará necessário verificar nos trechos abaixo um certo dilema com relação ao grupo de mulheres haitianas que sofre de uma elevada taxa de desemprego, por causa da crise nacional, que afeta atualmente o município de Cascavel e principalmente os migrantes haitianos e também mais adiante uma certa contradição nas demais respostas dadas pelas haitianas que foram opinar sobre as razões pelas quais não recomendaria o SUS a um outro ou uma outra conterrânea. Pode se tomar como exemplo a fala da mulher haitiana Eud quem afirmou “nunca consegui ser atendida nos postos, porque dizem que tenho que agendar antes. No serviço particular me atendem” (Eud, 28 anos). Da mesma forma a Liliana disse “Às vezes quando eu vou ao posto de saúde, têm brasileiros que vêm e te encontrem lá antes e passam eles na sua frente” (Liliane, 40 anos).

Apesar das haitianas avaliaram positivamente o atendimento nos serviços públicos de saúde de Cascavel, há uma percepção por partes dos imigrantes em geral no Brasil, de que o acesso não é amplamente garantido em todas suas dimensões, já que estatisticamente a nível regional estudos feitos para avaliar o acesso e a qualidade do acolhimento conduzem a afirmar o contrário, tomando como exemplos entre outros municípios do sul do Brasil, Chapecó – Santa Catarina, Porto Alegre – Rio Grande do Sul, Belo Horizonte – Minas Gerais. Cuiabá – Mato Grosso, Manaus – Amazonas (BARBOSA, et al.). Outro indicador marcante é o número de consultas de pré-natal entre as mulheres negras, pardas e outros grupos no país, a mortalidade materna, o número de parto elevado entre as adolescentes negras (PNSIPN, 2016). Segundo uma outra pesquisa de acompanhamento das mães em Mato Grosso, os recém-nascidos de mães haitianas nascem com baixo peso quando comparados aos de mães brasileiras (BATISTA, 2018). As mulheres haitianas quando questionadas acerca de suas experiências como usuárias dos serviços públicos do município de

Cascavel, por meio dessas narrativas evidenciam uma dificuldade em identificar o posto de saúde como serviço público.

“Eu utilizei nenhum serviço público, porque você sabe no Brasil, se você não domina ainda o Português, tem muitas coisas que você não poderá fazer” (Didine, 26 anos).

“Eu tenho dificuldade com o português para interagir com eles (ACS), eu somente os deixo entrar para inspecionar a minha casa” (Nardine, 39 anos).

Uma grande dificuldade reside em compreender o funcionamento das Unidades de Saúde da Família e o impedimento de ter um contato eficiente com as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) devido ao domínio restrito do idioma que os dois lados utilizam. Isso tudo demonstra que, entre outras limitações, as redes de apoio social não conseguem passar todas as informações necessárias e que tampouco os ACS sendo os principais canais de educação e de comunicação sobre campanha de vacinação do Sistema Único Saúde, neste caso específico não conseguem atingir esta comunidade para dar as informações necessárias, entre outras como confecção do cartão SUS, horário de funcionamento das Unidades e o território que a rede cobre.

Segundo o que relembram Sargent e Leclanché (2011), um ponto crucial a enfatizar é que a partir do momento que se abre a discussão sobre a saúde no contexto dos sujeitos sociais em processo de migração, deve-se prestar atenção que além da dimensão biológica análoga aos fluxos migratórios, esses sujeitos não se deslocam somente entre fronteiras físicas senão também entre sistemas de saúde organizados muitas vezes de formas diferentes. Por estas razões, essa lacuna na procura pelos serviços de saúde por parte dos haitianos no geral e das haitianas é uma prática social recorrente no país de origem. No caso do Brasil a falta de informação, de um contato humanizado, de algumas estratégias específicas ou iniciativas personalizadas por parte do ACS pode não influenciar este comportamento e deste modo impactar negativamente os indicadores de saúde da comunidade haitiana de Cascavel (SARGENT; LECLANCHÉ, 2011).

As comunidades haitianas lançam gritos invisíveis por mudanças no sentido de provocar o nascimento de uma nova sociedade mais integrativa para todos. A constituição haitiana de março de 1987 conferiu ao Estado a obrigação de garantir o direito à vida, à saúde, ao respeito pela pessoa humana, a todos os cidadãos sem

distinção, mas na construção do Estado democrático após a ditadura alcançou implementar políticas públicas que garantem o acesso à informação como um direito. Como resultado disso, percebe-se que muitas haitianas não conseguem reivindicar e identificar os serviços públicos como tal, além da presença dos serviços de saúde emergenciais prestados pelas ONGs e a presença forte dos médicos cubanos. No Haiti os serviços de saúde são fornecidos no nível do sistema sem padronização de protocolos, padrões e custos nos setores público e privado. Há uma perda de eficiência do serviço, devido ao fato de que a complementaridade dos diferentes níveis de atenção não está sendo explorada. Aquela situação favorece a falta de continuidade e abrangência, bem como a duplicação de serviços em algumas regiões, enquanto outras estão completamente ausentes. Os cuidados básicos de saúde ainda não estão disponíveis para toda a comunidade, apesar da reorganização considerada pelo Ministério da Saúde e da População (MSPP) que prevê a prestação de cuidados preventivos, curativos, ambulatoriais e hospitalares em quatro níveis por meio do Centro de Saúde, segundo Wamai e Larkin (2011).

Apesar do discurso das mulheres haitianas permitir deduzir que a maioria delas não tinha o domínio de um nível intermediário do idioma português, até os dias de hoje se sabe ainda pouco a respeito das comunidades haitianas no Brasil, pouco sobre a cultura haitiana e os comportamentos tradicionais do Haiti. Se em algo se corrobora é que a reabilitação e a manutenção da saúde humana dependem de muitas dimensões, todas derivam da interação entre as características físicas, psicológicas e sociais da natureza humana. Por isso não se pode resumir a dificuldade de entender o funcionamento dos SUS, a dificuldade de admitir os serviços de saúde como serviços públicos, o contato parcial das Agentes Comunitário de Saúde de Cascavel com as mulheres haitianas a um único parâmetro do bloqueio comunicacional, de outra forma dita os problemas linguísticos (CAPRA, 2006).

Ocorre um fenômeno complexo nessa busca pelo acesso a saúde, a falta do altruísmo, o que pode ser denominado de distanciamento simbólico, dentro da relação de poder que se constrói entre o imigrante e o trabalhador da saúde na base do capital simbólico. O desenvolvimento de uma postura hierárquica ou subordinada, muitas vezes não caracterizada pela vontade expressa senão uma manifestação do subconsciente entre ambas partes. Aquele distanciamento é produto de crenças e hábitos, barreiras culturais, linguísticas e comunicacionais que abalam os indicadores de saúde da mulher negra, pobre e imigrante (BOURDIEU, 1996).

Se sente claramente uma certa resistência no comportamento das haitianas em acudir aos centros de saúde e quando elas aderem aos cuidados de saúde isso acontece em último recurso. Como se verifica nos trechos de Roxane “Eu vou no hospital somente quando eu estou doente” (Roxane, 38 anos). E também nas falas de Zama “Perto da minha casa tem uma unidade de saúde, mas eu não vou porque não fiquei doente ainda” (Zama, 29 anos).

“[...]As haitianas fazem pouco o preventivo, principalmente aqui a gente tem visto mais procura por curativa[...]” (ACS, 11 anos, USF).

Até este ponto nos depoimentos recolhidos, tanto das haitianas quanto da Agente Comunitário de Saúde, fica evidente que a procura pelas unidades de saúde na concepção dos sujeitos fica na última instância, já que a visão que algumas mulheres haitianas entrevistadas têm da saúde é hospitalocêntrica e ainda menos preventivista. Uma possível explicação a esse comportamento sociocultural pode ser relacionada com o baixo grau de escolaridade, o fato de que para o migrante haitiano, a procura pelo serviço de saúde ainda em um estágio inicial de desconforto ou mal-estar não faz parte dos seus hábitos culturais, já que aquilo representaria um gasto.

Considerando que no país de origem o acesso a saúde mesmo sendo um bem jurídico que deveria ser protegido, o Estado haitiano não tem as condições de prover uma cobertura universal e sem custo a população. Veem-se agregando a essa situação a mercantilização a preços elevados dos serviços médicos e farmacêuticos onde raramente estão disponíveis. No contexto da migração haitiana para a cidade de Cascavel, muitas das mulheres migrantes recém-chegadas desconhecem os princípios doutrinários e organizativos que regem o funcionamento do SUS, a esse fator pode se juntar a resistência que elas têm decorrentes mais uma vez das dificuldades linguísticas e por causa dos horários de trabalhos não compatíveis com os horários de funcionamento das unidades de saúde. A necessidade de permanecer no posto de trabalho para cumprir a carga horária, o medo de perder essa autonomia financeira recém conquistada e o desconhecimento dos seus direitos básicos reforçam e resultam na priorização do trabalho sobre a saúde.

Nos trechos abaixo decide-se fazer o cruzamento entre as narrativas de algumas haitianas e de alguns trabalhadores da saúde para poder ilustrar e analisar melhor as dimensões do acolhimento neste estudo.

[...] na época tinha um médico, ele traduziu em crioulo haitiano as coisas no seu computador [...] quando eu tinha apenas chegado, eu não falava porém, enfim, técnicas, conhecimento, você sabe quando as pessoas vão para escola (formadas, treinadas e preparadas) não necessitam que unicamente você aprenda o idioma, te colocam no ambiente e se colocam também no seu lugar. Apenas dizemos duas palavras que eles já nos entendem. O que eu quero dizer com isso, se falo para eles *“tét mwen ap fém mal”* para dor de cabeça e rapidamente me entendem. Toco a minha barriga e eu falo “dor” já é o suficiente (risadas). Ao passar dos tempos, quando eu pude falar frases completas que já havia um entendimento (Ema, 32 anos).

Quando eu estava grávida, vivia num bairro onde tinha um ginecologista...eu tinha entrado como pela primeira vez, por comparação a outros, ele não me agradava. Primeiramente ele não era receptivo, não fazia o acolhimento. Ele conversava com o tom rude e a sala dele estava suja de sangue do último atendimento. Eu não podia respirar. Eu comecei a me questionar sobre a prática dos ginecologistas, mas graças a Deus, eu me mudei de região. Tinha parado de ir desde a primeira vez. O lugar que eu fui depois, o médico que conversava comigo, era mais agradável. Ele perguntava sobre o meu estado de saúde, as medidas de precauções, cuidados com o bebê. Pois, a sala de atendimento era diferente. Tudo isso dito, se eu tivesse que orientar alguém eu o recomendaria para não ir no primeiro lugar senão no segundo. Por exemplo o médico que te falei que ia, pois, algo tinha crescido no meu dedo do pé. Ele me perguntou se tinha batido o pé (bateu, bateu?) daí *“li frape tab la”*. Esse gesto de comunicação me ajudou muito senão eu não ia entender nada porque tinha ido à consulta sozinha aquele dia (Mani, 25 anos).

Às vezes a dificuldade é mais essa no entendimento da língua, mas no sentido de acolher e de receber nós não temos problema [...]. Não no sentido o acolhimento em si para o atendimento à saúde a gente não tem dificuldade, é só uma questão da comunicação mesmo (Gerente, USF).

Nós chegamos para visita domiciliar né, e ali a gente faz orientação para eles né sobre saúde, perguntando se estão todos bem de saúde né. Você está tudo bem? Você tem criança, gestante? É feito ali um cadastro né ali tem as perguntas, tudo ali certinho, então é esse acolhimento que a gente faz né e assim orientamos eles a qualquer necessidade que eles tiverem, procurar a UBS ou USF do bairro (ACS, 9 meses no SUS).

O acolhimento é feito como é feito para todas as outras pacientes, não tem nenhuma discriminação, nem nada, eu acho que elas entendem melhor a gente, melhor do nosso idioma, melhor do que a gente fala, do que a gente entende elas. Mas o acolhimento é feito igual para todos os pacientes (Enfermeira, SUS).

Não tem diferença assim por ela ser haitiana ou não né; o fluxo seguido é o mesmo para qualquer um. O brasileiro ou estrangeiro vai geralmente chegar na recepção, como nós somos aqui uma Unidade de Saúde da Família, a gente sempre pede o comprovante de endereço para ver se realmente reside no bairro, vai passar pela recepção e no caso se faz o cadastro se realmente for do bairro tal. Vai seguir o processo legal né, recepção, os técnicos, enfermagem. Se for consulta vai ser agendado, vai ser encaminhado para consulta normal não tem diferença não (Enfermeira, 5 anos, SUS).

O novo modelo de acolhimento, como ferramenta chave está inserido dentro da política nacional de humanização do SUS para que ele possa cumprir entre suas metas aumentando o nível de qualidade da atenção à saúde para o usuário.

Dessa forma, o perfil do profissional da saúde que atua hoje no sistema deve se adequar as necessidades da contemporaneidade onde o Brasil observa a cada ano um crescimento da sua população migrante. Por isso, as instituições formadoras dos atores que atuam em contato direto com os migrantes devem desenvolver no seu cotidiano habilidades e competências interculturais, aumentar a sensibilidade pela diversidade sociocultural. Já que no campo do cuidado e da atenção à saúde a abordagem de inclusão se torna uma estratégia que se alinha com as especificidades e as potencialidades da população migrante. Sob esse mesmo ponto de vista, o grau de acolhimento que se objetiva alcançar por meio de uma escuta especializada do outro, de maneira que se possa praticar a alteridade, no sentido de poder deslocar a atenção da perspectiva biológica do paciente doente para acolher suas angústias, frustrações, trajetória e condições de vida (PNPS, 2014).

De antemão, o profissional da saúde deve se fazer responsável pelo usuário desde no balcão de recepção até chegar a resolução do seu problema, acompanha-lo numa escuta com dignidade para assim construir junto a ele um vínculo forte e colocar o usuário como coparticipante do processo terapêutico, atribuindo-lhe autonomia e a oportunidade de ser realmente protagonista da sua condição social (SANTOS-FILHO, 2007).

De acordo com a necessidade de dar orientação ou de passar uma informação suplementar ao usuário, o acolhimento equitativo precisa ser exercido com mais critérios. Seguindo a linha de pensamento do médico sanitário Emerson Elias Merhy, o processo de trabalho em saúde não requer um acolhimento técnico, despersonalizado senão que é preciso criar mais conexões humanas no “agir em saúde” (MERHY, 2014).

À primeira vista, logicamente todos têm direitos iguais à saúde, mas a diferença do público habitual brasileiro quando se discute o acolhimento do migrante haitiano no contexto de Cascavel, muitos desconhecem as leis do Brasil. Como se fez referência nas falas da maioria das trabalhadoras de saúde entrevistadas que simplesmente marcam consultas para as haitianas, as orientam a fazer os exames preventivos e as encaminham para o enfermeiro ou a médica. O fato de não conhecer a realidade social das haitianas faz com que muitas vezes não se possa resolver o problema que as levou a procurar a unidade de saúde e que muitas vezes depende também de outros fatores inclusive aqueles presentes no grupo familiar.

Seguem relatos dos trabalhadores das unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família quando foram feitas uma série de perguntas acerca dos canais de acesso a informação, canais de educação e comunicação com a comunidade haitiana de Cascavel. Entre os elementos observados nos resultados deste estudo preferiu-se dar uma ênfase especial à importância da atuação dos agentes comunitários de saúde.

A gente só recebe quem vem aqui no Balcão né. Eu não sei como que eles chegaram até aqui, quem informou, mas eu acredito que seja o agente comunitário de saúde ou a própria população pela comunicação entre eles (Atendente, USF).

A gente tinha muita dificuldade, então a gente fazia gestos e tal. Daí quando eu conheci a Natacha, ela já se esforçou bastante. Então eu ligava para ela, daí a Natacha falava com eles. Ela traduzia para mim, eu passava para ela. Então a Natacha era como nosso porto seguro (ACS, 12 anos, USF).

Os filhos estão indo na escola e a criança tem mais facilidade de aprendizagem, elas já falam português, mas os pais não, então a gente busca ali o contato com os filhos que já tem um pouco de entendimento ali às crianças para poder elas transmitirem a informação para os pais só que isso é uma coisa a gente fica, como vou te falar; a gente fica com um receio porque a gente não sabe se a criança entendeu 100% da informação para poder passar corretamente para os pais e não existe nenhum intérprete da comunidade dos haitianos que vêm aqui acompanhar porque eu acho que nem tem condição também né, como não sei quanto as famílias têm Cascavel; mas muito, então dificilmente um representante da comunidade de vocês conseguiria tá acompanhando todas as famílias em atendimento de saúde, atendimento jurídico, atendimento do que for necessário (Assistente social, 11 anos, UBS).

No município de Cascavel está implementado e vem funcionando desde muitos anos a estratégia de saúde da família. Criada em 1997 pelo governo federal do Brasil, para substituir e permitir a ampliação do programa de saúde da família durante o período de consolidação da Política Nacional de Atenção Básica. A estratégia de saúde da família visa atingir um padrão de atenção integral a saúde onde se fortalecem o vínculo entre o território de abrangência, as famílias nele contidas e os trabalhadores da saúde; tendo o agente comunitário de saúde como principal interlocutor e facilitador desse processo social humanizado, promovendo a saúde através de ações educativas e velando pela qualidade do atendimento enquanto respeita as necessidades individuais e coletivas da comunidade (SHIMIZU, 2012).

A fundamentação do ACS como um ator político e aliado que desempenha um papel estratégico tanto na unidade básica de saúde ou unidade de saúde da

família dentro da equipe multiprofissional quanto nos bairros de Cascavel sendo também um morador que está perto dos vizinhos, escutando suas queixas, sempre tentando resolver os seus problemas e esclarecer suas dúvidas quanto a agendamento de consultas e exames, mas recebendo também as sugestões das lideranças comunitárias.

Ao efetuar as visitas domiciliares, os agentes comunitários de saúde têm a oportunidade de diagnosticar a realidade das moradoras haitianas dos bairros em que eles têm a responsabilidade de cuidar. Ao mesmo tempo os ACS dentro de suas atribuições fazem o cadastro de novas famílias e atualização dos grupos familiares existentes. Fato aquele que colocam os ACS em permanente contato com a comunidade haitiana, mas com algumas limitações por causa dos fatores socioculturais e das restrições linguísticas. Estes últimos aspectos fazem com que o ACS tenha que recorrer à equipe de saúde ou a outro membro da comunidade haitiana que possa auxiliar na comunicação e na troca de informações e ações educativas em saúde importantes para o imigrante e o resto da sua família.

Vale colocar um acento sobre o risco culposo, de uma prática clínica que visa um atendimento panaceia. Muitas vezes além da utilização de outras ferramentas eletrônicas para a tradução ou por meio de um agente profissionalmente habilitado; o apoio de um acompanhante haitiano, amigo, parente ou filho é solicitado na unidade com o propósito de facilitar o diálogo entre o profissional da saúde e os imigrantes que não dominam o idioma português. Se por um lado a prática é comum e efetiva, por outro lado ela é involuntariamente inapropriada quando acarreta em um problema delicado por violar a privacidade do usuário, a confidencialidade dos resultados do seu diagnóstico e coloca uma outra questão sobre a responsabilidade civil desse profissional que pelo intermediário de uma criança, orienta a receita de um medicamento cujo mal consumo pode colocar a vida do paciente em risco e deixar sequelas irreversíveis no caso das mulheres haitianas grávidas.

Quando interrogados sobre quais foram as principais demandas das imigrantes haitianas em Cascavel e como se desenvolveram o atendimento a essas usuárias do sistema único de saúde a nível do município, o discurso dos profissionais de saúde salienta que as consultas de pré-natal são o principal motivo para procurar a unidade de saúde.

Chegou semana passada, uma gestante, aí a gente já acolheu, encaminhou para fazer ou ela até já tinha vindo consultar fazer com a médica só que não tinha feito o exame Beta ainda. A gente encaminhou para fazer o exame Beta confirmou os mesmos já está salva, já tinha feito a consulta foi encaminhada para o enfermeiro, já abriu o pré-natal, já retornou para constar que está acompanhando (Gerente, USF).

Tivemos duas gestantes que foram as mulheres haitianas que mais frequentam a unidade e que eu lembro, mas assim elas procuram mais quando tem alguma dor, alguma coisa assim. Eu acho que elas não têm aquela rotina de prevenção, acho que eles procuram quando estão com algum problema, que elas acham daí que precisa do médico (Enfermeira, 5 anos, UBS).

No contexto brasileiro as mulheres grávidas têm a proteção do seu direito a saúde garantida tanto na Constituição Federal quanto nas leis estaduais, através de programas como por exemplo: Mãe Paranaense, onde elas ganham um conjunto de incentivos para realizar o acompanhamento médico durante a gravidez denominado pré-natal, mas no Haiti esses procedimentos não estão incorporados na mentalidade das haitianas de modo geral. A isso se devem bloqueios socioculturais e financeiros que permeiam o debate sobre o comportamento ineficiente do sistema de saúde do Haiti que não conseguiu até hoje cobrir toda a sua população feminina com a assistência medical necessária, segundo Sargent e Larchanché (2011).

Lamentavelmente as pesquisas feitas sobre a saúde das mulheres que migram para o Brasil e para outras partes da América Latina registram que há desigualdades entre a qualidade de vida e de saúde dessas minorias étnicas durante o período reprodutivo ativo. Essa população gestante faz uso em menor frequência dos serviços públicos de saúde por falta de conhecimento. Por consequência as mulheres migrantes viesadas pelo estado migratório irregular ou temporário muitas vezes desconfiam dos profissionais de saúde, por medo de serem denunciadas, acabam não tendo acesso aos acompanhamentos pré-natais ou recebem a informação que tem direito as consultas de pré-natal com bastante atraso após o início da gestação. Também acabam apresentando uma menor taxa de utilização dos métodos contraceptivos, maior exposição às doenças sexualmente transmissíveis ou por falta de informação sobre a aquisição de suplementos nutricionais terminam passando por uma gravidez de alto risco tanto para elas quanto para os futuros impactos sobre o peso dos recém-nascidos (ALLENBRANDT et al, 2017).

A esse quadro clínico vem se agregando no contexto das mulheres haitianas de Cascavel o peso dos câmbios migratórios estressantes. Aquém do sofrimento psicológico, da falta das práticas tradicionais de parto natural no interior do país de origem, o ritual do banho do recém-nascido, o distanciamento entre a gestante e os parentes próximo que muitas vezes não acompanham ela na nova face tão delicada, criam-se debilidades nas redes de apoio social que logo resultam em um aumento das taxas de complicações pós-parto (RAMOS, 2010).

Ainda no que se refere aos trabalhadores da saúde das unidades de saúde participantes de Cascavel, quando se investigou acerca de algum curso de aprimoramento/capacitação e se era oferecida alguma qualificação por parte da prefeitura para cobrir as dimensões socioculturais do atendimento às mulheres haitianas ou se já tinha sido criada alguma estratégia de acolhimento que fosse voltada especificamente para as mulheres haitianas, todas as respostas conduzem a pensar que não houve a criação de iniciativas alguma.

[...] Estratégia especificamente para haitianos não, porque quando recebemos eles como igual os brasileiros. Da mesma maneira que a gente recebe as brasileiras que tinha recebido. Então ela vem, o acolhimento é o mesmo, a gente encaminha faz todos os procedimentos da mesma maneira que faz para o brasileiro (Gerente, USF).

No momento ainda não foi criada assim uma iniciativa né, foi trocado ideia, sobre ali a gente troca ideias entre nós, a gente conversa. De fazer um cursinho de língua, de francês alguma coisa assim para ajudar (ACS, 9 meses, UBS).

Qualquer problema identificado na hora da visita do agente comunitário de saúde, eles imediatamente já passam para a gente que nós somos a equipe técnica especial, assistente social, enfermeiros, coordenadores, médico. Então eles já procuram passar para nós para a gente tentar solucionar resolver a situação encontrada ali na residência. Então na realidade é uma sensibilidade maior da nossa parte, mas não é assim criamos alguma estratégia, a gente só fica mais atento a essas famílias que a gente sabe da dificuldade da comunicação (Assistente Social, 11 anos, UBS).

Com relação a forma como as haitianas são atendidas no cotidiano do serviço de saúde em Cascavel, a maneira como se estabelece a comunicação entre os profissionais da saúde e elas demonstra necessidade de implantação de protocolos que possam ampliar a forma de acolhimento, tomando como base de análise os discursos acima, no momento de fazer um julgamento clínico ou de registrar dados

sem levar em conta o princípio da equidade do SUS no contexto das diferenças e inequidades que possam sofrer essa minoria.

Segundo Reis e Costa, relatam-se que no ano de 2012 um estudo clínico corroborou em demonstrar que a não utilização de uma estratégia específica que valorize e implica no reconhecimento das especificidades culturais, as barreiras linguísticas resultam em choques e dificuldades de operar um tratamento terapêutico para os pacientes (REIS; COSTA, 2013).

A equidade enquanto um princípio doutrinário elencado na lei orgânica 8080/ 90 do SUS, reitera que além de garantir o acesso igualitário e de forma integral a todos os níveis de atenção, a assistência medical e farmacêutica, mas também conforme uma proteção coletiva e sobretudo individual do cidadão. Conforme as necessidades de cada pessoa, seja ela migrante haitiana ou não, o servidor público deve promover e fazer jus ao respeito da abordagem holística.

No intuito de investigar a dimensão de gênero que comporta as migrações na contemporaneidade, ao final da entrevista com os trabalhadores da saúde, lhes foram perguntados acerca de suas percepções no âmbito da saúde de como se manifestam as relações de poder dentro da comunidade haitiana. Os relatos transcritos embaixo não permitem lançar uma análise em profundidade sobre o assunto tendo em conta que a vinda dos haitianos e das haitianas para o município de Cascavel é recente e que o período de contato dos trabalhadores da saúde ainda não favoreceu uma observação nessa magnitude.

Tem uma das meninas que vem aqui ela sempre vem com dois meninos. Então quem fala mais é ela até porque ela fala melhor o português do que eles dois, então ela atende à necessidade dos dois e dela também (Atendente, USF).

Ela (haitiana) veio sozinha, depois ela apareceu com outra pessoa, mas eu acho que porque ela não sabe nem conseguia se expressar muito bem, ela entendia tudo que eu falava, mas ela não conseguia se expressar, aí um outro momento veio o marido dela junto (Enfermeira, USF).

Eu acho também que é uma questão da comunicação. Para que o homem ele está tendo mais facilidade de falar a língua, de interagir, de se comunicar. A mulher, ela está mais reservada; mas nos meus atendimentos eu não identifiquei nenhuma situação de violência doméstica. E assim, nem muito forte a questão de gênero mesmo. Eu noto que eles têm uma relação muito boa, se respeitam bastante; só que cada um com a sua forma de se expressar (Assistente Social, 6 anos, USF).

Ele demonstrou preocupação com a saúde da esposa. Então assim foi algo bom, foi uma boa impressão que eu tive, não sei a nível geral, mas da parte

dele aparentemente eu não percebi nada da questão de agressão, questão de indiferença. Eu não o percebi indiferente, pelo contrário eu percebi que ele buscou informação e buscou solucionar o problema. Não são todas as vezes que eles vêm junto tá! Eles às vezes vêm e ficam lá fora esperando, deixam mais a mulher e a criança aqui dentro (Assistente social, 11 anos, UBS).

O pesquisador Marinucci (2007), ao abordar estudos sobre os processos migratórios aponta que se criou um viés generalista pelo fato de inúmeras vezes analisar o tema na sua concepção homogênea, as vivências e experiências dos sujeitos que migram de forma coletiva, enquanto a literatura menospreza uma análise dos acontecimentos individuais que levam em consideração as particularidades que marcam a vida das mulheres migrantes.

A partir dessa colocação pode-se fazer uma analogia junto com a experiência migratória vivida pelas mulheres haitianas em Cascavel e a barreira idiomática. Sabendo que o gênero enquanto uma construção social, cultural e histórica, ele é um conceito ainda pouco discutido no país de origem para não dizer tabu.

Entre as falas dos profissionais é interessante perceber que não foram mencionados resquícios de violência de gênero, violência doméstica ou qualquer forma de submissão das mulheres haitianas aos seus compatriotas do sexo masculino, pelo contrário abriu-se caminho para pesquisar se a migração enquanto fator que propicia uma nova oportunidade para as mulheres haitianas de conseguir melhorar suas condições de vida, de conseguir trabalho não favoreceria a aquisição de uma certa autonomia. Também vale pensar se o fato das mulheres serem aquelas que tem menos domínio da língua portuguesa, por estarem a menos tempo no Brasil, não seria uma prova associada a condição de vulnerabilidades que afeta principalmente esta classe, sabendo que elas têm menos acesso à educação e sofrem de mais discriminação para conseguir se encaixar no perfil de trabalhadores que os negócios de frigoríficos de Cascavel desejam.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nestes últimos anos o município de Cascavel no Paraná foi o palco de um dos grandes fluxos da migração haitiana para o Brasil. Dos primeiros cidadãos do Haiti que se estabeleceram definitivamente na cidade, principalmente por motivo de trabalho e buscando reconstruir suas vidas, relatos permitem afirmar que entre os

anos de 2010 e 2011 os de sexo masculino representavam 95 % dessa população, mas nos anos posteriores houve um aumento da chegada de mulheres haitianas, conforme as reunificações de família e as o fortalecimento das redes de migração em cadeia. Mesmo sendo um fenômeno complexo e global, no Brasil a configuração do processo migratório no contexto das pessoas de nacionalidade haitianas por não seguir o padrão eurocêntrico ao qual o país estava acostumado, na conjuntura duma nova política migratória em que os haitianos eram beneficiários do visto humanitário e da situação de refúgio. A presença dos haitianos no Brasil em geral revela as fraquezas que o estado brasileiro tem em garantir o direito de acesso aos serviços públicos ditos prioritários e implementar as ações governamentais tais como: na educação, na saúde e nos serviços sociais. Tanto as autoridades locais quanto a sociedade civil fazem frente a esse novo perfil sociocultural, os desafios para a integração se entrelacem nas barreiras comunicacionais e econômicas que dificultam a inserção dos haitianos em Cascavel. Neste sentido esta pesquisa de referencial qualitativo teve a pretensão de investigar as dimensões de migração, de gênero e étnica e sua importância no quesito do acesso e do acolhimento das mulheres haitianas nos serviços públicos de saúde de Cascavel, Paraná. Os resultados desse estudo possibilitaram elencar num primeiro momento que migração haitiana para o Brasil apesar de seguir um padrão de rede em cadeias onde os primeiros homens haitianos que chegaram no Brasil, após alcançar a estabilidade de emprego economizam para poder trazer o resto da família ou algum parente próximo, oferecendo lhe orientação e auxílio financeiro ou moradia durante os primeiros dias de adaptação no país de destino assim criando uma forte rede comunitária de apoio. Em segundo momento, é demonstrado que em Cascavel a presença das mulheres haitianas nos postos de trabalhos se intensificou a partir dos anos de 2015 e 2016, o que implica no ganho de mais autonomia e independência financeira. Portanto, a Saúde Coletiva enquanto um campo interdisciplinar se preocupou em abordar as migrações, o estudo das populações com uma ênfase criteriosa sobre como as limitações comunicacionais, a necessidade de uma formação dos profissionais da saúde frente ao componente da diversidade cultural, as discriminações e desigualdades socioeconômicas podem afetar o nível de saúde, não somente dos migrantes haitianos de forma homogênea senão também desde a perspectiva dos condicionantes específicos das mulheres haitianas, já o processo migratório as expõe a mais vulnerabilidades e inequidades em saúde. A maioria das mulheres haitianas

declararam ter acesso aos serviços públicos de saúde de Cascavel relatando satisfação com o atendimento recebido, os profissionais de saúde afirmaram não haver impedimento em lidar com as diversidades identitárias e dão atenção a essa população estrangeira com o mesmo grau que atendem aos nacionais. Apesar dessa relação satisfatória, percebe-se que o acolhimento dado às haitianas tem uma tendência técnica e não cobre as dimensões socioculturais, linguísticas e outros fatores socioculturais que fragilizam mais o seu estado de saúde tais como a passividade machismo enraizado no passado colonial do país de origem, as classes sociais e por último o comportamento a procurar uma possível resposta as doenças na religião de matriz africana chamada vodu.

Espera-se que no Brasil, estratégias diferenciadas possam ser desenvolvidas de acesso e acolhimento em saúde respeitando a diversidade sociocultural por meio de oficinas de qualificação não somente sobre as línguas que falam os haitianos senão tempo sobre a cultura do outro. É preciso organizar encontros com as lideranças haitianas e empoderá-las sobre seus papéis na comunidade e os direitos que seus compatriotas têm. Também se espera que se faça uso de um modelo sustentável de educação no qual mulheres migrantes possam atuar como participes do seu processo de formação na ótica de melhorar seus indicadores de saúde, sobretudo para as gestantes. Para atingir este fim acredita-se que o apoio e a instrumentalização técnica dos Agentes comunitários de saúde serão essenciais nesse processo de educação em saúde para sensibilizar as gestantes a procurar fazer precocemente o pré-natal, tendo o sanitarista um espaço estratégico de articulação entre usuários e profissionais de saúde. A nova lei de migração promulgada no dia 21 de novembro de 2017 não se consolidará sem uma efetiva implementação das políticas intersetoriais.

- A este respeito, acreditamos que este trabalho permitirá uma nova leitura por parte dos profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família sobre as dimensões do acesso universal à saúde e da equidade, do acolhimento, da aceitabilidade, e disponibilidade a nível do município de Cascavel, Paraná e do Brasil em relação às mulheres haitianas.
- Salientar não somente o profissional da enfermagem senão também os demais profissionais das equipes de Saúde da Família na participação do acolhimento ao imigrante.

- Fomentar debates para a construção coletiva e a implantação de uma política de saúde para os imigrantes em geral, seguindo o exemplo do município de São Paulo e de outros países latino-americanos como o Chile.
- Promover a saúde integral da população migrante, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais.
- Colocar ênfase sobre a inclusão dos temas migração, gênero, preconceitos e saúde da população negra nas grades curriculares universitários e nos programas de educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social no âmbito do sistema de saúde brasileiro.

9. REFERÊNCIAS

ALLEBRANDT BL et al, **Estudo sobre uso de métodos contraceptivos e planejamento familiar com imigrantes haitianas**. In: SEMINÁRIO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 23., 2017, SEMINÁRIO INTEGRADO DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO, 10., 2017, MOSTRA UNIVERSITÁRIA, 8, 2017, Santa Catarina. revista SIEPE: Unoesc. Disponível em: <<https://editora.unoesc.edu.br/index.php/siepe/article/view/14059>>. Acesso em: 13 jun. 2018.

BATISTA, Delma Riane Rebouças; GUGELMIN, Sílvia Angela; MURARO, Ana Paula. **Acompanhamento pré-natal de mulheres brasileiras e haitianas em Mato Grosso**. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant., Recife, v. 18, n. 2, p. 317-326, junho 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292018000200317&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 26 nov. 2018.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011. p. 229.

BARBOSA, Mayara Lima et al. **Assistência à saúde prestada pelo SUS: a experiência de estudantes estrangeiros**. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, e20160092, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000400210&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 26 nov. 2018.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil, 1988**. Brasília: Senado Federal. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/constituicao>>. Acesso em: 15 nov. 2017.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei 7.876**, de 13 de junho de 2017. Brasília, 2017. Disponível em: <www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2141497>. Acesso em: 21 jun. 2017.

CARVALHO, A. I.; BARBOSA, P. R. **Políticas de saúde: fundamentos e diretrizes do SUS**. CAPES: Florianópolis, 2010. Disponível em: <file:///C:/Users/Edilene/Downloads/Políticas_de_Saude_GS_Miolo_Grafica_10-08-10.pdf>. Acesso em: 02 nov. 2017.

CORAZZA, M. População haitiana na região se aproxima de três mil. **Jornal Gazeta do Paraná**, Curitiba, PR, 06 de jan. de 2016. p. 1 Disponível em: <http://cgn.uol.com.br/noticia/161207/populacao-haitiana-na-regiao-se-aproxima-de-tres-mil>. Acesso em: 14 sep. 2017.

MORIN, E. Introdução ao pensamento complexo. 4ª ed. Porto Alegre: Sulina; 2011.

FERNANDES, Duval (coord.). **Estudos sobre a Migração Haitiana ao Brasil e Diálogo Bilateral**. Belo Horizonte: Ministério do Trabalho e Emprego; Organização Internacional para Migração; PUC-Minas, 2014. Disponível em: <Http://portal.mte.gov.br/trab_estrang/publicacoes.htm>. Acesso em: 31 ago. 2017.

GARCIA CANCLINI, N. **Culturas Híbridas**: Estratégias para entrar e sair da Modernidade. 4a ed. São Paulo: Edusp, 2006.

HALL, S. **Identidades culturais na pós-modernidade**. Porto Alegre: DP&A, 1997.

HANDERSON. A historicidade da (e)migração internacional haitiana. O Brasil como novo espaço migratório. **PÉRIPLoS. Revista de Pesquisa sobre Migrações**, v. 1 n. 1 (2017), p. 7, jan. 2018.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativa populacional/Cascavel. 2018. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/cascavel>>. Acesso em 19 dez. 2017.

LÔBO, Jade Alcântara. Racismo e Patriarcado como Sistema Internacional: Uma Análise Antropológica das Relações Brasil-Haiti. 2017. 107 páginas. Trabalho de Conclusão de Curso Antropologia e Divesidade Cultural Larinoamericana – Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, ano.

JOLLY; REEVES. **Gender and Imigration: Overview Report**. Brighton: Bridge/Institute of Development Studies. Sussex, England. 2005. p. 22.

MARTINS, José Renato Vieira *et al.* **A diáspora haitiana: da utopia à realidade**. Disponível em: <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/brasilien/11203.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2017.

MEJÍA, M. G. *et al.* **As mulheres imigrantes na família transnacional Haitiana no brasil. Em: Territórios, Redes e Desenvolvimento Regional: Perspectivas e Desafios, Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. p. 9** Disponível

em:<<https://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/sidr/article/viewFile/16711/4244>>
Acesso em: 20 out. 2017.

NAÇÕES UNIDAS. **Informe sobre a Feminização quantitativa da Migração.** Disponível em: <<http://www.un.org/esa/analysis/wess/>> Acesso em: 10 nov. 2017.

RAMOS, N. **Gênero e Migração. Questionando Dinâmicas, Vulnerabilidades e Políticas de Integração e Saúde da Mulher Migrante.** In: FAZENDO GÊNERO, 9., 2010, Florianópolis. Diásporas, Diversidades, Deslocamentos. Florianópolis: Univ. Santa Catarina, 2010b.

WORLD BANK **The Migration and remittance factbook-2011.** World Bank Washington. Disponível em:<<http://siteresources.worldbank.org/INTPROSPECTS/Resources/3349341199807908806/Haiti.pdf>>. Acesso em: 07 dez. 2017

Lathéoriedupush/pullattacheautantvd'importancedansl'explicationdesmécanismesmigratoiresauxfacteursrépulsifsdupays d'origine qu'auxfacteursattractifsdupays de destination. Concernantlathéoriesurlarationalitédesindividusmigrants, voir Lee (1966 : 47-57).

SORKIN DH et al. Racial/ethnic discrimination in health care: impact on perceived quality of care. *J Gen Intern Med.* 2010; p. 2.

SHAIKH; HATCHER. **Health seeking behaviour and health service utilization in Pakistan:** challenging the policy makers. *J Public Health (Oxf).* 2004;27(1):49-54

WACHOWICZ, R. C. **História do Paraná.** Curitiba: Vicentina, 1988.

CAPRA, Fritjof. **O Ponto de Mutação.** 2006, Cultrix, São Paulo. p. 1–432.

MOROKVASIC, Mirjana. **Birds of Passage are also Women. The International Migration Review,** v. 18, No. 4, Special Issue: Women in Migration, p. 886-907, 1984.

LÔBO, J. A. **Racismo e Patriarcado como Sistema Internacional:** uma análise antropológica das Relações BRASIL-HAITI. 2017. P. 49.

HAÏTI, D E L A République D; EMBLEME, S O N; SYMBOLES, S E S. LA CONSTITUTION DE LA RÉPUBLIQUE D ' HAÏTI. 1987.

RIBEIRO DE OLIVEIRA, Antonio Tadeu. Os invasores: as ameaças que representam as migrações subsaariana na Espanha e haitiana no brasil. *REMHU - Rev. Interdiscip. Mobil. Hum., Brasília, Ano XXIII,* v. 44, n. 44, p. 135–155, 2015.

SLUZKI, Carlos E. Personal social networks and health: Conceptual and clinical implications of their reciprocal impact. *Families, Systems and Health,* v. 28, n. 1, p. 1–18, 2010.

Shimizu HE, Carvalho Junior DA. (2012). O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. *Cien Saúde Colet,* 2012.

TILLY, Charles. Migration in modern European history. *Human migration: Patterns and policies*, p. 1–44, 1978. Disponível em: <[http://faculty.utep.edu/Portals/1858/Tilly 1976 Migration in Modern European History Dpblue145.pdf](http://faculty.utep.edu/Portals/1858/Tilly%201976%20Migration%20in%20Modern%20European%20History%20Dpblue145.pdf)>.

WERNECK, Jurema. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde e Sociedade*, v. 25, n. 3, p. 535–549, 2016.

HIRATA, Helena; KERGOAT, Danièle. Novas configurações da divisão sexual do trabalho. *Cad. Pesqui.*, São Paulo, v. 37, n. 132, p. 595-609, Dec. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-15742007000300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 Nov. 2018.

MARINUCCI, R. Feminização das migrações? Disponível em: [http://www.csem.org.br/pdfs/feminizacao das migracoes roberto marinucci2007.pdf](http://www.csem.org.br/pdfs/feminizacao%20das%20migracoes%20roberto%20marinucci2007.pdf). Acesso em 11 de nov. 2018.

MARTINS, José de Souza. A vida entre parênteses In: A sociedade vista do abismo: novos estudos sobre exclusão, pobreza e classes sociais. Petrópolis/RJ: Vozes, 2002.

SANTOS-FILHO, Serafim Barbosa. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 999-1010, Aug. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232007000400021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 26 nov. 2018.

Merhy EE. Saúde: A Cartografia do Trabalho Vivo. 4ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2014.

SARGENT, Carolyn; LARCHANCHÉ, Stéphanie. Transnational migration and global health: the production and management of risk, illness, and access to care. *Annual Review of Anthropology*, n.40, p.345-361. 2011.

REIS, A.; COSTA, M. A. M. Cuidados de saúde a imigrantes: para uma cultura de segurança e confiabilidade. *Revista de Segurança Comportamental*, Lisboa, GA, v.7, p. 18-20, 2013.

ANEXOS

POSSÍVEIS PROPOSTAS DE AÇÕES EDUCATIVAS / ESTRATÉGIAS

1. TÍTULO
CIDADANIA E DIVERSIDADE: Estratégias itinerantes para o acolhimento do estrangeiro.
2. IDENTIFICAÇÃO DO COORDENADOR:
Lourdy Regis (graduando em Saúde Coletiva/UNILA)
3- EQUIPE / POTENCIAL PARCERIA
Associação Haitiana de Cascavel. Centro arquidiocesano da pastoral do migrante de Cascavel – PR. Docentes voluntários da UNIOESTE e da UNILA. Discentes voluntários da UNIOESTE e da UNILA.
4. ÁREA DE CONHECIMENTO ENVOLVIDA(S):
(X) Ciências humanas (X) Ciências Sociais (X) Ciências Biológicas (X) Ciências da Saúde
5. ÁREA(S) TEMÁTICA(S):
(X) Cultura e Artes (X) Educação e Cidadania (X) Promoção da Saúde (X) Idioma, trabalho e inclusão social _____
6. CARACTERIZAÇÃO DAS PROPOSTAS:
Público alvo: Comunidade haitiana de Cascavel – PR Nº de pessoas beneficiadas: + 900 Período de realização: +07 meses (Início: junho a dezembro de 2019). Local de realização: local cedido pela prefeitura ou igrejas de Município de Cascavel - PR

8. INTRODUÇÃO:

Após ter feito o mapeamento do quadro de acesso a saúde e do acolhimento das mulheres haitianas no SUS de Cascavel – PR, como futuro sanitarista achamos evidente pensar em ações, propostas e estratégias educativas que poderão contribuir na melhora efetiva dos mecanismos de integração social e inserção dos haitianos em todas as esferas da vida na cidade do Oeste Paraná. Para assegurar um nível de dignidade humana e cidadania completa que todos os seres humanos merecem e necessitam ter acesso a educação e saúde de qualidade. Fazendo ênfase especial sobre equidade em saúde que é um ‘dever’ e não deve se restringir à mera oferta de tratamento igualitário a todos, mas sustentar a disposição de reconhecer e respeitar as diferenças dos outros, traduzindo esse respeito em práticas e atitudes destinadas às necessidades de cada cidadão. O desenho de políticas de saúde que efetivem os princípios da universalidade e da integralidade coloca a promoção da equidade como efeito ou consequência da participação social na gestão das políticas públicas. A escuta e a consideração da particularidade de grupos sociais, por meio da construção junto aos mesmos de ações que respondam e espelhem suas necessidades e valores específicos, pretendem consumir a proposição de modelos de atenção justos rumo à equidade. As necessidades e demandas dos diversos grupos sociais devem ser compreendidas à luz da própria realidade destes grupos, com indicações acerca de seus valores, hábitos, condições sociais e especificidades dos problemas relativos ao processo de adoecimento/sofrimento, bem como de suas idealizações acerca do que seja saúde e dos fatores associados ao que estes mesmos grupos entendem por bem-viver. Como afirma Paulo Freire (2011), os educandos se transformam em reais sujeitos da construção e reconstrução do saber ensinado, e, também, o educador é igualmente sujeito do processo. É fundamental ter em mente que, nesse contexto, ensina-se porque há um que precisa e quer aprender, e, por isso, o ensino deve levar em conta o que eles querem aprender, e não o que o professor quer que aprendam.

9. OBJETIVO: Desenvolver atividades itinerantes que visam melhorar o acolhimento dos haitianos que residem em Cascavel, levando em consideração as dimensões da migração, de gênero e étnico-racial que condicionam sua efetiva integração na sociedade brasileira.

10. Objetivos específicos:

Fortalecer a rede de atendimento aos imigrantes em Cascavel – PR;
Promover um diálogo intercultural entre os vários atores sociais e culturais;
Promover e fortalecer a prática da tolerância, do respeito à diversidade de gênero e cultura;
Aprofundar conhecimentos acerca dos aspectos históricos, sociológicos, políticos e jurídicos da migração no Brasil.

11.METODOLOGIA

1. **HablaSUS:** Criar um curso de português para estrangeiros, considerando que para atender à demanda das usuárias (os) haitianas e haitianos é necessário utilizar uma abordagem capaz de ir ao encontro de suas necessidades, as quais são distintas de estrangeiros que vêm ao Brasil com único objetivo de estudar. Diante deste público aprendiz de estudantes-trabalhadores que necessitam aprender a língua portuguesa para a efetiva inserção social em um novo país, priorizamos os aspectos comunicativos, interculturais e de gênero.

2- **Guia do Usuário Estrangeiro:** Montar um força-tarefa de voluntários para recolher junto a Secretária Municipal de Saúde de Cascavel materiais com informações básicas e essenciais com bases nas principais demandas dos haitianos que acodem aos aparatos sanitários do município, traduzir essas informações em francês e crioulo e elaborar um guia para as haitianas e os haitianos tais como: sobre o funcionamento do SUS, representação da associação haitiana dentro do conselho municipal de saúde (CMS), como confeccionar o Cartão SUS, importância do preventivo e como fazer o pré-natal, atualização do cartão de vacinação dos recém-nascidos).

3- **Fundação da RedeVolonté:** Grupos de estudantes brasileiros e haitianos dos cursos de ciências sociais e da saúde para fomentar debates, realizar seminários, dar palestras e ministrar oficinas sobre Cidadania, Empoderamento, Promoção da saúde e Prevenção da doença nos locais de maior convívio dos haitianos em parceria com a Associação haitiana de Cascavel, as lideranças, as igrejas. Os agentes comunitários de saúde serão convidados a aproveitar desse setting para fazer campanhas de sensibilização em saúde, de vacinação, entre outros...

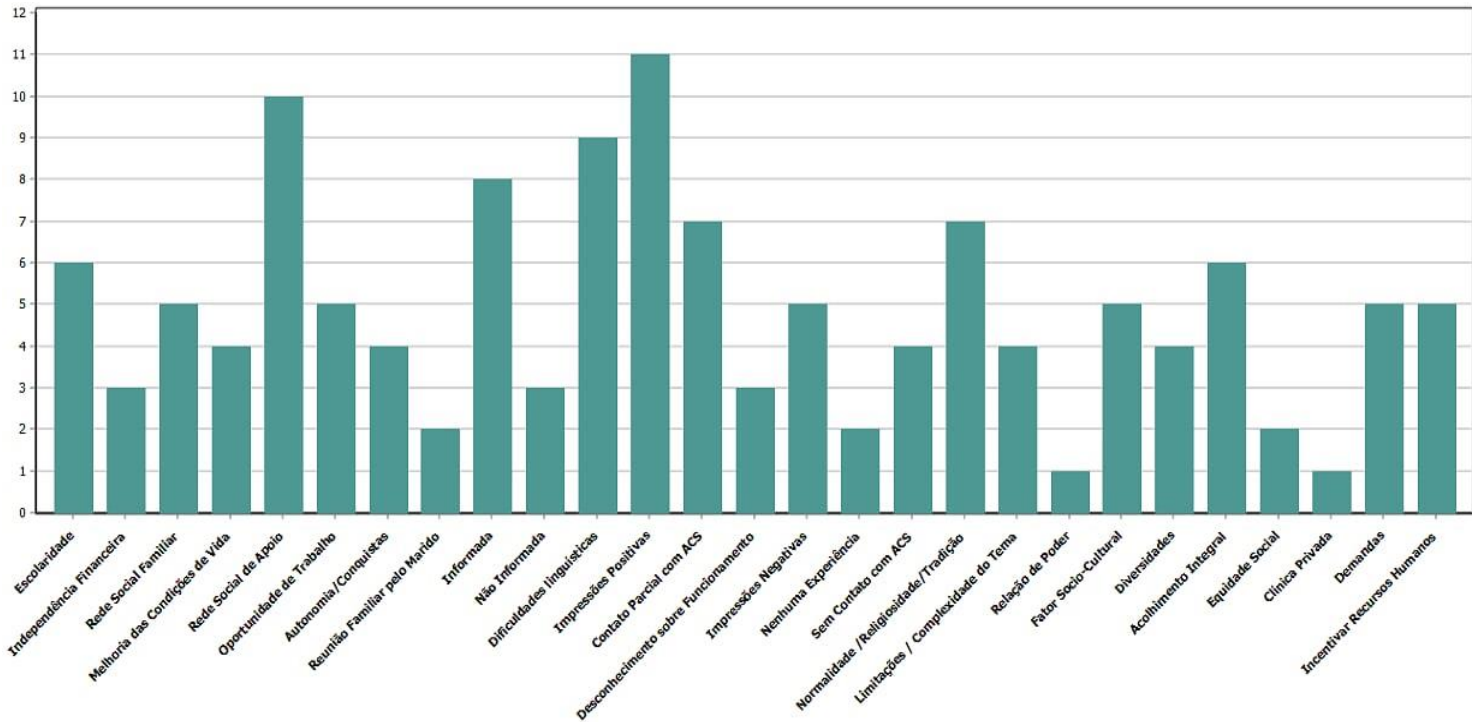
4. **Curso de capacitação DiverSUS:** Cultura haitiana, história e idiomas do Haiti, voltado principalmente para os profissionais de saúde, de educação, assistência social do município de Cascavel em parceria com a prefeitura e as universidades da região (membros e lideranças da

comunidade haitiana serão convidados para falas, confraternizações e apresentação da gastronomia haitiana).

Canais de Comunicação: Lançamento de um canal no Youtube, páginas nas redes sociais com reunindo todos os conteúdos e vídeos produzidos na própria língua do migrante, tratando de temas tais como o SUS: Princípios, direito à saúde e dicas para usuários imigrantes, Direitos Humanos.

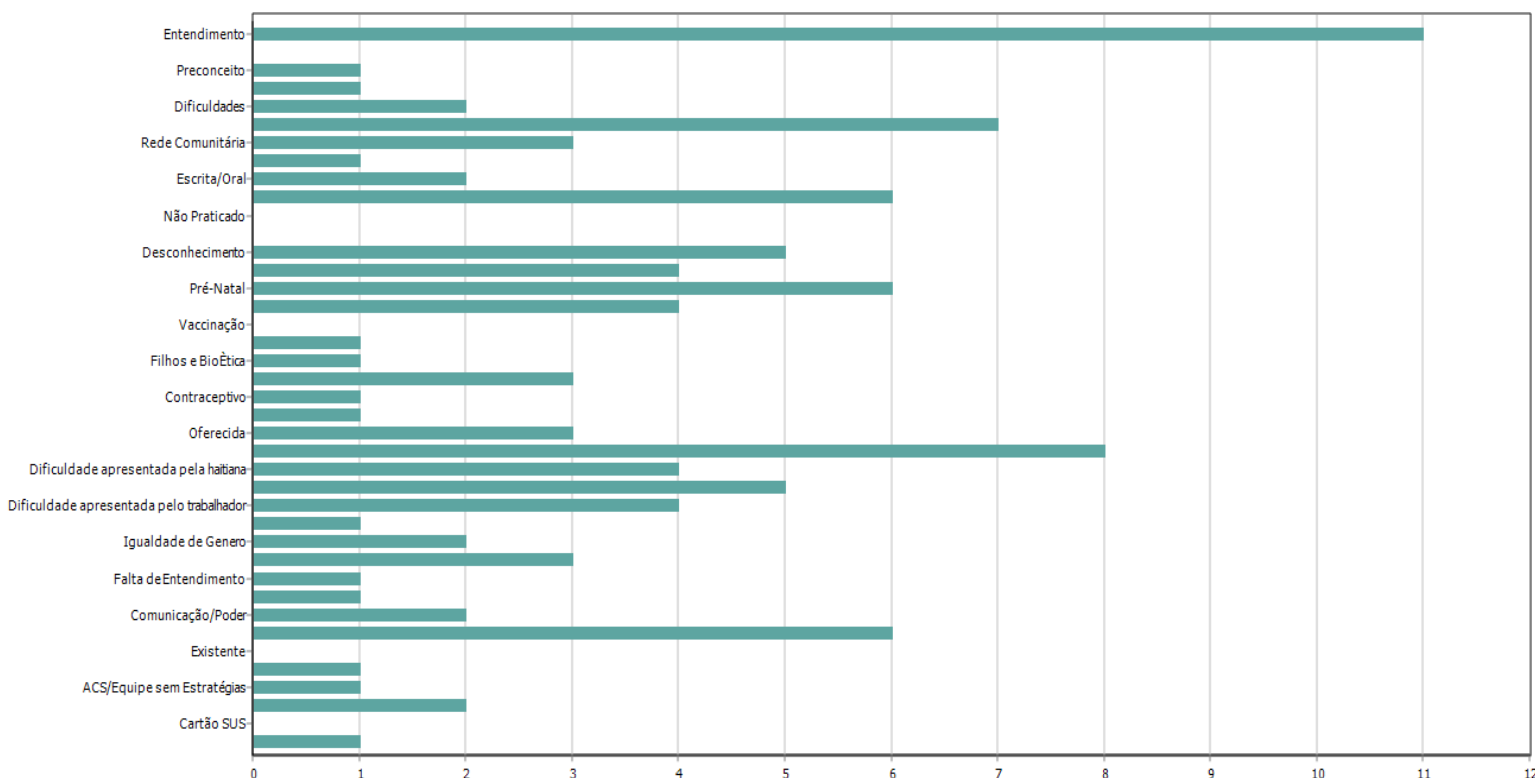
ANEXOS

Gráfico 1 – Subcategorização das falas das participantes haitianas.



Fonte: QDA Miner, categorização das entrevistas com as participantes haitianas, Lourdy Regis ,2018

Gráfico 2 – Subcategorização das falas dos trabalhadores da saúde.



Fonte: QDA Miner, categorização das entrevistas com os trabalhadores da saúde, Lourdy Regis ,2018.

ANEXO

TÈM KONSANTMAN EKPLIKE E LIB

Nou envite w patisipe kòm yon volontè nan rechèch “Aksè ak resepsyon fanm ayisyèn nan Sèvis Sante nan Cascavel / Paraná”, ki se yonn nan matyé pou nou fini kou lisansyes an Sante Kolektif nan Inivèsite Federal Amerik Latinn (UNILA) anba sipevisyon profesé Dr Erika Marafon Rodrigues Ciacchi epi ak devlopman pa elèv Lourdy Regis, nimewo enskripsyon: 2015100160108490. Rezon an Tèm konsantman gratis ak enfòm se asire dwa ou ak konesans ou sou etid la kòm yon patisipan, li se fè nan de fason, se konsa ke yon sèl avèk ou ak yon lòt avèk chèchè a. Tanpri li ak anpil atansyon epi avèk kalm, pran opòtinite pou klarifye dout ou yo. Ou ka, si ou prefere, pote tèm lan al konsilte fanmi ou oswa lòt moun anvan yo decide patisipe nan sondaj la.

Objektif rechèch sa yo se:

- Konprann mouvman migrasyon ak tip li nan kontèks minisipalite Cascavel / PR nan reprezantasyon fanm ayisyèn yo.
- Idantifye kanal aksè yo, limit yo ak potansyèlite ak rechèch pou sèvis sante yo.

- Pou verifye nan politik piblik pou popilasyon imigran fòm resepsyon ak swen sante pou gwoup la.
- Pou konnen estrateji ajan sante kominotè k ap travay avèk gwoup fanm ayisyen yo nan Pwogram Sante Familyal la.

Etid la pwopoze prezante enpòtans ki annapre yo: Konprann dimansyon aksè fanm ayisyèn nan swen prensipal nan Cascavel PR, remake ke rezilta yo ka jenere konsekans syantifik ak / oswa sosyal. Rechèch sa a gen kòm metodoloji, seleksyon yon senp echantiyon o aza fanm ayisyen ak ekip sante nan Cascavel. Patisipe nan etid la ou pral envite nan: reponn kesyon ki soti nan yon entèvyou semi-louvri karant minit nan yon kote ki apwopriye. Nou ensiste ke idantite patisipan an ap rete konfidansyèl epi enfòmasyon yo bay yo yo pral itilize sèlman pou rezon akademik-syantifik. Rechèch sa a pa pral ofri okenn risk ak / oswa discomfòrts volontè yo patisipe. Nan fen etid la volontè a ka gen aksè a rezilta rechèch yo, si yo vle. Sondaj sa a pa bay okenn salè an echanj pou patisipasyon ak volontè a ka retire nan rechèch la a nenpòt ki lè san avètisman alekri.

Mwen, _____, deklare ke konnen enfòmasyon ki te transmèt mwen epi mwen volontèman dakò pou patisipe nan etid sa a.

Cascavel, PR, _____ de _____ de 2018.

ANEXO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar como voluntário/a da pesquisa **Acesso e Acolhimento da Mulheres Haitianas nos Serviços de Saúde de Cascavel/PR, que faz parte do Trabalho de Conclusão de Curso do curso de graduação de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA) sob a orientação da profa. Dra. Erika Marafon Rodrigues Ciacchi e desenvolvimento pelo estudante **Lourdy Regis**, matrícula: 2015100160108490. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido tem como fim assegurar seus direitos e seu conhecimento sobre o estudo como participante, ele é feito em duas vias, para que uma fique com você e outra com o pesquisador.**

Por favor, leia com atenção e tranquilidade, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Você poderá se preferir, levar para casa o Termo e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar da pesquisa.

Os objetivos desta pesquisa são:

- Compreender o movimento migratório e sua tipologia no contexto do município de Cascavel/PR na representação das mulheres haitianas.
- Identificar os canais de acesso, suas limitações e potencialidades de alcance e busca dos serviços de saúde.
- Conhecer as estratégias de atuação dos agentes comunitários de saúde junto ao grupo de mulheres haitianas no Programa de Saúde da Família.

O estudo proposto apresenta a seguinte importância: Compreender a dimensão do acesso das mulheres haitianas a atenção primária em Cascavel PR, destacando que os resultados poderão gerar repercussões científicas e/ou sociais. Essa pesquisa tem como metodologia, a seleção de mulheres haitianas por conveniência e de quatro (4) equipes de saúde básica em Cascavel. Participando do estudo você será convidado a: responder perguntas de uma entrevista semiaberta, de quarenta minutos, num local adequado. Ressaltamos que a identidade do participante será mantida sob sigilo e as informações fornecidas por eles serão utilizadas somente para fins acadêmico-científicos. Esta pesquisa não oferecerá riscos e/ou desconfortos aos voluntários envolvidos. Ao final do estudo o voluntário poderá ter acesso aos resultados da pesquisa, caso deseje. Esta pesquisa não prevê nenhuma remuneração em troca da participação e o voluntário poderá desistir da pesquisa no momento em que desejar, sem necessidade de notificação por escrito.

Eu, _____, declaro que estou ciente das informações das quais me foram transmitidas e concordo voluntariamente em participar desse estudo.

Cascavel,PR, _____ de _____ de 2018.

ANEXO

CARTA DE AUTORIZAÇÃO COMITE DE ÉTICA CASCAVEL



Ofício DAS/DEP nº. 439/2018

Cascavel, 25 de abril de 2018

A/C

À UNIVERSIDADE FEDERAL DA INTEGRAÇÃO LATINO-AMERICANA
UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA: BRASMADEIRA, NOVA CIDADE
(FACULDADE), GUARUJÁ E MORUMBI
(SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CASCAVEL-PR)

Autorização para Pesquisa,

Autorizamos a pesquisa "ACESSO UNIVERSAL E ACOLHIMENTO DAS MULHERES HAITIANAS NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE DA CIDADE DE CASCAVEL-PR", tendo como orientadora da pesquisa: Erika Marafon Rodrigues Ciacchi da Universidade Federal da Integração-Americana e pesquisador responsável: Lourdy Regis por estar de acordo com as normas estabelecidas.


Salientamos que esta pesquisa, poderá ser realizada nas Unidades Saúde da Família: Brasmadeira, Nova Cidade (Faculdade), Guarujá e Morumbi da Secretaria Municipal de Saúde de Cascavel-PR, após ser agendado horário com o coordenador responsável conforme disponibilidade do mesmo, sendo que na ausência do coordenador agendar com a pessoa responsável.

Destacamos que esta pesquisa deverá seguir os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/2012 e a resolução 510/2015.

Compromete-se ainda, o acadêmico, a repassar o resultado da pesquisa em sua integralidade, a Secretaria de Saúde de Cascavel, antes de qualquer divulgação e/ou publicação.

Atenciosamente,

Luciana Osório Cavalli
Diretora de Atenção à Saúde
Secretaria de Saúde


Luciana Osório Cavalli
Diretora de Atenção à Saúde
Secretaria de Saúde de Cascavel-PR

ANEXO

MAPA TEMÁTICO DO MUNICÍPIO DE CASCAVEL

