

## **ATENÇÃO À SAÚDE AOS IMIGRANTES HAITIANOS NA VISÃO DE TRABALHADORES E GESTORES EM CUIABÁ, MATO GROSSO.**

Katia Regina Nunes Motizuki<sup>1</sup>.  
Maria Ângela Conceição Martins<sup>2</sup>.  
Everton Rossi<sup>3</sup>.  
Julia Maria Vicente de Assis<sup>4</sup>.

### **RESUMO**

O Haiti é um país marcado por violência e desigualdade social, prevalecendo precárias condições de vida. Esses fatores fazem com que parte de sua população migre para outros países em busca de melhores condições de vida, num processo conhecido como diáspora haitiana. Desde 2012, o Brasil e, mais especificamente Cuiabá, tem se tornado destino frequente de imigrantes haitianos e, nesse ínterim, torna-se importante avaliar de que modo essa população está sendo atendida nos serviços de saúde. Desse modo, esse trabalho objetivou conhecer a visão dos profissionais de saúde e gestores sobre o atendimento a essa população nos diferentes serviços de saúde de Cuiabá. Para tanto, foi realizado estudo qualitativo e exploratório, entrevistando 9 (nove) sujeitos, dentre profissionais de saúde e gestores da Secretaria Municipal de Saúde, utilizando um roteiro semi estruturado. As opiniões captadas permitiram perceber que existem muitas barreiras no processo de interação entre o profissional e o imigrante haitiano, muito semelhantes às encontradas em outros estudos, como a barreira linguística, o preconceito e as diferenças culturais. Por outro lado, percebeu-se o ensejo entre os entrevistados em minimizar tais barreiras, como a preocupação com o acolhimento adequado. Ao final, foram propostas algumas ações com o objetivo de auxiliar os profissionais da saúde e, por conseguinte, melhorar o atendimento à saúde dessa população, destacando-se a importância de novas pesquisas no tema e o papel do sanitarista em elaborar políticas sociais.

Palavras-chave: migração em saúde; haitianos; percepção.

### **ABSTRACT**

Haiti is a country marked by violence and social inequality where precarious living conditions are prevalent. These factors make part of their population migrate to other countries looking for better quality of life, in a process known as "The Haitian diaspora". Brazil, and more specifically its capital – Cuiabá, has become a common destination of haitian immigrants since 2012, which makes it important to assess how these people are being treated in health services. Thus, this study aimed to know the health professionals and managers perception of the treatment gave to this population in the

<sup>1</sup> Sanitarista, Graduada em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Mato Grosso UFMT.

<sup>2</sup> Professora do Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso.

<sup>3</sup> Mestrando em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Mato Grosso UFMT (2018); Graduado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Mato Grosso UFMT.

<sup>4</sup> Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Mato Grosso UFMT (2019); Graduada em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Mato Grosso UFMT. Especialista em Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria na Saúde pela Faculdade Cidade Verde –PR.

diferente health services of Cuiabá. For that, a qualitative and exploratory study was conducted by interviewing 9 (nine) subjects among health professionals and managers of the Municipal Health Department through a semi structured script. As results, the opinions we collected made it possible to realize that there are many barriers in the interaction process between the professional and the Haitian immigrant, which are very similar to those found in other studies, such as language barrier, prejudice and cultural differences. On the other hand, we noticed the will from the interviewees to minimize those barriers, including the concern with a proper reception. At the end, we proposed some actions with the aim of helping health professionals and consequently improving the health care of this population, highlighting the importance of new research on this subject and the sanitariat role in formulating social policies.

**Key-words:** migration in health; Haitians; perception.

## 1 INTRODUÇÃO

Localizado na América Central, o Haiti é um país marcado por guerras civis, desastres naturais, corrupção e graves intervenções políticas. A população sofre com as condições socioeconômicas, violência e desigualdades, além das precárias condições de vida (MORAES et al., 2013).

A situação de saúde da população haitiana apresenta indicadores de desnutrição nas crianças, altas taxas de mortalidade infantil e a maior taxa de tuberculose do continente americano. O vírus da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – AIDS e o cólera são graves morbidades enfrentadas pela população. A esse quadro sanitário complexo associa-se o fato de que aproximadamente metade da população não tem acesso aos serviços de saúde. Esse quadro sanitário, político e social que enfrentam os haitianos, faz com que muitos deles optem por buscar em outros países melhores condições de vida (MORAES et al., 2013).

A diáspora haitiana vem ocorrendo desde a década de 1990, generalizando no espaço (trans) nacional, principalmente nos Estados Unidos, França, Canadá e Caribe (AUDEBERT, 2012; BASCH et al., 1994). De acordo com os dados oficiais do Ministério dos Haitianos Residentes no Exterior, em média 4 a 5 milhões de haitianos estão dispersos pelo mundo, sendo sua maioria nos países acima citados (CONGRÈS MONDIAL HAÏTIEN, 2005 apud HANDERSON, 2015).

Essa representação é a metade dos habitantes do Haiti, estimados em 10.911.819 em 2015 pelo *Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique* (IHSI, 2017). Em meio a esse



número, cerca de 7 mil passaram pela Tríplice Fronteira Brasil, Colômbia e Peru entre 2010 e 2013, e em 2015, seriam entre 35 a 40 mil haitianos no Brasil (HANDERSON, 2015).

Essa migração em massa dos haitianos ocorreu por diversos fatores, envolvendo a economia, a política, e o episódio como o terremoto, em 2010, veio agravar mais ainda a situação do Haiti, dificultando a possibilidade de emprego, educação, acesso à saúde e segurança alimentar (COTINGUIBA e PIMENTEL, 2014).

No auge da migração haitiana para Mato Grosso, Cuiabá passava por um processo de desenvolvimento econômico atrativo devido às obras da construção civil, que preparava a capital mato-grossense para receber os jogos da Copa do Mundo. Esse motivo parece ter influenciado os haitianos em busca de oportunidade de emprego e, conseqüentemente, melhorias em suas condições de vida e de suas famílias que permaneceram no Haiti.

Apesar do acesso à saúde ser um direito de todos e um dever do Estado, garantido pela Constituição Brasileira, é imprescindível discutir se a acessibilidade universal e igualitária realmente consegue alcançar a população de imigrantes que chegam diariamente ao Estado de Mato Grosso, trazendo na bagagem suas diversidades socioculturais e idioma diferente, com isso levantando questões importantes, como seu acesso aos serviços de atenção à saúde.

Diante disso, as questões relativas à migração e à saúde tornam-se objeto do campo da saúde coletiva. Dessa forma, compreender como se opera a atenção à saúde, quais os fatores que contribuem ou dificultam, bem como conhecer as opiniões de trabalhadores e gestores de saúde no que tange essa nova realidade, são os principais aspectos a serem explorados na pesquisa apresentada.

### **1.1 Migração Haitiana**

O Haiti ocupa o terço oeste da Ilha Hispaniola, segunda maior do Caribe. Administrativamente o país é dividido em 10 departamentos, 41 distritos, 135 comunas (municípios) e 565 seções comunais (MSPP, 2005). Desde os anos de 1990 o Haiti atravessa um processo de crescimento econômico negativo, o seu Produto Interno Bruto (PIB) per

capita reduziu em 50% nesse período, ainda que a partir de 2005, sua economia tenha apresentado discreta melhora. De acordo com o Banco Mundial, a taxa de desemprego é alta, principalmente em Porto Príncipe (49%), com redução das taxas em outras áreas urbanas (37%) e rural (36%). Na área metropolitana as oportunidades de emprego são reduzidas, e o trabalho formal extremamente limitado (WORLD BANK, 2006 apud OPAS, 2012).

A migração externa, seja ela provisória ou permanente, legal ou ilegal, é um acontecimento importante no Haiti. O Ministério dos Haitianos no Exterior confirma que o total de imigrantes é de 1,5 milhão. Ainda de acordo com o Banco Mundial, 44% das famílias da região da capital recebem remessas de outros países, que tem um valor estimado de US\$ 800 milhões por ano (WORLD BANK, 2006 apud OPAS, 2012).

Em 2008, o país atravessou um período de inflação e aumento de preços nos alimentos importados (arroz e farinha, com um aumento de 60% e 73%, do milho local, 91%, e do sorgo, de 30,5%) e também do combustível. Esses fatores aliados à conjuntura sociopolítica culminaram em uma revolta civil. Em 2012, a OPAS avaliou que 2,5 milhões de haitianos precisavam de auxílio alimentar em consequência da crise (OPAS, 2012).

No tocante a migração para o Brasil, desde a Segunda Guerra Mundial, o país não recebia demanda migratória advinda do Hemisfério Norte, estima-se que 10% da população tenham migrado para outros países (THE WORLD BANK, 2010; COTINGUIBA e PIMENTEL, 2014) como os Estados Unidos, República Dominicana, Canadá, Cuba e Venezuela.

Em janeiro de 2010, o Haiti, que vinha se recuperando de três furacões ocorridos em 2009, foi assolado por um terremoto de magnitude sísmica de 7.3 na escala Richter. Estima-se que 80% das construções da capital, Porto Príncipe, foram seriamente danificadas, incluindo escolas, hospitais, postos policiais e construções civis. Além dos danos materiais, aproximadamente 230 mil haitianos perderam suas vidas e 1,5 milhões ficaram desabrigados em razão do tremor (GIRALDI, 2011).

O Brasil, em 2010, através do governo do então Presidente Lula, declarou apoio à população haitiana através de vistos humanitários para entrada no país, o que parece ter



motivado a vinda desses imigrantes, logo após o terremoto ocorrido. (COTINGUIBA e PIMENTEL, 2014).

Esse processo de migração para o Brasil foi mais intenso nos anos de 2011 e 2012. Em 2011, esse fluxo ocorreu no final do ano, e em 2012, houve uma intensidade maior no início do ano. Estima-se que uma média de 4.000 imigrantes haitianos entraram ilegalmente no país (MORAES et al., 2013).

Quando o destino é o Brasil, eles partem normalmente de Porto Príncipe, seguindo via terrestre para a República Dominicana, via aérea para o Panamá e Equador, Peru ou Bolívia em direção a Tabatinga (AM). Para o Acre, a via utilizada pelos haitianos é fluvial ou terrestre (LOUIDOR, 2011).

Para adentrarem em solo brasileiro atravessam as fronteiras dos estados de Roraima, Mato Grosso, Amapá e, principalmente, do Acre e do Amazonas. Não há uma estimativa para a quantidade de haitianos no Brasil, sendo que até 30 de junho de 2013, 6.052 já tinham vistos permanentes legitimados, de acordo com o Memorando nº 907/2013 da Secretaria Nacional da Justiça do Ministério da Justiça (MJ, 2013; MORAES et al., 2013).

Segundo os dados do Relatório Anual de Relações Sociais (RAIS), havia em Mato Grosso, em 2013, distribuídos por 19 cidades do estado 1.125 trabalhadores haitianos com carteira assinada. Dois setores da economia se destacaram na contratação desses trabalhadores, que foram as indústrias de transformação (especialmente o grupo de abate e fabricação de produtos à base de carne) e construção civil (LEÃO et al., 2016).

Em Mato Grosso, o Centro de Pastoral para Imigrantes é a principal acolhida destes imigrantes, instituição mantida pela igreja católica sendo criada para atender imigrantes e imigrantes, que buscam a capital mato-grossense para estabelecer-se profissionalmente. O tempo de permanência médio na casa é de dois meses, durante esse período o abrigado sai à procura de emprego, para então deixar a casa. A unidade oferece moradia, refeição e atendimento médico, além de encaminhar os imigrantes a outras políticas públicas como trabalho e saúde, e auxiliar a regularizar a permanência dos imigrantes no país junto a Polícia Federal (MIRANDA, 2015).



Em relação à distribuição geográfica e ocupação no território cuiabano, seis bairros da região leste apresentam uma maior concentração de imigrantes haitianos por serem próximos a Pastoral do Imigrante (primeira acolhida de imigrantes), sendo eles: Planalto, Carumbé, Bela Vista, Pedregal, Jardim Eldorado e Sol Nascente. Dentre esses bairros, é possível encontrar estabelecimentos comerciais e igrejas voltadas para atendimento a essa população (DIÓZ, 2016).

## 1.2 Migração e Saúde

A globalização mundial admite um fluxo migratório entre os países cada vez maior, constituindo diversidades socioculturais. Nesse cenário, encontram-se imigrantes em situações diversas, dependendo dos motivos migratórios, há grupos com ou sem qualificação profissional, e indivíduos com condições econômicas desfavoráveis. A forma precária de inserção social e de trabalho desses imigrantes irá definir suas condições de vida e consequentemente maior ou menor vulnerabilidade no seu estado de saúde. A condição de legalidade no país de acolhimento pode tornar-se uma barreira no acesso aos serviços de saúde (CARNEIRO JR. et al., 2011).

A migração não deve ser compreendida apenas como uma mudança de deslocamento de espaço, e sim como um fenômeno complexo, exigindo do imigrante adaptação à cultura do país de acolhimento, podendo gerar conflitos, transformações, experiências de perda, o que pode ser traumatizante ou harmônico, dependendo do recurso social de cada indivíduo e das características do país. A mudança de vida do imigrante pode estabelecer fatores de estresse, pois estão em constante mudança de hábitos, novos relacionamentos sociais, atividades e estilos de vida diferentes, podendo originar traumas silenciosos e múltiplos de elevado estresse (RAMOS, 2009).

Ainda de acordo com RAMOS (2009), há outros fatores que podem influenciar a qualidade de vida e até mesmo causar o adoecimento físico e mental do imigrante, como a depressão, que pode ser desencadeada por comportamentos como a xenofobia, exclusão,



hostilidade, discriminação e a indiferença da população do país de acolhimento. Por fim, a população imigrante está sujeita ainda a todas as morbidades que afetam a população em geral, como as crônicas degenerativas, circulatórias e causas externas.

Ao avaliar a migração como um acontecimento urbano, com seu território determinado, nos quais constituem relações sociais e do dia a dia em pequenos espaços da cidade, a atenção primária em saúde assume papel de destaque, uma vez que a partir dos vínculos torna-se possível proteger esses grupos em situação de vulnerabilidades. Em São Paulo, especificamente no bairro Bom Retiro, a migração coreana estabeleceu-se desde os anos 70, caracterizando naquela região, uma relação peculiar com a equipe de saúde da família que foi absorvendo essa nova demanda. Atualmente imigrantes bolivianos, peruanos e paraguaios veem no Bom Retiro um novo território para viver, trazendo para os trabalhadores de saúde e as equipes um desafio diário em busca da atenção e cuidado em saúde de forma humanizada a essas populações (MOTA et al., 2014).

No que diz respeito à migração por gênero, até o ano de 2010, foi feita uma estimativa, onde a migração feminina constituía metade dos imigrantes espalhados pelo mundo. De acordo com estudos realizados, as mulheres que migram apresentam os piores indicadores de saúde se comparado com as mulheres do país acolhedor, no que concerne à mortalidade materna, perinatal e incidência de doenças sexualmente transmissíveis. O baixo peso ao nascer, e a taxa de mortalidade infantil são fatores relevantes nas condições de migração das crianças nascidas nesse contexto. Outro fator que vitimiza as mulheres em situação de migração é a violência de gênero (TOPA et al., 2010).

Os postos de trabalho ocupados por imigrantes podem ainda submetê-los a lugares insalubres, falta de higiene e segurança, perigos e com maiores possibilidades de acidentes e fatalidades, aumentando os casos de invalidez e de doenças relacionadas ao trabalho repetitivo, além disso, muitas vezes tem seus direitos trabalhistas violados por seus empregadores no país de acolhimento (PADILHA, 2013).





### 1.3 Atenção à Saúde no Contexto Migratório

Os entraves enfrentados pela população imigrante no que diz respeito ao acesso para a atenção à saúde terminam por influenciar que, comparadamente à população do país de acolhimento, a população imigrante procure os serviços de saúde em menor escala. Por outro lado, o adoecimento das populações migratórias relaciona-se com as desigualdades sociais, trabalho e condições de moradia precárias, fazendo emergir doenças, como a tuberculose e doenças endêmicas, como a doença de chagas (SILVEIRA et al., 2014).

No que diz respeito ao direito à saúde em países de acolhimento, o direito dos imigrantes à saúde em nível internacional está sendo reformado em vários países, apesar de ser de responsabilidade do país acolhedor o atendimento as necessidades de saúde do imigrante. Nos Estados Unidos, em 2010, houve uma reforma no seu sistema de saúde, em que 46 milhões de imigrantes passaram a ter acesso ao sistema de saúde, apesar de uma parcela de imigrantes ter ficado excluída. Na União Europeia, apesar de vários países terem seus sistemas de saúde universais, há exceções legais, que baseiam na nacionalidade e status do imigrante como condições para o direito ao cuidado em saúde (MOTA et al., 2014).

No Brasil, existem várias leis garantindo aos imigrantes o acesso ao sistema de saúde existente no país. Em 1980, no Estatuto do Estrangeiro, o art. 95 reza: “estrangeiro residente no Brasil goza de todos os direitos reconhecidos aos brasileiros, nos termos da Constituição e das leis”. A Constituição Federal Brasileira em seu art. 196 garante que a saúde é um direito de todo cidadão e dever do Estado e que foi legalizado pelo Sistema Único de Saúde através de seus princípios e diretrizes, se estendendo, portanto, aos imigrantes que residem no Brasil (MOTA et al., 2014).

Embora no Brasil seja garantido o direito ao acesso à saúde a todos os indivíduos em território nacional, ainda há muitas barreiras que impedem o acesso e a utilização dos serviços de saúde para o grupo de imigrantes (DIAS et al., 2011). Essa dificuldade se deve a alguns fatores, que DIAS et al. (2011) dividem em: características dos indivíduos (características demográficas, condições socioeconômicas, situação administrativa); da relação entre





profissionais e usuários (atitudes dos profissionais face aos imigrantes, diferenças linguísticas e culturais); e dos próprios serviços de saúde (disponibilidade, acessibilidade e organização).

Dentro da relação entre profissionais e usuários é importante destacar o papel das opiniões e atitudes dos profissionais de saúde quanto à população imigrante, uma vez que elas afetam diretamente o atendimento e a prática clínica (RODRIGUES e DIAS, 2012; DIAS e GONÇALVES, 2007).

É frequente, por exemplo, que os profissionais tenham pouco conhecimento da legislação ou de sua aplicação, promovendo a exclusão dos imigrantes do sistema de saúde, a discriminação por parte desses profissionais pode contribuir ainda para a menor procura aos serviços de saúde (DIAS e GONÇALVES, 2007).

Além disso, barreiras culturais e linguísticas se interpõem entre os profissionais de saúde e os usuários, dificultando o diálogo e contribuindo para o sentimento de insatisfação por parte do usuário. Neste sentido, os profissionais de saúde devem estar sensibilizados para a importância das diferenças culturais e ter competências para desempenhar adequadamente a sua função (DIAS e GONÇALVES, 2007).

## **2 METODOLOGIA**

Trata-se de pesquisa de caráter qualitativo do tipo exploratória. “O estudo exploratório tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema com vistas a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses” (GIL, 2002, p. 41). Para RODRIGUES (2007), a pesquisa exploratória tem a finalidade de reunir informações gerais do objeto em estudo, como se fosse uma operação de reconhecimento.

Para este estudo, optou-se pela Policlínica do Planalto, no município de Cuiabá-MT, que atende a população referenciada das unidades de saúde da família da Região Leste deste município. Tal escolha ampara-se na justificativa de que nesta região reside um elevado número de imigrantes haitianos. Além da policlínica, outro local escolhido foi a Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá (SMS).



Foram sujeitos do estudo dois gestores da Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá, como também seis trabalhadores da saúde e um coordenador da Policlínica do Planalto que aceitaram participar da pesquisa. As escolhas destes sujeitos devem-se ao fato de que estão envolvidos no cuidado direto ao haitiano ou trabalham na execução de políticas e ações direcionadas a este público.

As opiniões dos sujeitos da pesquisa foram captadas por meio de instrumento semiestruturado contendo perguntas abertas que foram aplicados pelo pesquisador in loco, por meio de entrevistas, posteriormente transcritas. Utilizou-se ainda de escritas registradas em diário de campo.

Os dados coletados foram submetidos à apreciação na perspectiva qualitativa e especificamente a análise de conteúdo, como metodologia de interpretação dos discursos, visando extrair sentidos dos mesmos. Nesse sentido todas as etapas foram realizadas: leitura flutuante, definição de categorias e unidades de registro, e, por último, a interpretação da inferência dos dados encontrados a partir do referencial teórico pertinente (BARDIN, 2006).

O projeto de pesquisa pelo qual este trabalho está vinculado foi aprovado pelo Comitê de ética do Hospital Universitário Júlio Muller da Universidade Federal de Mato Grosso, e todos os indivíduos que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes da coleta de dados. Este estudo foi financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Mato Grosso (FAPEMAT – Processo 155709/2014) e pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq – Processo 445842/2014-7).

Para entrar em campo e obter as entrevistas, foi necessária a autorização da Diretoria da Atenção Secundária do município de Cuiabá. De posse dessa autorização, o coordenador da Policlínica do Planalto foi procurado e concordou em responder ao questionário semiestruturado, este se prontificou em chamar os trabalhadores de saúde para participar das entrevistas. Quanto a Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá, contatou-se a coordenadora de Programas Especiais e a responsável técnica pelo Programa de Saúde da População Negra, e para elas foi explicado o objetivo da pesquisa e ambas concordaram em participar.

### **3 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Para que fosse plausível uma apresentação mais estruturada das informações, Utilizou-se a análise de conteúdo como técnica de interpretação dos dados que deram como resultado três categorias: Preconceito; Direito a Saúde (Universalidade) e; Acolhimento, cujas análises casam com o objetivo geral deste trabalho.

De forma geral, observou-se, com certa obviedade que a primeira dificuldade relatada pelos trabalhadores diz respeito à barreira lingüística, no entanto, no cotidiano do trabalho em saúde e no encontro entre usuário e trabalhadores essa dificuldade é contornada por diversas estratégias, como o uso de desenhos, tradução em aparelhos de celulares e o apoio de outro imigrante que fale a língua.

#### **3.1 Categorias de Análise**

##### **3.1.1 Preconceito**

Apesar de o Brasil ser considerado um país humanitário e acolhedor, estudos científicos apontam o preconceito com relação ao imigrante, presente na sociedade em diversos setores, se contrapondo ao discurso de ser uma sociedade brasileira receptiva, acolhedora e hospitaleira, com isso dificultando sua busca por serviços básicos, apontados através de alguns resultados extraídos da literatura científica.

A sociedade que recebe os imigrantes, frequentemente, os olha com desconfiança, principalmente quando não estão documentados e quando percebem uma competição com moradores locais pelos bens e serviços públicos, como educação e saúde e postos de serviços. Com isso, acabam sofrendo com as diferenças culturais e linguísticas, situações precárias das condições de trabalho e as dificuldades de interagir com a sociedade, incluindo, problemas de ingressar nos serviços básicos, o preconceito e a discriminação (SANTOS, 2016).

Geralmente os profissionais de saúde, não declaram abertamente a discriminação pelo preconceito, um fator condicionante ao acesso e utilização dos serviços de saúde, porém os modos negativos dos profissionais face à estas populações têm sido reconhecidos como determinantes na condição de sua relação, podendo trazer resultados, como a insatisfação dos

usuários quanto aos serviços prestados, tendo como consequência a não utilização dos serviços ofertados (DIAS et al., 2011).

Foram encontramos resultados semelhante, evidenciado na fala do gestor 3 através de sua experiência pessoal como gestor no cuidado direto e indireto com a população migrante, neste caso os imigrantes haitianos residentes em Cuiabá. O preconceito encontrou diferentes formas, mascaradas, como podemos observar, quando questionado em “quais as dificuldades encontradas com essa população”?

“Aqui na nossa unidade não, mas a gente sabe que existe a questão do preconceito, né? Por eles serem imigrantes sócio econômico, então acabam sofrendo certas discriminações, em nosso próprio país, nós temos discriminação, principalmente por eles serem negros e ser sócio econômico diferenciado do nosso país, então acabam sofrendo esse tipo de discriminação, é isso que a gente acaba vendo dentro do nosso país, não só na área da saúde, em outras áreas que a gente vê o haitiano circulando, precisando de emprego, alguma coisa a gente vê esse tipo de discriminação com eles” (G3).

Consta na Constituição Federal de 1988, que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, bem como na Lei 8.080, onde um de seus princípios é a Equidade, dar mais a quem mais necessita, neste caso os imigrantes haitianos que ao procurar os serviços de saúde de Cuiabá, já encontram a barreira do idioma, dificultando seu acesso aos serviços públicos de saúde, e ao ouvir a fala do gestor 03, percebemos uma discriminação diante da situação sócio econômico e por serem negros, nos levando a crer que essa visão do gestor pode interferir no atendimento a essa população, passando a ser um entrave para a efetividade dos serviços de saúde e a equidade longe de se fazer cumprir de acordo com o prescrito na Lei 8.080.

O racismo é um determinante social em saúde, impedindo o desenvolvimento do seu bem estar físico, psicológico e social, com isso podendo vir a desenvolver novas patologias (BRASIL, 2011). O migrante haitiano parece ser triplamente discriminado, por sua situação socioeconômica, por ser migrante e por sua cor de pele, podendo desencadear vários bloqueios de oportunidades de acesso aos bens e serviços públicos básicos.



### 3.1.2 Universalidade de acesso

A Universalidade é um dos pilares de sustentação do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo um dos princípios fundamentais e define que todos os cidadãos brasileiros ou não, têm direito ao acesso de ações e serviços de saúde, sem qualquer tipo de discriminação (BRASIL). A adoção desse princípio representou um marco na conquista democrática pela saúde, transformando a saúde em direito de todos e dever do Estado mantê-la.

Inicialmente o princípio da universalidade, teve como objetivo romper com a barreira de acesso aos serviços de saúde, previsto apenas para os trabalhadores que tinham emprego formal e que contribuía com a previdência social (SOUZA, 2014)

De acordo com estudos científicos, a universalidade ganha duas proporções: a primeira é aquela que está prescrita na Constituição Federal de 1988, que garante saúde para todos, sem distinção e a outra real, na qual reflete na negação desse direito, seja na crescente demanda de usuários onde as vagas para atendimento são limitadas, seja pela falta de estrutura, de recursos de materiais, insumos ou de profissionais habilitados e até mesmo pelas diferenças sociais, seja de gênero, raça, cor e etnia (SOUZA, 2014).

A luta de trabalhadores de saúde, pesquisadores e movimentos sociais pelo direito ao acesso à saúde de forma universal, só foi consolidada na Constituição de 1988, que culminava na idéia da ruína das diferenças sociais em face de uma igualdade a todos, não parece ter uma relação com a realidade. As particularidades de gênero, de etnia, raça, cor, continuam a ser fatores que impedem o completo acesso aos direitos fundamentais entre a maioria da população (SANTOS, 2016).

A universalidade atende com restrições, uma vez que a cobertura de saúde pelo sistema público não abraça toda a sociedade, pois causaria um acréscimo de despesas aos cofres públicos. Dessa forma, o Estado se responsabiliza por aqueles que têm baixo poder aquisitivo e os demais, aqueles que são mais abastados de recursos, recorrem aos serviços privados de saúde (SOUZA, 2014).



Neste estudo encontramos resultados semelhantes, demonstrado na fala da gestora 01 ao ser questionada, sobre “Como você vê a situação migratória haitiana para Mato Grosso, especificamente em Cuiabá”? A resposta extraída foi.

“Eu vejo como uma porta de entrada pra saúde deles, né? Porque percebe-se que no país dele, ele não recebe o atendimento que ele tá tendo aqui em Cuiabá e aqui em Cuiabá ele já tem um atendimento da Atenção Básica, ele recebe, por exemplo, eu enquanto responsável técnica pelo programa, vou *in loco* ver como que tá a situação, como que está sendo o atendimento deles nos PSFs, nos postos de saúde...” (G1)

O princípio da universalidade ainda encontra barreiras pra se concretizar de acordo com o prescrito na Constituição e na Lei 8.080/90, da citação acima é possível inferir que a gestora possui conhecimento das dificuldades enfrentadas por essa população, uma vez que se preocupa em verificar pessoalmente se suas necessidades estão sendo sanadas, através do atendimento ofertado pelos serviços públicos de saúde.

Os imigrantes haitianos encontram-se em situação de vulnerabilidade social, com baixo poder aquisitivo, num país em que as desigualdades são extremas, para imigrantes mais ainda, neste caso os imigrantes haitianos, que além de tudo, já enfrentam barreiras de acesso, impostas pelo idioma, pela cultura e cor, como podemos observar na fala do profissional 03, quando questionado em “Como fazem para enfrentar essa dificuldade/problema com os imigrantes haitianos”.

“A gente tenta se comunicar com eles, a dificuldade é a comunicação, então a gente tenta de toda forma tentar comunicar, tentar ajudá-los dentro da nossa área de saúde pra que possamos prestar o atendimento necessário até aonde a gente consegue ir com eles, porque da mesma forma que a gente atende nossos usuários, acaba dando o mesmo atendimento pra eles” (P3).

A instituição do Sistema Único de Saúde possibilita a oferta de serviços para os imigrantes, através do princípio da Universalidade, porém os profissionais de saúde e gestores aparentam não estar capacitados para esse atendimento, pois apresentam deficiência no atendimento por causa do idioma.

Em registro no diário de campo, após a entrevista e em conversa com a profissional de saúde 06 (P6), ficou evidente essa limitação de acesso dos imigrantes haitianos nos



serviços de saúde por causa do idioma, na qual me relatou a necessidade de fazer a princípio, um curso de inglês, depois espanhol, para poder fazer um atendimento de qualidade, pois o Sistema Único de Saúde não oferta para seus servidores cursos de idiomas, e o Brasil, está entrando na rota dos imigrantes, que buscam melhores condições de vida, o que torna o acesso as ações de saúde brasileira deficiente e limitada.

### 3.1.3 Acolhimento

O Ministério da Saúde propôs a implantação do acolhimento como uma ferramenta de prática inclusiva importante para a humanização na assistência em saúde, buscando unificar gestores, trabalhadores e usuários para um novo modelo assistencial (BRASIL, 2010).

O acolhimento exprime o conceito de humanizar o atendimento, o que subentende que todas as pessoas terão garantia de acesso aos serviços de saúde com responsabilidade e resolutividade (BRASIL, 2010). No tocante ainda, à escuta de problemas de saúde do usuário, funciona como uma ferramenta com tecnologia leve de intervenção, responsável pela construção de vínculos, além de ser uma ação constante dentro de uma unidade básica de saúde, entre todos os atores envolvidos com essa temática (FRANCO et al., 1999).

A partir do momento em que acontece o primeiro contato com o profissional de saúde e usuário, o acolhimento é ativado, sendo, portanto, uma das diretrizes de maior significância da Política Nacional de Humanização do SUS, para reorganizar o método de trabalho e fazer cumprir os princípios da equidade, universalidade e integralidade nos serviços públicos de saúde (BRASIL, 2010).

O acolhimento é um assunto discutido por diversos autores, conforme Brasil (2010), o acolhimento como prática e ética nas ações voltadas para atenção e gestão nas unidades de saúde, beneficia a implantação de uma relação de confiabilidade e compromisso entre os usuários, as equipes e os serviços, cooperando para promover uma cultura solidária e a legitimação do sistema de saúde. Além de, favorecer um possível avanço na junção entre usuários, trabalhadores e gestores da saúde que defendem o Sistema Único de Saúde.



Neste estudo encontramos resultado similar, demonstrado na fala da gestora 2, ao perguntar “Você conhece ou tem informação do uso da Atenção Básica pelos haitianos”?

“[...]então as unidades que estão perto da onde há concentração dos haitianos a gente tem trabalhado, estreitado esse canal de comunicação, estreitado até assim, aumentado a questão do acesso, né? Que eles tenham um olhar mais diferenciado pra essa população, que tenham algumas prioridades e algumas celeridades nos processos [...] (G2).

O acolhimento é uma ferramenta importante, pois possibilita uma melhor assistência a essa população vulnerável, estabelecendo vínculos de confiança entre gestores/profissionais/usuário, neste caso específico os imigrantes haitianos.

Na fala da gestora, observamos uma preocupação em despertar nos trabalhadores dessa unidade de saúde estratégias que facilitem o atendimento aos usuários haitianos, e indubitavelmente o acolhimento está inserido nesse processo diferenciado a essa população, que forçosamente deixaram seu país de origem e chegaram à Cuiabá, em busca de melhores condições de vida.

Para os imigrantes haitianos, essa acolhida se torna mais difícil, pois além de enfrentarem a barreira do idioma, ainda há aquelas específicas culturais, políticas e sociais, dificultando o acolhimento, desde sua chegada nos serviços de saúde, até a clínica, daí a gestora ter esse olhar diferenciado para essa população.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O objetivo deste trabalho foi conhecer a visão dos trabalhadores de saúde e dos gestores sobre a utilização dos serviços de saúde pelos imigrantes haitianos, caracterizando os principais problemas encontrados por esses profissionais no atendimento a essa população.

O desenvolvimento do estudo proposto possibilitou perceber que, na visão dos sujeitos pesquisados, de fato, existem barreiras que permeiam a interface profissional-imigrantes, principalmente as diferenças lingüísticas e culturais, assemelhando-se aos dados bibliográficos sobre o tema.



Ademais, algumas ações podem ser tomadas com o intuito de minimizar as iniquidades em saúde a que essa população está exposta e que aqui foram evidenciadas. Por exemplo, a realização de educação permanente com os profissionais de saúde acerca do preconceito institucional, ação já bem estabelecida pela Política Nacional de Saúde da População Negra.

Outra proposta de intervenção seria a implantação de cursos de creoulo básico para os profissionais de saúde e programas de capacitação sobre a cultura do povo haitiano, objetivando, respectivamente, permitir uma conversação básica no atendimento à saúde dessa população e melhorar a relação profissional-paciente ao se conhecerem elementos culturais característicos.

Para a Saúde Coletiva, a temática permeia seus três pilares e torna-se uma área profícua para o desenvolvimento de novas pesquisas e sobretudo para a elaboração de políticas sociais, onde o sanitarista pode contribuir efetivamente no que diz respeito a intersetorialidade.

## REFERÊNCIAS

AUDEBERT, C. **La diaspora haïtienne: territoires migratoires et réseaux transnationaux**. Rennes: Presses Universitaires de Rennes, 2012.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2006.

BASCH, L.; GLICK-SCHILLER, N.; SZANTON-BLANC, C. **Nations unbound: transnational projects, postcolonial predicaments, and deterritorialized nation-states**. Basel: Gordon and Breach, 1994.

BRASIL. Constituição, 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/Constituicao/Constituicao.htm> Acesso em: 28 ago. 2017.

BRASIL. Legislação Federal, 1990. **Lei Nº 8.080** Orgânica de Saúde, 1990a. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>> Acesso em: 28 ago. 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Pense SUS, Universalidade. **FioCruz-Fundação Oswaldo Cruz**, 2010.



BRASIL, Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Racismo como determinante social de saúde. Brasília, 2011.

CARNEIRO JÚNIOR, N. et al. Migração, exclusão social e serviços de saúde: o caso da população boliviana no centro da cidade de São Paulo. **Bol. Inst. Saúde**, São Paulo, v. 13, n. 02, p. 177-181, out. 2011.

COTINGUIBA, G. C.; PIMENTEL, M. I. Wout, raketè, fwontyè, anpil mizèl: reflexões sobre os limites da alteridade em relação à imigração haitiana para o Brasil. **Brasília: Universitas Relações Internacionais**, v. 12, n. 1, p. 73-86, jan./jun. 2014.

DIAS, S. et al. Barreiras no acesso e utilização dos serviços de saúde pelos imigrantes: a perspectiva dos profissionais de saúde. **Acta Med Port**, v. 24, n. 4, p. 511-516, 2011.

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

DIÓZ, R. **Haitianos têm igrejas, bares e lan house em bairros de Cuiabá**. Cuiabá: G1 Mato Grosso, 2016. Disponível em: <<http://g1.globo.com/mato-grosso/noticia/2016/02/haitianos-tem-igrejas-bares-e-lan-house-em-bairros-de-cuiaba.html>> Acesso em: 08 jan. 2017.

FRANCO, T. B. et al. O acolhimento e o processo de trabalho em saúde: o caso Betim Minas Gerais, Brasil. **Cad.de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n. 2, p. 345-353, abr./jun. 1999.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas. 2002.

GIRALDI, R. **Saldo do terremoto no Haiti é de 220 mil mortos e 1,5 milhão de desabrigados**. Brasília: Agência Brasil, 2011.

HANDERSON, J. Diáspora: Sentidos sociais e mobilidades haitianas. **Horizontes Antropológicos**, ano 21, n. 43, p. 51-78, jan./jun. 2015.

IHSI – Institut haitien de Statistique et D’informatique. Ministère de L’economie et des Finances. Republique D’haiti. **Statistiques Démographiques et Sociales**, 2017. Disponível em: <[http://www.ihsi.ht/produit\\_demo\\_soc.htm](http://www.ihsi.ht/produit_demo_soc.htm)> Acesso em: 05 mar. 2017.

LOUDOR, W. E. Os haitianos em Tabatinga: relato de uma peregrinação. **Adital – Notícias da América Latina e Caribe**, 2011.

MJ – MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. Secretaria Nacional da Justiça. **Memorando nº 907/2013, de 30 de julho de 2013**. Brasília: Ministério da Justiça, 2013.



MIRANDA, K. **Pastoral para Imigrante já atendeu 720 estrangeiros neste ano.** Cuiabá Prefeitura, 2015. Disponível em: <<http://www.cuiaba.mt.gov.br/assistencia-social/pastoral-para-imigrante-ja-atendeu-720-estrangeiros-neste-ano/11745>> Acesso em: 22 fev. 2017.

MORAES, I. A.; ANDRADE, C. A. A.; MATTOS, B. R. B.; A imigração haitiana para o Brasil: causas e desafios. **Revista Conjuntura**, v. 4, n. 20. out./nov. 2013.

MOTA, A.; MARINHO, M. G. S. M. C.; SILVEIRA, C. (Orgs.). **Saúde e história de imigrantes e imigrantes.** Direitos, Instituições e Circularidades. São Paulo: CD.G Casa de Soluções e Editora, 2014.

MSPP – Ministère de la Santé Publique et de la Population. **Plan Stratégique National pour la Réforme du Secteur de la Santé - 2005-2010.** Port-Au-Prince: MSPP, 2005.

LEÃO, L. H. C.; MURARO, A. P.; BORGES, F. T.; MARTINS, M. A. C.; CASTRO, M. L.; PALOS, C. C. Haitians in the amazon state of Mato Grosso: an analysis of the health, work and environmental relations. **Anais do 11º Epidemiology Congresso of the Americas**, 2016. Disponível em: <<https://epiresearch.org/wp-content/uploads/2016/06/2016-Abstract-Book-Final.pdf>> Acesso em: 14 mar. 2017.

OPAS – Organização Panamericana da Saúde. **Saúde nas Américas**, 2012. Disponível em: <[http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com\\_content&view=article&id=38&Itemid=146&lang=p](http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_content&view=article&id=38&Itemid=146&lang=p)> Acesso em: 10 out. 2016.

PADILHA, B. Saúde dos imigrantes: multidimensionalidade, desigualdades e acessibilidade em Portugal. **Rev. Inter. Mob. Hum.**, Brasília, Ano XXI, n. 40, p. 49-68, jan./jun. 2013.

RAMOS, N. Saúde, Migração e Direitos Humanos. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, v. 17, n. 1, p. 01-11, jan-jun. 2009.

RODRIGUES, R. M. **Pesquisa Acadêmica.** Como Facilitar o Processo de Preparação de suas Etapas. São Paulo: ATLAS, 2007.

RODRIGUES, R.; DIAS, S. Encontro com a diferença: a perspectiva dos profissionais de saúde no contexto da prestação de cuidados aos imigrantes. **Fórum sociológico** (online), n. 22, p. 1-15, 2012.

SILVEIRA, C.; RIBEIRO, M. C. S. A.; CARNEIRO JUNIOR, N.; SIMÕES, O.; BARATA, R. B. Processos Migratórios e Saúde: uma breve discussão sobre abordagens teóricas nas análises em saúde dos imigrantes no espaço urbano. In: MOTA, A.; MARINHO, M. G. S. M. C.; SILVEIRA, C. (Orgs.). **Saúde e história de imigrantes e imigrantes: direitos,**



instituições e circularidades. v. 5. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo/Universidade Federal do ABC/Casa de Soluções e Editora; 2014. p. 93-108.

SOUZA, A. M. C. Universalidade da saúde no Brasil e as contradições da sua negação como direito de todos. **R. Katál**. Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 227-234, jul./dez. 2014.

THE WORLD BANK. **Helping Haiti through migration and remittances**, 2010. Disponível em: <<http://blogs.worldbank.org/peoplemove/helping-haiti-through-migration-and-remittances>> Acesso em: 13 ago. 2016.

TOPA, J. B.; NOGUEIRA, C.; NEVES, A. S. A. Inclusão/exclusão das mulheres imigrantes nos cuidados de saúde em Portugal: reflexão à luz do feminismo crítico. **Psico**, v. 41, n. 3, p. 366-373, jul./set. 2010.

WORLD BANK. **Social Resilience and State Fragility in Haiti. A Country Social Analysis**. Washington, DC: World Bank, 2006.