

# MESTRADO

---

CIÊNCIAS DA SAÚDE

KETHLIN CARRARO MOMADE

OS CENÁRIOS DOS CUIDADOS EM SAÚDE DE HAITIANAS RESIDENTES EM  
CHAPECÓ (SC)

CHAPECÓ, SC, 2018

KETHLIN CARRARO MOMADE

OS CENÁRIOS DOS CUIDADOS EM SAÚDE DE HAITIANAS RESIDENTES EM  
CHAPECÓ (SC)

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó), como parte dos requisitos para obtenção do título de mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Lucimare Ferraz  
Coorientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Regina Yoshie Matsue

CHAPECÓ, 2018

M732c Momade, Kethlin Carraro  
Os cenários dos cuidados em saúde de haitianas residentes em Chapecó  
(SC)/Kethlin Carraro Momade. - 2018.  
88 f.: il.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Lucimare Ferraz  
Coorientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Regina Yoshie Matsue  
Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde)- Universidade Comunitária  
da Região de Chapecó, 2018.  
Inclui Bibliografias

1. Mulheres - Saúde e higiene. 2. Haitianas. I. Ferraz, Lucimare. II.  
Matsue, Regina Yoshie. III. Título.


CDD: Ed. 23 – 613.04244

**O CENÁRIO DOS CUIDADOS EM SAÚDE DE HAITIANAS RESIDENTES EM  
CHAPECÓ (SC)**

**KETHLIN CARRARO MOMADE**

Esta dissertação foi avaliada pela banca examinadora e julgada adequada para obtenção do grau de Mestre em Ciências da Saúde, tendo sido APROVADA em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Ciências da Saúde da Universidade Comunitária da Região de Chapecó.

Banca examinadora:

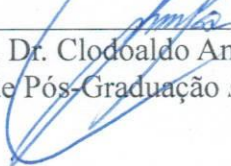
  
Orientador: Profa. Dra. Lucimare Ferraz  
Dra. em Saúde Coletiva, Unifesp

Coorientador: Profa. Regina Yoshie Matsue  
Dra. em Antropologia, UNB

Membro: Profa. Dra. Denise Martin Coviello  
Dra. em Ciência Social, USP

Membro: Prof. Dr. Ricardo Rezer  
Dr. Em Educação Física

  
\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Lucimare Ferraz  
Orientadora

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Clodoaldo Antônio De Sá  
Coordenador do Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Ciências da Saúde

*“Dedico esse meu trabalho, com muito carinho, ao meu  
esposo Nordino e as minhas filhas Sabrina e Liane.  
Tudo que eu faço é por vocês...”*

## **AGRADECIMENTOS**

Quero agradecer, em primeiro lugar, a professora e orientadora Dra. Regina Yoshie Matsue pelos ricos ensinamentos e trocas, pelo respeito mútuo construído ao longo desses dois anos. Acredito que os nossos encontros vieram a agregar em nossas vidas, no âmbito profissional e pessoal. Os nossos ricos diálogos em sala de aula e em orientação tornaram minha experiência de mestrado mais gratificante, corroborando com meu ideal de diálogos filosóficos dentro da academia.

Agradeço também a professora Dra. Lucimare Ferraz por aceitar o desafio de contribuir conosco, apesar do trabalho estar em andamento. Para mim é um exemplo de pessoa.

Ao meu amado e querido esposo, Nordino Juma Momade, obrigada pela compreensão e respeito com as minhas escolhas e sabedoria dispostas ao longo dessa caminhada, e também pela grande força que me deste para que eu realizasse meu desejo de se tornar mestre. Nossa história foi escrita sob livros e mais livros, agora é a sua vez de dar continuidade no caminho do ensino superior.

À Sabrina Bihain de Souza, meu braço direito desde que retomei os estudos após a licença maternidade.

Aos meus pais, Vilmo e Liane, e meus irmãos Ricardo e Enrique, minha origem e fonte para que eu alcançasse meus objetivos.

Aos colegas do PPGCS pelo companheirismo e pelas trocas constantes, ocorridos através de debates em sala de aula e nos espaços de estudo coletivo. E também pelo carinho disposto a mim no meu período gestacional. Vocês foram peças fundamentais para que essa experiência não fosse tão individual e solitária.

A todos os professores do PPGCS pelos riquíssimos ensinamentos. Minha profunda admiração aos meus mestres tão dedicados e comprometidos com a construção e consolidação do conhecimento e com o projeto interdisciplinar do PPGCS.

À Unochapecó e ao Programa de Bolsas Universitárias de Santa Catarina (UNIEDU) pela bolsa de estudo cedida para o desenvolvimento deste estudo.

Quero agradecer de forma especial e de coração a todas as haitianas que se dispuseram a participar desta pesquisa, assim como seus familiares e amigos, os quais pude encontrar ao longo desse percurso. Momentos de ricas trocas e de sabedoria que não se encontram em livros. Admiro vosso comprometimento ético com o próximo sempre baseado em valores morais, isso os torna fortes e resistentes perante as adversidades da vida, sempre perseverantes e com muita esperança.

*“Encheram a terra de fronteiras, carregaram  
o céu de bandeiras. Mas só há duas nações  
- a dos vivos e a dos mortos”*

Mia Couto

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma pré-natal .....	36
Figura 2 - Localização geográfica do município de Chapecó, estado de Santa Catarina, Brasil .....	43
Figura 3 - Itinerário Terapêutico Valieres.....	67

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Relação de gestantes cadastradas nos Centro de Saúde da Família de Chapecó (SC).	
.....	435

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	– Atenção Básica
ACS	– Agente Comunitário de Saúde
CSF	– Centro de Saúde da Família
eSF	– equipe de Saúde da Família
EUA	– Estados Unidos da América
GEIROSC	– Grupo de estudos sobre imigrações para o oeste de Santa Catarina
HIV/AIDS	– Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência
Adquirida	
HRO	– Hospital Regional Oeste
IT	– Itinerário Terapêutico
MS	– Ministério da Saúde
ONU	– Organização das Nações Unidas
PAISM	– Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PHPN	– Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PNAB	– Política Nacional de Atenção Básica
PNH	– Política Nacional de Humanização
PNS	– Política Nacional de Saúde
SC	– Santa Catarina
SEASC	– Secretaria de Assistência Social de Chapecó
SESAU	– Secretaria de Saúde
SIPAT	– Semana Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho
SS	– Sofrimento Social
SUS	– Sistema Único de Saúde
UBS	– Unidade Básica de Saúde
UFFS	– Universidade Federal da Fronteira Sul
UNIMED	– Confederação Nacional das Cooperativas Médicas

## RESUMO

MOMADE, Kethlin Carraro. **Os cenários dos cuidados de saúde de haitianas residentes em Chapecó (Santa Catarina)**. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Comunitária de Chapecó (Unochapecó), Chapecó, 2018. 88 f.

**Resumo:** As mulheres estão cada vez mais compondo o cenário das migrações, fenômeno que passou a ser chamado de feminização dos fluxos migratórios. No oeste de Santa Catarina, nos últimos anos, foi possível observar a chegada massiva de imigrantes haitianos, inicialmente, estabeleceram-se os homens, seguidos por mulheres e esposas e, por último, a vinda de familiares e/ou filhos. Todo esse movimento migratório trouxe inúmeras demandas com relação às mulheres haitianas, especialmente no setor da saúde, devido, principalmente, às barreiras na comunicação e diferenças culturais. Este estudo teve como objetivo compreender o cenário da migração haitiana feminina no município de Chapecó (Santa Catarina). Trata-se de uma pesquisa de cunho qualitativo, baseado na etnografia, na qual permite analisar as estruturas sociais e a interação entre elas no contato direto com os participantes. A investigação foi realizada em Chapecó, nos Centros de Saúde da Família dos bairros com maior prevalência de gestantes haitianas em acompanhamento pré-natal pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (bairro Parque das Palmeiras, Jardim América, Efapi, São Cristóvão e Engenho Braum). Participaram do estudo dez haitianas gestantes, puérperas e que tiveram experiência da maternidade no Brasil e realizaram acompanhamento pré-natal na Atenção Básica. Para a coleta de dados foi utilizada a observação, o diário de campo e a entrevista aberta e semi-estruturada. Os resultados apontaram para uma realidade fragilizada em relação aos cuidados em saúde às haitianas, diante às dificuldades na comunicação e as barreiras culturais, mesmo que haja esforço por parte dos profissionais de saúde em assegurar o acesso aos serviços de saúde. Apesar da realidade se apresentar dificultosa em relação aos cuidados com as haitianas, as participantes apontaram como positivos os serviços de saúde no Brasil quando comparados com os serviços do país de origem, especialmente em relação à gratuidade e agilidade no atendimento. As haitianas não identificaram situações de preconceito ou discriminação ao acessarem os serviços, por outro lado, os profissionais relatam ter identificado situações de negligência com esse público, apontando para uma realidade difícil de lidar devido a questões culturais, de comunicação e racismo velado. Ademais, as mulheres relataram situações de discriminação no contexto laboral como um dos principais precursores de atos contra a integridade moral e psicológica. Devido ao estresse que essas situações envolvem e influenciam diretamente na qualidade de vida e bem-estar das haitianas, apontando para uma baixa perspectiva de crescimento profissional. A investigação expõe uma realidade com diversas problemáticas, mesmo assim, percebeu-se satisfação por parte das mulheres em relação aos serviços de saúde prestados. Um dos desafios identificado é a inserção de maneira efetiva e justa das haitianas na sociedade brasileira, valorizando as potencialidades que possuem, sejam elas no âmbito dos cuidados assim como nos diversos contextos nos quais estão inseridas. Sendo assim, é importante considerar as situações de discriminação que acabam dificultando a integração social das mulheres imigrantes, alimentando um sentimento de não pertencimento à nossa sociedade, exilando-as em sua diáspora.

Palavras-chave: Imigração. Saúde da mulher imigrante. Haitianas. Cuidados em saúde.

## ABSTRACT

MOMADE, Kethlin Carraro. **The health care scenery of Haitian women living in Chapecó (Santa Catarina)**. Dissertação (Health Sciences Post-graduate Program) – Unochapecó University, Chapecó, 2018. 88 f.

**Abstract:** Women are increasingly composing the scenery of migrations, phenomenon that started being called feminization of migratory flows. In the West of Santa Catarina, in the last years, it was possible to observe the massive arrival of Haitian immigrants, initially, the men were established, followed by women and wives, and, lastly, the arrival of family and/or children. All this migratory movement brought numerous demand concerning Haitian women, especially in the health sector, due mostly to communication barriers and cultural differences. The objective of this study was to understand the scenery of female Haitian migration in the municipality of Chapecó (Santa Catarina). This is a qualitative research, based on ethnography, which allows to analyse the social structures and interaction between them in direct contact with the participants. The investigation was conducted in Chapecó, at Family Health Centers of neighbourhoods with higher prevalence of Haitian pregnant women in prenatal follow-up by Brazil's Unified Public Health System (SUS) (neighbourhood Parque das Palmeiras, Jardim América, Efapi, São Cristóvão e Engenho Braun). Participated in the study ten pregnant or breastfeeding Haitians, who had experience of motherhood in Brazil and performed prenatal care in Primary Care. For the data collection, observation, field journal and the open and semi-structured interview were used. The results pointed to a fragile reality in relation to health care for Haitian women, faced with difficulties in communication and cultural barriers, even if there is an effort by health professionals to ensure access to health services. Although the reality is difficult in relation to the care of Haitian women, the participant evaluated the health services in Brazil as positive, when compared with the services of their country of origin, especially in relation to the gratuity and agility in attendance. Haitians did not identify situations of prejudice or discrimination when accessing the services, on the other hand, professionals report having identified situations of negligence with this public, pointing to a difficult reality to deal with due to cultural issues, communication and veiled racism. In addition, women reported discrimination situations in the work context as one of the main precursors of acts against moral and psychological integrity. Due to the stress these situations involve and directly influence the quality of life and well-being of Haitian women, pointing to a low perspective of professional growth. The research exposes a reality with diverse problematic issues, even so, it was noticed that women were satisfied in relation to the health services provided. One of the challenges identified is the effective and fair insertion of Haitians into Brazilian society, valuing the potential they have, both within the framework of care as well as in the different contexts in which they are inserted. Therefore, it is important to consider situations of discrimination that end up hindering the social integration of immigrant women, feeding a sense of not belonging to our society, exiling them into their diaspora.

**Keywords:** Immigration, Immigrant women's health, Haitian womens, health care.

## NOTA DA AUTORA

*“Cada um lê e relê com os olhos que tem e compreende e interpreta a partir de onde os pés pisam”*

Leonardo Boff.

O mundo que deciframos ao nosso redor diz muito sobre a lente que usamos para enxergá-lo. O Ser Humano é um sujeito histórico em todo seu processo de desenvolvimento, no qual a afirmação e definição de realidade dizem muito a respeito do posicionamento seu cidadão do mundo.

Minha trajetória percorrida no período de formação na graduação possibilitou refletir sobre o ser humano nas mais variadas situações que desafiam sua capacidade de adaptação e na superação de desafios. Compreensão também estimulada pela oportunidade de vivenciar o intercâmbio estudantil durante a graduação para Moçambique, no segundo semestre de 2014, completando seis meses de experiência, possibilitando-me *ser* “em outro mundo”. Com essa experiência, é verdadeiro afirmar que o desenrolar da vida em um contexto totalmente diferente do habitual gera grandes cargas de estresse, tanto no nível físico e mental quanto no espiritual, devido ao impacto entre as diferenças culturais e de idioma<sup>1</sup>, assim como a saudade de casa e a solidão. O choque cultural desperta diversas emoções e sentimentos em quem o vivencia. Muitas vezes, é difícil narrar a experiência até que se compreenda-a em sua essência, gerando um sentimento de estranhamento e não pertencimento ao local de acolhida, pois aceitar a cultura do outro é abrir mão de alguns dos próprios hábitos culturais.

Esta experiência possibilitou-me, enquanto psicóloga, desenvolver sensibilidade em relação à diversidade, pontuado no fato de que os profissionais de saúde, no decorrer de suas atividades, necessitam desenvolver a “escuta e a compreensão em profundidade”, sempre se colocando no lugar do outro que está em sofrimento, reconstituindo sua história de vida e construindo, junto a ele, o processo terapêutico direcionado para as suas necessidades. Essa sensibilidade prevaleceu no momento da definição do tema para essa investigação, considerando que sempre há por trás do objeto investigado o olhar empírico de sua pesquisadora. Este olhar se direcionou para o fenômeno migratório e as inquietações a respeito do “outro” que se inseriu na comunidade local, sendo notória a presença feminina de haitianas pelos espaços da cidade de Chapecó (SC).

---

<sup>1</sup> Apesar dos países Brasil e Moçambique terem adotado o português como idioma oficial, há significativas variações na fala, devido ao sotaque e influência de expressões do dialeto local.

As diferenças através dos traços torneados, no tom da pele e no cabelo, assim como na língua, despertaram em mim o interesse em compreender melhor como o processo migratório refletiu na saúde e na qualidade de vida das mulheres imigrantes haitianas. As quais, apesar de estarem distantes de sua terra natal, não desistem dos seus projetos de vida e dão continuidade na aliança familiar em solo brasileiro. Carregando consigo diversas histórias de superação e conquistas, desafios enfrentados no dia a dia em relação à diáspora e a inserção em uma sociedade diferente de seu povo. Histórias de pessoas que não querem deixar apagar as suas origens e costumes, mesmo que distante da sua terra natal.

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
1.1 Objetivo geral .....	20
1.2 Objetivos específicos .....	21
2 A DIÁSPORA HAITIANA .....	22
3 REFERENCIAL TEÓRICO .....	26
3.1 Sofrimento Social .....	26
3.2 Saúde da mulher .....	31
3.2.1 Saúde da mulher imigrante .....	31
3.2.2 Diretrizes e saúde da mulher no Brasil .....	33
3.3 Itinerário terapêutico .....	39
4 PERCURSO METODOLÓGICO .....	43
4.1 Cenário do estudo .....	43
4.2 Procedimentos da coleta de dados .....	46
4.3 Análise de dados .....	49
4.4 Registro dos dados.....	50
4.5 Aspectos éticos .....	50
5.0 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	52
5.1. Primeiras incursões no campo de pesquisa .....	52
5.1.2 A pesquisa de campo.....	55
5.2 Os itinerários do cuidado em saúde realizado pelas haitianas.....	59
5.3 O estigma social em relação à diáspora haitiana .....	68
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	74
REFERÊNCIAS .....	79

## 1 INTRODUÇÃO

A migração está intrinsicamente ligada ao instinto de todo ser capaz de se locomover em busca de algo melhor para a garantia de sobrevivência. Na verdade, o ser humano, em sua essência, busca sempre algo melhor, seja para si mesmo ou para a sua comunidade, por isso, pode-se dizer que está sempre em constante processo de transformação, pois o homem, assim como o tempo, não para. Nesse sentido, a migração pode ser considerada um fato social complexo, devendo ser analisada sob diversos aspectos, através da história, sociologia, antropologia, psicologia, economia, geografia, assim como entre as diversas áreas do conhecimento, compreender o fenômeno migratório é considerar os múltiplos fatores que o compõe (SAYAD, 1998).

Essa multiplicidade no cenário da migração, quando analisada apenas como um espaço físico com fronteiras materiais, dificulta compreender o processo como um todo, pois há o pressuposto de ser “[...] um espaço qualificado em muitos sentidos, socialmente, economicamente, politicamente, culturalmente.” (SAYAD, 1998, p. 14). Quando compreendida em apenas uma das esferas que compõe todo esse conjunto, emergem situações das quais se resolveriam mais facilmente se houvesse articulação entre os diversos setores, havendo a necessidade da compreensão interdisciplinar e intersetorial do fenômeno migratório.

A recente onda migratória no oeste de Santa Catarina (SC) teve início em meados de 2011, marcado pela vinda de diásporas haitianas a Chapecó, e, posteriormente, demais nacionalidades, dando um novo tom ao cenário habitual da cidade. Inicialmente, muitos haitianos foram recrutados em grandes empresas da cidade, constituindo um contingente significativo que passou a influenciar o desenvolvimento local e regional (BERNARTT et al., 2016).

Sabe-se que a população haitiana compõe um dos maiores números de imigrantes no Brasil. Uma nação marcada por uma história de luta e resistência, reconhecida como a primeira república negra a conquistar a independência e abolir a escravidão no mundo (ocorrida no início do século XIX), passando por diversos conflitos por disputas de poder, ditadura e golpes militares, assim como bloqueios econômicos – houve dificuldades para o Haiti ser reconhecido internacionalmente após a independência, pelo receio de estimular revoltas em outras colônias. Como se não bastasse sucessivos desencontros no cenário político, que influenciaram diretamente na economia, o país se viu devastado após catástrofes

ambientais que atingiram diversas regiões do Haiti, inclusive a capital econômica Porto Príncipe (LOUIDOR, 2013).

Mesmo com a calorosa acolhida do Brasil a esse novo migrante, a abertura de fronteira trouxe consigo inúmeros desafios para o setor público, principalmente os da esfera municipal. As especificidades de cada região demonstram diferentes demandas a serem geridas, especialmente no setor da saúde, educação e assistência social. Assim como apontam Bernartt e colaboradores (2016), ao problematizarem a onda migratória para o oeste de SC e sudoeste do Paraná, alertam para as mudanças na dinâmica regional<sup>2</sup>, devido ao despreparo das cidades de pequeno a médio porte em lidarem com esse fenômeno (até então desconhecido), as situações de vulnerabilidades emergentes e a inexistência de políticas públicas voltadas para as novas demandas, assim como a incipiência dos estudos que retratam e discutem essa realidade. Desafiando as políticas públicas em saúde, especialmente por essa diáspora associar-se a outra característica recentemente presente no cenário migratório, a chegada significativa das mulheres haitianas através da reunificação familiar e a constituição de família em solo brasileiro.

Essa mudança significativa põe em pauta a questão da igualdade e direitos humanos no cenário da migração: o crescente número de mulheres que estão migrando, apontando para a feminização da migração, considerada uma das principais características da nova era migratória (RAMOS, 2010). Constatando-se que em alguns países o número de mulheres chega a igualar-se aos homens, e em algumas regiões é ainda maior, conquistando cada vez mais espaços nos países de acolhimento (RAMOS, 2009; UNFPA, 2006).

Em 2006, as estimativas eram de que as mulheres constituíam aproximadamente metade de todo o universo de migrantes no mundo, cerca de 95 milhões, estando em movimento em todas as partes do mundo (UNFPA, 2006), sejam de maneira independente ou como chefes de família (COGO; BADET, 2013). Essa realidade faz com que mulheres passem a conquistar cada vez mais espaços nos países acolhedores, vistas como fonte de recursos humanos alternativos de desenvolvimento no país de origem assim como no país de assentamento. O que, no entanto, significa também reconhecer a discriminação social e econômica que muitas vezes este grupo está sujeito (UNFPA, 2006).

Em um levantamento realizado na Secretaria de Saúde de Chapecó (SC), em agosto de 2017, foi possível observar a quantidade significativa de gestantes haitianas em acompanhamento pela Rede de Atenção à Saúde, havendo 38 gestantes cadastradas. Essa

---

<sup>2</sup> Enfatizado por Bernartt na III Roda de Conversa: migração, direitos humanos e políticas públicas promovido pelo GEIROSC, ocorrida no dia 30 de junho de 2018.

realidade trouxe consigo inúmeros desafios para o setor de saúde no município, alertando para o despreparo dos profissionais de saúde frente a esse público<sup>3</sup>, por meio de relatos desses profissionais que vivenciaram situações de negligência nos serviços, assim como casos de mortalidade materna e neonatal de haitianas. A essa realidade corroboram os autores Goldberg e Silveira (2013, p. 288), onde citam que “é possível analisar as maneiras em que os processos de desigualdade social e as diversas formas de violência se traduzem em desigualdades em saúde.”

Nesse sentido, a precariedade na qual se encontra o sujeito na condição de migrante reflete significativamente na sua saúde, implicado através do conhecimento da cobertura dos serviços de saúde, os quais em muitos países se constituem de maneira diferente do Brasil, sendo que nem sempre a cobertura é gratuita e universal. As diferenças linguísticas se constituem como uma grande barreira, tanto para acessar os serviços de saúde quanto para a efetiva inserção do imigrante na sociedade receptora, assim como as condições de trabalho e moradia as quais se sujeitam os imigrantes, geralmente retratando a precariedade na instalação dos imigrantes e condições laborais insalubres. Impactando, assim, significativamente na saúde do imigrante, principalmente se este se encontra em situação irregular no país de acolhimento (GRANADA et al., 2017).

Considerando que a migração para as mulheres envolve diversas características em sua dinâmica nas quais refletem diretamente no bom funcionamento da saúde, dentre eles o estresse na adaptação à nova sociedade, jornadas exaustivas de trabalho, dificuldades quotidianas (PADILLA, 2013), a barreira do idioma, qualidade no acesso aos serviços de saúde e educação, entre outros fatores importantes para a definição da qualidade de vida. Além do fato da maioria das mulheres imigrantes encontrarem-se em idade fértil, demandando atenção especial à maternidade, marcando o cenário no qual esse estudo está inserido.

Em pesquisa realizada na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (bvsalud.org), filtrando as publicações, nacionais e internacionais, voltadas à saúde da mulher no contexto da migração, identificaram-se alguns estudos publicados. A partir dos filtros utilizados, através dos descritores “saúde da mulher” e “migração”, encontrou-se 21 artigos, e destes apenas um destes aborda a saúde da mulher realizado no Brasil, com bolivianas residentes em São Paulo. Os resultados trazidos pelos artigos apontaram para uma realidade precária e que, muitas vezes, infringe os direitos humanos das mulheres sujeitas à condição de migrante,

---

<sup>3</sup> Relatados de profissionais de saúde que vivenciaram inúmeras situações de negligência médica e casos de mortalidade materna e neonatal de haitianas em Chapecó.

independente do país de acolhimento, e discorrem de acordo com a realidade de cada país quando o assunto é imigração. Através da busca, constatou-se que as experiências das mulheres imigrantes ao utilizarem os serviços de saúde no país de acolhimento variam bastante de um local para o outro, em consonância com as políticas vigentes para imigrantes e a disponibilidade dos serviços de saúde, estando associado aos hábitos em saúde das mulheres, bem como as condições socioeconômicas e a fluência na língua local, fatores utilizados para avaliar a qualidade na integração das mulheres na comunidade receptora. Constatando que a forma como as mulheres experienciaram os serviços de saúde no país de origem dizem muito sobre como avaliam os serviços no país de acolhimento (ROCHA et al., 2013).

Este estudo justifica-se pela incipiência de publicações científicas no âmbito da saúde da mulher e a novas demandas emergentes em saúde pública à população imigrante feminina. Especialmente acerca da atenção à saúde da mulher gestante e puérpera pela ótica das próprias usuárias, levando em consideração a experiência dos cuidados vivenciados, sob a influência da barreira linguística, cultural e racial, assim como a adaptação por parte dos profissionais de saúde às práticas cotidianas em relação aos cuidados com a saúde da mulher imigrante.

De modo geral, as migrações trazem consigo diversos desafios para os países de acolhimento, devido à pouca visibilidade no âmbito das políticas públicas, ou insuficientes, para responderem a demandas específicas do cenário migratório. Isso tem levado muitos imigrantes a encontrarem-se numa realidade precarizada em relação às condições de trabalho e moradia, os quais refletem diretamente nas condições de saúde e reforçam as desigualdades sociais (GOLDBERG; SILVEIRA, 2013; RISSON, 2016).

Nesse sentido, para adentrar na realidade em saúde das imigrantes haitianas no município de Chapecó e compreender a experiência a partir da perspectiva das próprias usuárias, optou-se pela etnografia, por abordar uma metodologia que permite compreender o sujeito e sua relação nas diversas situações, considerando a influência das estruturas sociais e a potência da cultura como influenciadores nas tomadas de decisões frente aos cuidados em saúde (HAYDU, 2017). A etnografia possibilitou a imersão no campo, estando em contato constante com a realidade estudada e descrevendo alguns aspectos e percepções sobre o cuidado em saúde dos sujeitos estudados.

Através desse viés de inserção em um contexto predominantemente colonizado por europeus brancos e o aparente estigma social que as imigrantes haitianas estão sujeitas<sup>4</sup>, o referencial teórico que possibilitou compreender o “pano de fundo” das relações e interações entre as participantes, o seu cenário de inserção social e os serviços de saúde e o Sofrimento Social (SS). Um dos principais teóricos dessa corrente de pensamento é o médico e antropólogo originário dos Estados Unidos da América, Paul Farmer. Farmer (2003) desenvolveu seu estudo sobre SS em países em desenvolvimento, sendo reconhecido internacionalmente por seu trabalho humanitário, realizado principalmente no Haiti, na década dos anos 1980. O SS contextualiza o sofrimento sob o viés da força que as relações de poder exercem sob os corpos, analisando como a estrutura social influencia nos padrões da qualidade de vida, nos índices de saúde e doença e como o poder regula o contexto social. Indagando-se como as relações de poder simbólico dos profissionais de saúde interferem nos serviços prestados às usuárias imigrantes haitianas.

Nessa perspectiva, esta pesquisa, através do recorte da saúde reprodutiva da mulher imigrante haitiana, intencionou conhecer o contexto de saúde das mulheres imigrantes, questionando-se como se dá o acesso e a cobertura dos serviços de saúde às haitianas residentes em Chapecó, na fase da gestação e puerpério. Considerou-se que durante esse processo a mulher, impreterivelmente, passará, ao menos uma vez, pelos serviços de saúde. Além da oferta e demanda dos serviços de saúde, por trás dessas questões há também um sujeito com diferentes demandas, guiado através da sua história de vida, principal influenciador na tomada de decisão frente aos cuidados de saúde. Ao analisar essa esfera, utilizou-se o conceito de Itinerários Terapêuticos (IT). O conceito de IT contribui para interpretar os caminhos percorridos pelas mulheres na busca e nos processos de cuidados à saúde, investigando as motivações que as levam a aderir (ou não) aos tratamentos e linhas de cuidado, os principais influenciadores na tomada de decisão, a importância da rede de apoio como fator decisivo na procura pela rede de assistência à saúde e as forças que a estrutura social exerce na qualidade de vida e na saúde da mulher (GERHARDT; ROTOLI; RIQUINHO, 2011).

A primeira parte aborda o arcabouço teórico utilizado como referência para guiar esse estudo, com um breve apanhado da diáspora haitiana, seguindo do Sofrimento Social, como

---

<sup>4</sup> Estigmatização recorrente desde o período de colonização da região, em meados do Século XX (RODRIGUES; NEUMANN, 2015). Disponível em: < [http://www.snh2015.anpuh.org/resources/anais/39/1434423276\\_ARQUIVO\\_ColoniascolonizadorasnaRegiaoOesteDeSantaCatarina.pdf](http://www.snh2015.anpuh.org/resources/anais/39/1434423276_ARQUIVO_ColoniascolonizadorasnaRegiaoOesteDeSantaCatarina.pdf)>. Acesso em 22 out. 2018.

uma lente para investigar as relações desiguais nos serviços de saúde e sua influência na qualidade do acesso e assistência prestada. Seguindo a teoria de IT, que contribuiu para investigar os percursos utilizados pelas haitianas em busca dos cuidados no pré-natal, orientado pelas políticas de atenção à mulher e ao pré-natal preconizadas pelo Ministério da Saúde (MS) assim como pela perspectiva do autocuidado.

A segunda parte retrata o percurso metodológico, através da explicação da metodologia etnográfica, retratando o perfil das participantes, a análise e a coleta dos dados, assim como o percurso realizado até chegar às gestantes em acompanhamento pré-natal na Atenção Básica (AB) do município de Chapecó (SC), justificando, assim, o porquê desse caminho ser o selecionado.

A terceira parte aborda a organização e análise dos dados, após a leitura do material emergiram as seguintes categorias: “As primeiras incursões no campo de investigação” e “a pesquisa de campo”, ou seja, os primeiros contatos realizados nos Centros de Saúde da Família (CSF), através das enfermeiras coordenadoras e também com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), os profissionais responsáveis em realizar a mediação no meu primeiro contato com as haitianas cadastradas na microárea de cada CSF. Seguindo, “Os itinerários dos cuidados em saúde realizado pelas haitianas” retrata os percursos em busca dos cuidados em saúde das haitianas no seu processo gestacional, mediante as dificuldades relacionadas ao idioma e também cultural e, por último, “O estigma social em relação à diáspora haitiana”, abordando as principais dificuldades das haitianas em inserir-se em um contato com significativas diferenças étnicas e culturais.

As considerações finais apresentam-se através da reflexão a respeito da trajetória percorrida pela pesquisadora no processo de investigação sobre a migração feminina em Chapecó, SC. Um cenário que apresenta inúmeras fragilidades, mas que não se encontra estagnado: as mudanças são lentas e graduais, na busca pela integração humana dos imigrantes na sociedade acolhedora.

### **1.1 Objetivo geral**

- Compreender o cenário da migração haitiana feminina no município de Chapecó;

## **1.2 Objetivos específicos**

- Analisar como se configura o contexto de saúde das imigrantes haitianas no município de Chapecó (SC).
- Identificar como é o acesso das haitianas aos Serviços de Saúde e o acompanhamento pré-natal e puerpério.

## 2. A DIÁSPORA HAITIANA

Atualmente, as migrações estão sendo motivadas por fatores econômicos, ambientais, políticos e sociais, na esperança de encontrar melhores condições de vida no país de destino. Isso tem levado a comunidade global a presenciar um aumento significativo das migrações nos últimos anos, estimando que esse avanço esteja a um ritmo mais acelerado que o próprio crescimento da população mundial (RAMOS, 2009).

Segundo o relatório divulgado pela Organização das Nações Unidas (ONU), em 2017, o número de migrantes internacionais em todo o mundo foi equivalente a 258 milhões, num percentual de aumento significativo quando comparado com o ano de 2000 que contava com 173 milhões de migrantes. Na distribuição das migrações pelo globo, o continente asiático representa o maior destino dos migrantes (80 milhões), seguido da Europa (78 milhões), a América do Norte aparecendo em terceiro lugar de preferência (58 milhões), África (25 milhões), América Latina e Caribe (10 milhões) e Oceania, com 8 milhões (UN, 2017).

Um fenômeno que se intensificou nas últimas décadas foi a mudança nas rotas migratórias, no qual os países do hemisfério sul começam a ganhar visibilidade e passam a compor significativamente o cenário da migração, sendo conhecido como migrações sul-sul. Essa procura provém da ascensão dos países em desenvolvimento no mercado global, que necessitam em grande escala de mão de obra a baixo custo (MAMED, 2018). Correlacionado com as políticas de fechamento das fronteiras nos países com tradição na recepção de imigrantes (WEINTRAUB; VASCONCELOS, 2013).

Dentre os países de destino, o Brasil começa a ganhar preferência (GOLDBERG; MARTIN; SILVEIRA, 2015). Recebendo número expressivo de migrantes vindos de países como o “Haiti, Bolívia e Congo além de pedidos de refúgio de indivíduos que fogem de conflitos armados em países do Oriente Médio, África e Ásia” (BÓGUS; FABIANO, 2015, p. 128). Conforme estatística apresentada pela ONU (2017), entre os anos 2010 a 2016, contabilizou-se 67.226 pedidos de haitianos para a entrada em solo brasileiro. Em contrapartida, os dados apresentados por Baeninger e Peres (2017), através da fonte Sistema de Tráfego Internacional, a presença haitiana no Brasil equivale a 85.079, com presença feminina correspondente a 22.135 haitianas.

Observando que se intensificaram os pedidos de entrada no país pelos haitianos após a aprovação da Resolução Normativa n. 97, de 12 de janeiro de 2012, a qual dispôs a concessão

de visto permanente por razões humanitárias para os haitianos, amparados no Art. 16, pela Lei n. 6.815, de agosto de 1980, do Estatuto do Estrangeiro (SÁ, 2015; BRANCO, 2016).

Localizado na América Central, o Haiti é uma ilha banhada pelo Mar do Caribe, limítrofe com a República Dominicana e conta com uma população de mais de 10 milhões de habitantes (COGO, 2014). Os espanhóis chegaram à ilha no ano de 1492, e devido à beleza do local, nomearam-na Hispaniola - pequena Espanha - em homenagem à Espanha. Nesse período, grande parte da população nativa (os *arawaks* e os *tainos*) acabou sendo aniquilada através de conflitos, por jornadas exaustivas de trabalho, choque microbiano (contato com diferentes doenças e vírus trazidos pelos europeus), fome e suicídio (LOUIDOR, 2013).

Durante o século XVIII, através da assinatura do Tratado de Ryswick, pela Espanha e França, a porção ocidental da ilha, atualmente o Haiti, passa a estar sob o domínio francês e, então, nomeada *Saint-Domingue*. Nesse período, a população era composta por aproximadamente 864.000 escravos negros trazidos do continente africano. As condições desumanas do trabalho escravo realizados nas plantações de cana-de-açúcar, índigo, algodão, café e cacau fez com que o número populacional de escravos caísse para quase dois terços em menos de um século. *Saint-Domingue* foi considerado uma das colônias mais prósperas e lucrativas do mundo e a primeira produtora mundial de açúcar e café, reconhecida como Pérola das Antilhas (LOUIDOR, 2013, p. 17). No entanto, esse cenário foi mudando devido a intensas rebeliões dos escravos, tomando força no ano de 1791, sob a liderança de Toussaint Louverture. Conquistando a independência no ano de 1804, consagrando-se, então, como a primeira república negra do mundo (LOUIDOR, 2013).

Sua história, desde o período de colonização aos dias de hoje, esteve marcada por inúmeros episódios de sofrimento e superação. Conforme Julia Gaffield (apud SOUZA; SILVA, 2017, p. 360):

O Haiti [...], embora parcialmente aceito na arena internacional por sua relevância comercial, sofreu profundamente com o fato de não ter sido diplomaticamente reconhecido no início do século XIX por ter fundado sua independência sobre uma revolução de escravos bem-sucedida, desafiando, portanto, as estruturas do escravismo no mundo atlântico.

Corroborando, Allegri (2013) destaca que o Haiti carrega consigo um histórico de violência e opressão que impossibilitou o país de se constituir como nação independente economicamente, assim como na vida social e política. Fato ocasionado por uma sucessão de abusos de governos ditatoriais, bloqueios econômicos, desastres naturais e intervenções econômicas internacionais e, após o terremoto, viu-se parte do país, inclusive sua capital, em ruínas (SUTTER, 2010). O abalo sísmico ocorrido em 2010, com magnitude de 7,0 na Escala

Richter, ocasionou a morte de mais de 200.000 pessoas e mais de 2 milhões de desabrigados (ONU, 2017), motivou grande exposição da mídia ao mundo sobre a fragilidade vivenciada pelo país. Entretanto, conforme revela Thomas (2010), os haitianos e haitianas já estavam conscientes da falta de Estado no Haiti, destacando que inúmeras intervenções internacionais, durante décadas, não foram capazes de reestruturar a república do Haiti.

O terremoto veio para dar o golpe de graça a um país que já se encontrava em uma situação de extrema vulnerabilidade social, econômica e política. O resultado imediato foi o deslocamento de milhares de haitianos, a instalação de campus para pessoas deslocadas e a entrada exponencial de organismos/organizações internacionais que começaram a intervir, mas, inicialmente, de maneira desarticulada. (ONU, 2017, tradução minha, p. 31).

Após a catástrofe e mediante a crise instalada no país, diversos haitianos buscam na diáspora a chance de recomeçar suas vidas novamente. Muitos escolheram o Brasil como país de destino, utilizando, em sua maioria, a cidade de Brasília, no estado do Acre, como porta de entrada ao país. A vinda dos haitianos para o oeste de SC ocorreu a partir do ano de 2011, principalmente para o município de Chapecó, com a chegada de homens para compor o quadro de funcionários de empresas com potencial expansão econômica, as quais enfrentavam a falta de mão de obra. Nessa época, o Brasil vivenciava uma boa fase na economia, onde o governo desenvolveu estratégias para que a economia interna não fosse abalada pela crise que assolava o cenário internacional, especialmente os países do hemisfério norte, tido como destino preferencial nas rotas migratórias. Inicialmente, o recrutamento de haitianos ocorreu com a ida de empresários até a cidade de Brasília, disponibilizando dois ônibus para os haitianos virem do Acre à Chapecó, abrindo caminho para outros haitianos optarem por essa cidade como destino final, assim como para os familiares e amigos (BERNARTT et al., 2015).

Atualmente, há indícios de um grande número de haitianos residentes no município, mas não há um controle efetivo de entrada e saída (por nacionalidade) dos imigrantes no município ou região. Segundo a subintendência da Polícia Federal de Chapecó, que abrange aproximadamente 80 municípios, há oito mil imigrantes cadastrados<sup>5</sup>. De acordo com o GEIROSC (Grupo de Estudos sobre Imigrações para o Oeste de Santa Catarina), através de levantamento das ocupações nas empresas, cadastro ou atendimentos nos serviços de saúde do município, há 2500 haitianos residentes no município de Chapecó<sup>6</sup>. Acredita-se que esse

---

<sup>5</sup> Informação repassada por agentes da Polícia Federal de Chapecó à pesquisadora, em junho de 2018.

<sup>6</sup> Dados informais a respeito do número de haitianos residentes no município de Chapecó, disponibilizado pela líder do Geirosc, Sandra Bordignon, na III Roda de Conversa, realizada em junho de 2018. Não há um controle

número já foi maior, entre os anos de 2014 e 2015, posterior a esse período, o número da população imigrante reduziu gradativamente devido à crise financeira e enxugamento no quadro de funcionários das maiores empregadoras da região, especialmente no setor da agroindústria e construção civil. Desse modo, os países da América do Sul, como Argentina, Chile e Uruguai passaram a ser novo destino dos haitianos (ONU, 2017).

Após esse período de vinda e permanência dos homens na região, foi notória a chegada das mulheres. Motivadas por meio da reunificação familiar e matrimônio, modificando significativamente o perfil da população imigrante haitiana e confirmando a pertença desse povo em solo brasileiro (MEJÍA; CAZAROTTO, 2017). O fenômeno migratório haitiano feminino ganhou força e visibilidade a partir do ano de 2014, passando a ser considerado como uma segunda etapa da migração haitiana, no qual este novo grupo:

Se constitui em grande parte por familiares – diretos ou indiretos – de imigrantes já instalados, o que forçara as incipientes dinâmicas institucionais previstas para tratar da reunificação familiar, a integração de famílias e um processo lento de feminização da migração haitiana. (ONU, 2017, tradução minha, p. 41).

As redes migratórias, no contexto do transnacionalismo, mobilizam e interconectam os imigrantes e os familiares que permanecem no país de origem. O dinamismo dos deslocamentos reconfigura o fluxo migratório, fazendo-se presente nesse contexto, além dos homens, as mulheres também. Apontando para a reunificação familiar como ponto significativo e fundamental na migração haitiana (MEJÍA; CAZAROTTO, 2017).

A reunificação familiar, assim como a presença feminina, põe em pauta mudanças significativas no cenário da migração, representando um novo e permanente perfil das migrações, apontando para uma realidade frágil e emergente no âmbito das políticas públicas que possam garantir os direitos humanos da mulher e da família migrante.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 Sofrimento social, discriminação e racismo

Para refletir e dialogar com a saúde da mulher migrante, é necessário reconhecer as questões relacionadas às dimensões socioantropológicas em torno dos processos de saúde e adoecimento, imbricados nas formas de cuidados ofertados pelos serviços públicos de saúde e as atribuições e divergências culturais direcionadas às condições em que os migrantes estão sujeitos.

Esses aspectos contribuem para a migração ser considerada um processo em que os migrantes se encontram em constante vulnerabilidade e violação dos direitos humanos. Inúmeros são os contratempos que impedem a inserção efetiva do migrante na comunidade de acolhimento, hostilizados pela discriminação, o racismo velado e poucas iniciativas do poder público em articular estratégias efetivas em resposta às novas demandas, principalmente no setor da saúde. Fassin (2016) aponta a sensibilização momentânea da sociedade civil como governo humanitário, que deslegitima os direitos sociais e passam a ser regidos por sentimentos morais de compaixão ao próximo, não contribuindo com a população marginalizada no intuito de efetivar políticas públicas que sustentariam um cenário mais justo, principalmente aos migrantes, mas sim promovendo ações pontuais incapazes de transformar a realidade de forma efetiva, onde a “desigualdade social passa a ser vista pela perspectiva do sofrimento individual” (FASSIN, 2016, p. 75), estabelecendo, assim, uma zona de tensão nas políticas de assistência e de direitos humanos. Originando, então, um círculo vicioso de dependência entre a população marginalizada e o assistencialismo do governo, enfraquecendo seus direitos sociais.

Conforme pontuam as autoras Weintraub e Vasconcelos (2013), na perspectiva de Fassin - em seu trabalho realizado com grupos vulneráveis, tais como: migrantes, estrangeiros e excluídos na França e em outras partes do mundo -, as ações desenvolvidas voltadas para os grupos excluídos e indesejados se assemelham com modos morais de intervenção, os quais focalizam-se na resolução dos sintomas aparentes, reafirmando a condição de exclusão social, as autoras apontam para os problemas aparentes serem tratados com intervenções capazes de transformar a realidade, levando em conta as suas características sociais e políticas, não apenas velando-os com soluções emergenciais e pontuais.

A vulnerabilidade passa a ser percebida como responsabilidade dos autores políticos na efetivação de políticas públicas, garantindo o amparo social dos grupos marginalizados.

Quando há isenção do poder público nas demandas sociais, pode-se dizer que o sofrimento não é vivido individualmente, mas sim amplia-se a magnitude do SS. O conceito do SS vem sendo utilizado nos últimos anos pelas ciências sociais (PUSSETTI; BRAZZABENI, 2011) para explicar as relações entre poder e exclusão social, analisando como as estruturas sociais manipulam os corpos e contribuem para a produção de SS. Emergindo da necessidade em compreender o sofrimento não de forma individualizada, mas sim na forma como os grupos vulneráveis e marginalizados respondem à sua condição de exclusão através da somatização de sintomas e doenças, sobre as quais a biomedicina, sozinha, não se encontra mais capaz de responder. Nomeado como uma forma de exclusão coletiva de grupos historicamente estigmatizados e racializados, ao SS não cabe tratamentos individualizados aos problemas que emergem do contexto da exclusão social. Esse olhar sai do viés de “cura” na perspectiva centralizada no sujeito e passa a ser visto como uma experiência social e ampla do sofrimento (WEINTRAUB; VASCONCELOS, 2013, grifo meu).

Para Kleinman, Das e Lock (1996), o SS é resultado da interação entre as relações de poder e as respostas aos problemas sociais, resultando numa forma de violência cometida pela própria estrutura social, onde o problema não pode ser visto de forma isolada, julgando a ação por um indivíduo ou grupo que dela faz parte, mas observando os efeitos nocivos, sutis, das relações desiguais de poder que caracterizam a organização social (PUSSETTI; BRAZZABENI, 2011).

Tem-se observado no mundo contemporâneo, em relação ao sofrimento, a tendência à individualização das consequências de situações e posições sociais que são originárias de uma problemática de maior magnitude (WEINTRAUB; VASCONCELOS, 2013). Farmer (2003) alerta que aqueles que olham somente para os poderosos atores atuais para explicar a miséria não verão como as desigualdades estão estruturadas e legitimadas ao longo do tempo e da história. Tornando-se um processo de mediação, regulação e transformação social, sendo vivido em contextos entrelaçados: tanto no aspecto coletivo, intersubjetivo, individual. No qual as pessoas absorvem através de seus corpos, pelo eu, tanto as obrigações quanto os direitos que se contradizem no mundo moral, além das normas e contestações do corpo político (KLEINMAN; DAS; LOCK, 1996). Conforme apontam os autores Werlang e Mendes (2008), à luz de Kleinman e Kleinman, a experiência do SS pode ser caracterizada como limitadora da condição humana e, no âmbito social, entendida como experiência coletiva incorporada pelos indivíduos através de percepções e expressões oriundas da interação social.

Pode-se dizer que a violência estrutural diz respeito ao poder que o Estado estabelece sobre os cidadãos, os quais estão atrelados a forças políticas e econômicas exercidas sobre eles. Esse tipo de violência acontece de forma invisível, sendo exercida sistemática e indiretamente por todos aqueles sujeitos que compõem uma determinada ordem social, através da coesão social. Está presente nas formas mais sutis de opressão, sejam elas raciais, sexistas, morais, religiosas, entre outras (FARMER, 2003). Assim como, independente da característica distintiva, podendo ser social ou biológica, serve de pretexto para que ocorra a discriminação e, portanto, como uma causa de sofrimento aos discriminados (FARMER, 2003).

A violência estrutural dá inúmeras possibilidades ao pensarmos como isso reflete na saúde dos imigrantes em seu processo de integração na sociedade acolhedora, que geralmente vivem à margem da sociedade. Ao se inserirem em novo contexto carregam consigo estigmas os quais lhes são atribuídos por ser o “outro”, podendo ocasionar problemas de saúde relacionados à dificuldade na adaptação, à falta de conhecimento dos serviços em saúde ou por negligência do sistema em divulgá-los e ofertá-los. Pode-se refletir em um exemplo relacionado à saúde ao considerar-se o grande avanço científico nesse campo, as mortes que ocorriam nos séculos passados por doenças que, atualmente, existem recursos médicos disponíveis para tratamento e cura – podemos pensar na tuberculose, por exemplo – não poderiam ser consideradas como uma forma de violência naquele tempo, mas se alguém morrer atualmente por tuberculose, considera-se que ocorreu a violência, pois há recursos disponíveis para que a morte seja evitada (PARKER, 2013). “A violência é construída na estrutura e revela-se como poder desigual e, conseqüentemente, oportunidades de vida desiguais.” (GALTUNG, 1969 apud PARKER, 2013, p. 32).

Nessa perspectiva, conforme descreve Parker (2013), com base no pensamento de Johan Galtung, a desigualdade racial é um exemplo frequente de violência estrutural nos Estados Unidos da América (EUA):

Estruturas sociais, construídas sobre a base do racismo, colocam homens e mulheres negros (ou afro-americanos) em desvantagem sistemática, devido a oportunidades de vidas desiguais. Pode não haver ninguém discriminando diretamente ou causando prejuízos àqueles que sofrem dessa desigualdade de oportunidade de vida. No entanto, níveis ainda maiores de morbidade e mortalidade caracterizam a população negra justamente por causa da estrutura de desigualdade racial, historicamente enraizada na escravidão, e depois perpetuada ao longo do tempo através de uma série de estruturas e práticas discriminatórias. Suas vidas são caracterizadas pela desigualdade de oportunidades de educação e pelo acesso mais limitado ao emprego, ao atendimento médico e à justiça. (PARKER, 2013, p.32).

Os reflexos da desigualdade racial do período de escravidão refletem na atual organização social, semelhante aos EUA, os traços do racismo e discriminação estão profundamente enraizados na cultura brasileira, marcada desde o período colonial pela política de branqueamento ao processo de seletividade nas rotas migratórias para o Brasil, estimulando a vinda de europeus para manter a “elite branca” brasileira, sob a concepção de que a miscigenação entre os povos atrasaria o desenvolvimento do país (LAGUARDIA, 2004).

Nesse cenário marcado pelo estigma, preconceito e racismo, o recente fenômeno migratório haitiano trouxe consigo diversas situações discriminatórias quanto à integração desse imigrante à sociedade brasileira. Diehl (2016; 2017), em seus estudos sobre o fluxo migratório haitiano para o sul do Brasil, aponta para uma realidade em que uma das principais dificuldades na inserção desse grupo de imigrante é a discriminação e a xenofobia que surgem da interação social nas comunidades em que vão se estabelecendo, alertando sobre os impactos que a discriminação, muitas vezes vivenciada através de violência física e verbal, refletem na qualidade de vida do imigrante. Diehl (2017, p. 113) aponta para o “processo de estigmatização utilizado como uma estratégia para a dominação de um grupo étnico imigrante.” Os estigmas que são associados à cor da pele, ao local onde moram atualmente e também à região de origem servem como instrumentos dos dominantes para desqualificar o imigrante.

O estigma, segundo Parker (2013, p. 29), pode ser reconhecido como uma espécie de processo social, fundamentalmente ligado na produção ou reprodução do poder e a dominação, fazendo com que diferentes grupos sejam “desvalorizados e outros valorizados de forma inerentemente discriminatória”.

O estranho está à nossa frente, podem surgir evidências de que ele tem um atributo que o torna diferente de outros que se encontram numa categoria em que pudesse ser - incluído, sendo, até, de uma espécie menos desejável - num caso extremo, uma pessoa completamente má, perigosa ou fraca. Assim, deixamos de considerá-lo criatura comum e total, reduzindo-o a uma pessoa estragada e diminuída. Tal característica é um estigma, especialmente quando o seu efeito de descrédito é muito grande - algumas vezes ele também é considerado um defeito, uma fraqueza, uma desvantagem - e constitui uma discrepância específica entre a identidade social virtual e a identidade social real [...] observe-se, também, que nem todos os atributos indesejáveis estão em questão, mas somente os que são incongruentes com o estereótipo que criamos para um determinado tipo de indivíduo. (GOFFMAN, 2008, p. 12).

Segundo Goffman (2008), o estigma se consiste em uma “situação do indivíduo que está inabilitado para a aceitação social plena”. O estigma e preconceito em relação a um grupo

inferiorizado apresentam-se como discriminação, uma resposta comportamental causada por atitudes positivas ou negativas. O reflexo da estigmatização em um contexto social leva o grupo dominado a sentir-se inferiorizado, discriminado, retratando as consequências no quadro de saúde por causa da discriminação sofrida. A migração haitiana, conforme o Oliveira (2015), tem refletido o despreparo das políticas públicas migratórias no Brasil, contribuindo para um cenário de precariedade na diáspora, agravado principalmente pela mídia que fomenta a opinião pública em relação ao imigrante, considerados como ameaça e fonte de problemas nos países de acolhimento.

Agrava a situação o fato de serem negros, virem de países pobres, chegarem aos milhares e com o aspecto que a viagem empreendida, repleta de achaques, abusos e violência, [...] isto por si só já é combustível suficiente para alimentar preconceitos e racismos, explícitos ou não, nas sociedades de destino. (OLIVEIRA, 2015, p. 135).

A presença da diáspora haitiana, assim como demais imigrantes negros na região de Chapecó, despertou para um novo paradigma a ser vivenciado por esses imigrantes: o sentir-se “negro” e reconhecer-se “negro” em um contexto social marcado principalmente pela presença de colonizadores e colonos descendentes de alemães e italianos. Essa distinção entre “cores” e “raça” foi apontado pelas autoras Risson, Matsue e Lima (2018) como um impacto significativo na vida desses imigrantes, através do preconceito e da discriminação sofrida, refletindo na atenção e nos cuidados a saúde. Fassin (2016, p. 87) também descreve a experiência do psiquiatra, filósofo e ensaísta francês Franz Fanon, ao descobrir sua negritude, salientando “que não se trata de uma tomada de consciência, mas de uma experiência vital de encarnação e incorporação.”

Essa problemática trouxe à tona as fragilidades do nosso país no acolhimento a esses imigrantes, não apenas pela gestão das políticas públicas em resposta as novas demandas – especialmente na saúde e educação –, mas revelando o perfil preconceituoso e racista que assombra a sociedade brasileira “fortemente vinculado ao processo de estigmatização do negro” (RISSON; MATSUE; LIMA, 2018). Resultando em um quadro de marginalização do imigrante negro, contribuindo para a discriminação da diáspora através de dificuldades de inserção no mercado de trabalho (muitos haitianos possuem formação superior, mas não conseguem realocar-se no mercado através da formação, submetendo-se a um subemprego), precarização no acesso e atendimento à saúde, entre outros fatores que influenciam na qualidade de vida do imigrante.

## 3.2 Saúde da mulher

### 3.2.1 Saúde da mulher imigrante

Um dos fatores mais apontados como preocupação no cenário da migração é a questão da saúde. Para as mulheres, geralmente, a condição de imigrante afeta significativamente a sua condição de saúde, devido às grandes mudanças e fragilidades nos aspectos sociais e econômicos, preconceitos, mudanças no *status*, barreira do idioma, a qualidade no acesso aos cuidados de saúde e dificuldades na integração na sociedade receptora (CARBALLO; NERURKAR, 2001). Tais fatores têm sido associados a maior frequência de riscos por infecções e mortalidade perinatal, infantil e materna, alto número de partos prematuros e nascimentos com baixo peso, implicando em riscos, tanto para a mãe quanto para os seus filhos (CARBALLO; NERURKAR, 2001; DIAS; ROCHA, 2009).

Os autores Im e Yang (2006) relatam que há diferentes teorias explicativas sobre a saúde da mulher imigrante, geralmente pontuadas na forma como as pessoas respondem ao seu processo de aculturação<sup>7</sup>. No entanto, os autores contrapõem que tais teorias podem não contemplar a realidade das mulheres, devido ao fato de suas bases serem androcêntricas e etnocêntricas, desconsiderando as diferenças significativas de gênero, assim como os aspectos socioeconômicos, de ascensão social, os cuidados com a saúde, entre outros, justificando-se pelo fato de as experiências femininas no cenário da migração serem muito diferentes dos homens.

Nesse sentido, o não reconhecimento dos diferentes aspectos entre homens e mulheres pode ser considerado um impasse na integração feminina nas sociedades de acolhimento. A

---

<sup>7</sup>“Para a psicologia compreende-se aculturação um processo de ressocialização pelo qual os indivíduos passam decorrente de uma mudança de contexto cultural. O contato contínuo com outra cultura representa uma ruptura expressiva do quadro de referência, sentido e pertencimento anterior. A mudança impõe um ajustar-se ao novo ambiente. Reaprender outras formas do que antes era parte da rotina torna-se um desafio à memória-hábito, isto é, esquemas de comportamento registrados no corpo e de que se vale geralmente automaticamente, que faz parte de todo nosso aprendizado cultural (BOSI, 2003, *apud* DANTAS, 2017, p. 62). Quando o contato envolve o aprendizado de uma nova língua, não se caracteriza apenas da linguagem verbal e escrita, mas também de uma linguagem corporal e não verbal. O estresse emergente deste contato entre as culturas é considerado natural, referindo-se a um tipo de estresse em que os fatores estressantes são identificados como tendo sua origem no processo de aculturação, podendo reduzir o estado de saúde do indivíduo tanto físico como mental.” (DANTAS, 2017, p. 62).

condição de saúde está diretamente ligada à forma de enfrentamento das adversidades oriundas do meio externo, as quais se caracterizam através da organização do país de acolhimento para receber a comunidade imigrante, as condições estruturais, disponibilidade de serviços de saúde, eficácia na integração com a sociedade anfitriã. Já no âmbito individual, observa-se como se elaboram os conflitos, as crenças, hábitos em saúde, dentre outros, assim como a inter-relação entre esses dois aspectos.

A contribuição do Estado nesse cenário é fundamental enquanto entidade comprometida com a qualidade de vida e integração social dos imigrantes, principalmente quando diz respeito à saúde da mulher, que requer cuidados diferenciados, especialmente pelo fato da maioria das mulheres que migram encontrarem-se em idade reprodutiva. Independente do país de origem ou de destino, para assegurar a dignidade humana, é garantido o direito de poder usufruir dos serviços de saúde e educação do país onde estabelece morada, respeitando os deveres instituídos e em vigência naquele local. Essa medida foi estabelecida através da Declaração Universal dos Direitos Humanos, em 1948, pela ONU, o qual dá amparo a pessoas que, de forma forçada ou não, deixam seus países na esperança de encontrar melhores condições de vida no país de acolhimento (UNIC, 2009).

A complexidade que envolve o processo migratório põe em pauta a criação de políticas públicas que sejam capazes de gerir essas demandas, no entanto, conforme aponta Lussi (2015), a criação de políticas públicas para migrantes pode fortalecer as desigualdades sociais. Para que isso não ocorra, é necessário pensar numa perspectiva de inclusão integral e transversal dos imigrantes nas políticas públicas vigentes, que favoreçam de forma efetiva a sua integração na sociedade, visando prevenir a violação de direitos e a marginalização do imigrante, que mais facilmente se submete a condições de trabalho insalubre, com baixa remuneração e moradias precárias (DIAS; GONÇALVES, 2007; LUSSI, 2015).

No Brasil, a criação de políticas públicas em saúde específicas aos imigrantes tornar-se-ia inviável, estando previsto, ao brasileiro ou imigrante, o direito garantido em acessar as políticas públicas de saúde, através do Artigo 5º da Constituição Federal de 1988, que “[...] estabelece a igualdade jurídica entre brasileiros e estrangeiros residentes no país, o que garante o acesso às políticas públicas de saúde também aos imigrantes.” (SANTOS, 2016, p. 478). Embora o direito ao acesso aos serviços de saúde esteja garantido pela Constituição, há uma série de fatores estruturais que dificulta a efetivação do acesso, contribuindo para um cenário onde os imigrantes, geralmente, são mais vulneráveis social e economicamente (SANTOS, 2016).

Apesar de o direito universal à saúde ser reconhecido, na prática as restrições impostas aos imigrantes [...] podem determinar o acesso aos cuidados de saúde. A situação laboral instável e precária dos imigrantes, a dificuldade em obter proteção social e o custo associado aos cuidados de saúde podem constituir barreiras à utilização dos serviços de saúde por parte das populações imigrantes (DIAS; GONÇALVES, 2007, p. 20).

### **3.2.2 Diretrizes e saúde da mulher no Brasil**

No âmbito das políticas públicas voltadas a saúde da mulher, é efetiva a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) desde o ano de 2004. Embasada na perspectiva da garantia dos direitos das mulheres através de ações em saúde que reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis, buscando avançar no âmbito dos direitos sexuais e reprodutivos (BRASIL, 2004a). Pautada no respeito às diversidades e na visão da mulher como um todo, não fragmentado o cuidado, valorizando a humanização e a qualidade na atenção em saúde, essenciais para o empoderamento feminino (BRASIL, 2004a; HILLESHEIM et al., 2009).

Essa iniciativa fortaleceu as ações do cuidado em todas as dimensões na vida da mulher, Coelho e colaboradores (2009, p. 155) afirmam que a integralidade é a “[...] concretização de práticas de atenção que garantam o acesso das mulheres a ações resolutivas construídas segundo as especificidades do ciclo vital feminino e do contexto em que as necessidades são geradas.” A PAISM aponta os diversos fatores de risco à saúde das mulheres e as dificuldades no acesso e especificidades nos serviços ofertados, não sendo excludente dentro dessa política a atenção à saúde da mulher imigrante, no entanto, há a necessidade da adaptação regional às demandas emergentes das usuárias imigrantes.

Além do apoio da PAISM, a assistência ao pré-natal, entre o conjunto de ações programáticas em saúde e outros programas previstos, tem ocupado um espaço relevante na atenção à saúde da mulher, a qual, inicialmente, visava a melhoria nos indicadores de saúde infantil, e passando a reconhecer também a atenção diferenciada à saúde da mulher. A assistência à saúde da mulher gestante conta com o programa de humanização no pré-natal e nascimento desde o ano de 2000, instituído pelo Ministério da Saúde, através da Portaria G/M n. 569, sendo conhecido como Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN). O programa foi implantado com o objetivo da redução das taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal, através da adoção de medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal e ampliação das ações, assim como os investimentos nas redes estaduais de

assistência à gestação de alto risco. Norteada pelo princípio de que “[...] toda gestante tem direito ao acesso e atendimento digno de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério” assim como direito a assistência ao parto e puerpério humanizados e seguro.” (BRASIL, 2000, p.6).

O programa de humanização no pré-natal esteve em consonância com a Política Nacional de Humanização (PNH), lançada em 2004, como o eixo norteador das práticas assistenciais, tanto na atenção quanto na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), visando o aprimoramento e humanização da assistência ao pré-natal, nascimento e puerpério. A humanização no cenário dos cuidados visa o empoderamento das usuárias diante dos serviços e cuidados em saúde, considerando-as como sujeitos autônomos e protagonistas nesse contexto, através da responsabilidade compartilhada, mediante direitos garantidos, assim como a participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2004b).

Entende-se que atendimento qualificado e humanizado é imprescindível para que a gravidez e o pós-parto ocorram da melhor forma possível. A gestação é um momento ímpar no qual a mulher passa por diversas transformações fisiológicas, psicológicas e sociais, para a garantia de que esse processo seja saudável, há a necessidade de cuidados específicos com o intuito de reduzir riscos que podem ser evitados, através da assistência eficaz e qualificada (SILVA et al., 2012), “[...] a atenção à mulher na gravidez e no pós-parto deve incluir ações de prevenção e promoção da saúde, além de diagnóstico e tratamento adequado dos problemas que ocorrem neste período.” (BRASIL, 2005, p 5).

As diretrizes estabelecidas para o acompanhamento pré-natal na AB são guiadas por um manual técnico criado pelo Ministério da Saúde (Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada), em 2005. Regulamentando o atendimento às gestantes através de procedimentos técnicos, assim como acompanhamento e triagem de casos com baixo e alto risco na gravidez.

O principal objetivo da atenção pré-natal e puerperal é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, ao fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal. Uma atenção pré-natal e puerperal qualificada e humanizada se dá por meio da incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias; do fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar para alto risco (BRASIL, 2005, p. 8).

O acolhimento da gestante nos serviços de saúde se constitui através da escuta qualificada das diversas demandas que emergem na vida da mulher durante esse ciclo e que refletem em sua saúde. O bom acolhimento e constituição do vínculo se efetiva através da

relação de confiança estabelecida entre o profissional de saúde e as usuárias dos serviços de saúde, tendo-o como fator importante para a realização do acompanhamento efetivo nos meses do pré-natal e do pós-parto. É de responsabilidade da equipe de Saúde da Família (eSF) realizar a territorialização do local de abrangência de atuação, através do mapeamento e identificação das gestantes presentes, constante atualização de informações, realizando o acompanhamento da gestante dentro da sua microárea de abrangência, assim como a busca ativa e notificação de doenças e agravos.

Considera-se o papel de todos os profissionais envolvidos nesse processo de extrema importância, tendo-o como ponte de ligação entre o território e os serviços de saúde ACS, que realiza o elo de ligação entre a gestante e a sua família com a eSF. Através desse profissional, a equipe acompanha a realidade vivida pelas gestantes, considerando os aspectos socioculturais que possam ser desfavoráveis aos cuidados. O manual técnico propõe uma série de procedimentos a serem realizados na AB durante o pré-natal, desde o planejamento familiar aos cuidados próximos ao parto, através do acompanhamento rotineiro mensal<sup>8</sup> (detalhado na Figura 1) ou de acordo com as necessidades da gestante, estabelecendo assim, uma linha de cuidado à gestante, a fim de prevenir riscos que ameaça a saúde da mãe e do bebê (BRASIL, 2005).

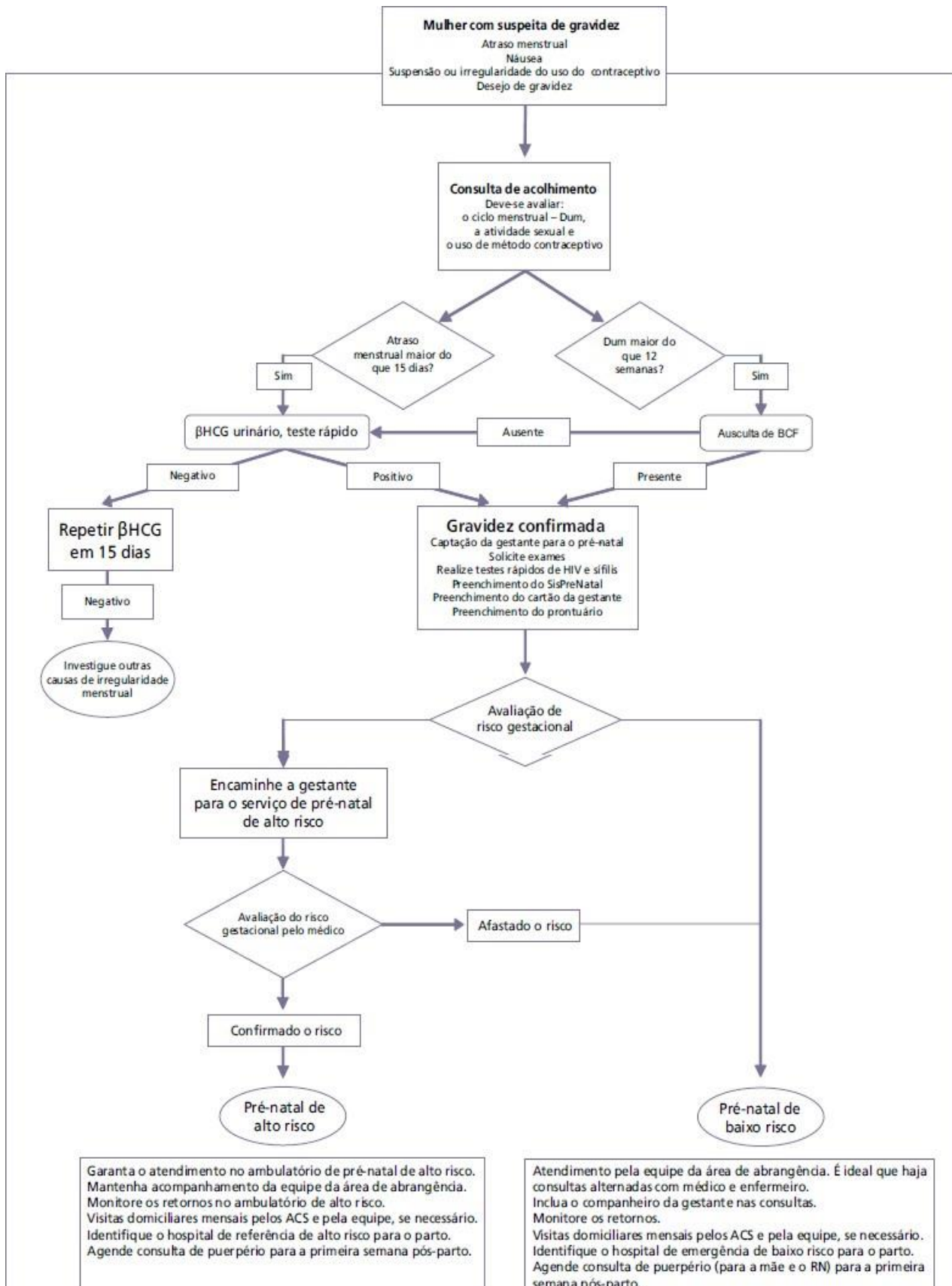
Posterior ao manual, no ano de 2012, foi publicado através da coletânea dos cadernos de atenção básica, a edição “Atenção ao pré-natal de baixo risco”, detalhando os procedimentos a serem realizados na AB aos cuidados pré-natais. Orientando os procedimentos à equipe para o acolhimento e atendimento às gestantes, no diagnóstico da gravidez, assim como os procedimentos laboratoriais, por exemplo, o quadro vacinal, dentre outros; as intercorrências clínicas e obstétricas mais frequentes; assistência ao parto iminente e, por último, os aspectos legais e direitos na gestação.

Para efetivar o atendimento humanizado e integral, a mulher, ao chegar com suspeita de gravidez na Unidade Básica de Saúde (UBS), através de sintomas como atraso menstrual, indisposição, náuseas e vômito, deverá ser encaminhada ao médico ginecologista ou enfermeiro obstetra para realizar a consulta de acolhimento e os respectivos encaminhamentos necessários para a hipótese de gravidez (detalhados na Figura 1).

---

<sup>8</sup> Quando há chances de ser uma gravidez de alto risco, a gestante é encaminhada ao atendimento especializado de alta complexidade para realizar o acompanhamento pré-natal.

Figura 1 – Fluxograma pré-natal



Após a confirmação da gravidez, em consulta médica ou de enfermagem, dá-se início ao acompanhamento da gestante, com seu cadastramento no SisPreNatal. Os procedimentos e as condutas que se seguem devem ser realizados sistematicamente e avaliados em toda consulta de pré-natal. As condutas e os achados diagnósticos sempre devem ser anotados na Ficha de PréNatal e no Cartão da Gestante. A partir desse momento, a gestante deverá receber as orientações necessárias referentes ao acompanhamento de pré-natal: sequência de consultas (mensalmente, se possível), visitas domiciliares e grupos educativos. (BRASIL, 2012a, p. 56).

Através das práticas preconizadas, o acolhimento à gestante não visa o diagnóstico, mas a prioridade clínica, evitando precocemente possíveis intercorrências na gravidez que possam pôr em risco a saúde materna e infantil, legitimando, assim, os cuidados do pré-natal na AB (BRASIL, 2012a).

No entanto, a qualidade da assistência pré-natal pode variar de região para região, além dos recursos financeiros e estruturais disponíveis, é imprescindível o preparo da eSF para a realização do acompanhamento adequado às gestantes. A competência dos profissionais de saúde frente às demandas do pré-natal é considerada o pilar de sustentação para o adequado desempenho das atividades, que possibilitam a garantia da qualidade na assistência à saúde prestada, onde os profissionais possam desempenhar as atividades de acordo com os padrões estabelecidos e acolhendo humanamente as demandas oriundas do contexto da migração. Por isso, emerge a necessidade em padronizar e protocolar os serviços em saúde, para que possibilite aos profissionais de saúde orientar as práticas cotidianas e que não ocorram desencontros entre as políticas públicas e a assistência no âmbito da saúde da mulher (CUNHA et al., 2009).

Segundo os resultados da revisão de literatura realizada por Nunes e colaboradores (2016), ao investigarem a qualidade da assistência pré-natal no Brasil, constatou-se a existência elevada da cobertura da atenção pré-natal em várias regiões do Brasil, no entanto, os mesmos índices não representam a qualidade na assistência prestada, retratados através do baixo número de consultas realizadas, não alcançando o número mínimo preconizado pelo Ministério da Saúde. Outro índice que corrobora com um cenário deficitário são os procedimentos realizados de forma insuficiente, tais como exames laboratoriais, clínico-obstétricos e procedimentos técnicos. Mesmo havendo orientações bastante consistentes para prestar assistência pré-natal de qualidade, a realidade em saúde depende bastante da região em que se encontram os serviços de saúde, assim como recursos disponíveis para a realização dos procedimentos e cuidados. Um dos fatores que implica na efetivação das políticas públicas é a qualidade no acesso aos serviços de saúde, mesmo diante de tantos avanços conquistados, ainda se faz presente a desigualdade e a exclusão no acesso ao SUS (ASSIS; JESUS, 2012).

Para compreender a terminologia de acesso ou acessibilidade, os autores Assis e Jesus (2012), à luz do conceitual teórico dos autores Giovanella e Fleury, apontam que a qualidade no acesso depende da interação entre os fatores políticos, econômicos, técnicos e simbólicos de um determinado contexto social. O fator político se refere à organização popular e a sua consciência sanitária; o econômico está atrelado à oferta e demanda dos serviços; a parte técnica diz respeito ao planejamento e organização da rede de serviços e o último fator, mas não menos importante, é a dimensão simbólica, caracterizada por meio das representações sociais em relação à atenção e ao sistema de saúde. Além desses fatores, há a dimensão estrutural composta pela **disponibilidade**, correspondente às necessidades dos usuários e os tipos de serviços existentes; **adequação funcional**, através da logística empregada para a adequação dos serviços às demandas dos usuários em consonância com a **capacidade financeira**, gestão dos recursos mediada pela necessidade dos usuários; e a **aceitabilidade** compreendida, nesse caso, com a relação que se constitui entre os usuários, os profissionais de saúde na prática cotidiana dos cuidados, ou seja, o acolhimento através da humanização dos cuidados (ASSIS; JESUS, 2012, grifo meu).

A garantia do acesso de qualidade e a consolidação do acolhimento de forma integral e humanizada são peças fundamentais para a garantia de um atendimento de qualidade, que, no entanto, para compor a tríade essencial preconizada pelas políticas de saúde no atendimento equânime, integral e universal, é a constituição do vínculo entre os profissionais de saúde e os usuários nesse meio. A qualidade no vínculo proporciona o cuidado integral no atendimento aos usuários, através do estabelecimento de uma relação de confiança recíproca, trazendo maior resolutividade às demandas dos usuários. A efetivação do vínculo desestimula o atendimento padronizado, na perspectiva de o profissional atender as suas demandas de forma humanizada e acolhedora, priorizando o posicionamento do usuário perante seu quadro de saúde e doença, valorizando a singularidade de cada situação demandada nos serviços de saúde, através do vínculo, “é possível compreender quais os fatores causam a não adesão ao tratamento”, visando desenvolver a autonomia do paciente no seu processo de cuidado (SIMÕES; MOREIRA, 2013).

Compreende-se que o bom funcionamento dos serviços de saúde se efetive através da harmonia entre os diversos fatores que constituem o cenário dos cuidados. Uma das implicações da assistência à saúde no contexto das migrações e os serviços de saúde é o impedimento de se efetivar, na prática, as diretrizes estabelecidas pelo SUS, especialmente pelos fatores que envolvem a barreira linguística e as diferenças culturais, conforme aponta a

literatura, implicando em diversas dificuldades encontradas pelos atores na efetivação dos cuidados, especialmente à saúde da mulher imigrante.

### 3.3 Itinerário terapêutico

Para conhecer como estão organizados os serviços de saúde no atendimento à população imigrante, em especial às mulheres no período gestacional e puerperal, o Itinerário Terapêutico (IT) foi selecionado como uma ferramenta consistente para contribuir nessa investigação. De um lado, os caminhos percorridos pelas mulheres na assistência em saúde e do outro, os cuidados ofertados pelos serviços de saúde. O IT possibilita observar diversos enfoques, os quais podem “[...] subsidiar processos de organização de serviços de saúde e gestão, na construção de práticas assistenciais compreensivas e contextualmente integradas.” (CABRAL et al., 2011, p. 4434).

Os primeiros estudos sobre IT, segundo os autores Alves e Souza (1999), eram denominados de *illness behaviour* (comportamento do enfermo), partindo do pressuposto de que o enfermo optaria pelo tratamento através de uma escolha racional, baseando-se na prerrogativa do custo-benefício. Ao intensificar os estudos sobre *illness behaviour*, constatou-se a influência dos valores culturais e diferenças socioeconômicas na utilização dos serviços na área da saúde (ALVES; SOUZA, 1999, grifo do autor).

Apesar de muitas críticas e problemas identificados nessa corrente de pensamento, os estudos sobre *illness behaviour* trouxeram à luz uma nova concepção a respeito das doenças, perpassando os aspectos biológicos popularizados sobre a enfermidade. Contribuindo, a partir de 1970, para uma perspectiva acerca das doenças voltada para os aspectos cognitivos e comportamentais do enfermo no processo de escolha de tratamento, enfatizando a importância das redes sociais nas decisões sobre a busca pelo tratamento (ALVES; SOUZA, 1999).

Mediante diversas interpretações sobre doença e várias alternativas no âmbito de tratamento, Kleinman (1978) propôs analisar a tomada de decisão ou os IT sob a perspectiva dos determinantes culturais, a partir de três subsistemas sociais que os indivíduos se envolvem quando estão enfermos, ou “sistemas de atenção à saúde”: profissional, *folk* e popular. O subsistema profissional está abarcado no conhecimento científico a respeito das doenças e o saber clínico voltado para a cura; o setor *folk* é conhecido pelas práticas de benzedeiros e curandeiros não profissionais e o último subsistema está ligado à inserção e aos laços sociais no processo de cura, construídos pela rede social, ou seja, a influência das relações nos processos de busca nos cuidados em saúde.

Para compreender o funcionamento dentro de cada um desses sistemas, Kleinman (1978) desenvolveu os conceitos de “modelos explicativos”. Esse modelo caracteriza-se por um conjunto de explicações sobre saúde, doença e tratamento, focalizando-se principalmente nos aspectos culturais que direcionam os sujeitos na busca pelo tratamento e cura. Kleinman (1978) pontua que o modelo explicativo varia de acordo com as experiências dos indivíduos em relação à saúde e à doença, bem como fatores socioeconômicos. Nesse sentido, Helman (2003) corrobora a respeito dos IT, os quais são definidos como escolhas terapêuticas a fim obter redução de algum desconforto físico ou emocional, construídas por motivações individuais ou por influência de amigos, familiares ou da comunidade, sempre objetivando alívio do sofrimento, considerando que o IT é a construção de percursos na busca por cuidados de saúde, construindo uma determinada trajetória.

Compreende-se que há duas dimensões que se correlacionam e norteiam os IT, a material e imaterial: a primeira relaciona-se com a organização física dos serviços de saúde, que reflete nas escolhas e trajetória dos pacientes; a segunda representa a dimensão psicossocial, ordenadora das decisões nos cuidados em saúde. Essas dimensões não se dissociam uma da outra e interferem constantemente na tomada de decisão (GERHARDT; ROTOLI; RIQUINHO, 2011). Para compreender as escolhas e motivações voltadas ao processo de saúde e doença, é imprescindível considerar o contexto sociocultural no qual o sujeito baseia-se ante as suas decisões, principalmente quando se trata dos cuidados em saúde.

Estudos recentes, no Brasil, ao investigarem o IT dos usuários dos serviços de saúde, descrevem que as principais tomadas de decisões dos pacientes frente ao tratamento são influenciadas da rede de apoio e variam de acordo com o suporte disponível dos serviços de saúde no processo de cura (PERUZZI et al., 2018; YOUNES; RIZZOTTO; ARAÚJO, 2017; SILVA; SOUZA; COUTO, 2017; LIMA; BAPTISTA; VARGAS, 2017). Nesse sentido, a teoria sobre IT no âmbito das políticas públicas de saúde contribui na medida em que os processos de cuidado se transformam constantemente, acompanhando as mudanças socioculturais, voltados aos aspectos de saúde e doença e na eficácia dos procedimentos aplicados para alcançar êxito com a cura e o bem-estar aos usuários. Considerando que a referência hegemônica e regente das práticas assistenciais baseou-se, por muitos anos, na perspectiva da cura centrada na doença e nos procedimentos profissionais, originários do modelo biomédico (MÂNGIA; MURAMOTO, 2008). Como ruptura desse cenário, as práticas de cuidado têm sido amplamente discutidas no campo da saúde coletiva, norteadas pela integralidade e humanização no cuidado (SPINK, 2015), modificando, assim, a lógica

dos cuidados em saúde, direcionando as práticas para o cuidado integral, corresponsabilizando os usuários no cuidado de si (BRASIL, 2004b).

Dentre os princípios do SUS, a universalidade prevê a cobertura a todos os brasileiros nos serviços de prevenção, diagnóstico e tratamento, além de outros serviços de saúde. A maioria dos brasileiros recorre a esse sistema, porém, além das alternativas disponíveis na assistência à saúde, o mundo moderno vivencia o pluralismo médico, encaixando-se nas alternativas do sistema de saúde complementar, enquanto alguns usuários acessam concomitantemente o SUS. Esses caminhos percorridos, ou os processos adotados pelas pessoas para acessarem os serviços de saúde, são reconhecidos como IT (PERUZI et al., 2018; BELLATO; ARAÚJO; CASTRO, 2008). Além do saber médico, muitos pacientes recorrem ao saber religioso, às Práticas Integrativas Complementares (PIC) – das quais passaram a se tornar uma realidade nas práticas do SUS – assim como benzedeiras, entre outras. Todas essas alternativas decorrentes da busca dos indivíduos por diversos métodos existentes, a fim de obter a cura, na busca de explicações, diagnósticos e tratamentos (TELESI JUNIOR, 2016).

Diante de tantas transformações e ofertas no cenário dos cuidados em saúde, faz-se necessário compreender as motivações do usuário em relação às suas escolhas e aderências ao tratamento. Para isso, utiliza-se o IT como uma ferramenta para investigar os caminhos percorridos pelas mulheres na busca pelos cuidados em saúde, especialmente na fase do pré-natal e puerpério, interpretando as motivações que direcionam suas escolhas, avaliam e aderem (ou não) a determinadas formas de tratamento e linhas de cuidado (ALVES; SOUZA, 1999, p. 125).

Segundo Thaines e colaboradores (2009), por meio da história de vida torna-se possível conhecer e analisar a trajetória dos sujeitos, entendendo os sentidos que direcionam as escolhas e a lógica utilizada na busca da resolução dos problemas de saúde no sistema de cuidado profissional. Compreende-se o IT como uma ferramenta bastante útil ao analisarmos os aspectos que envolvem os sujeitos no caminho do tratamento e cura. Possibilitando a investigação dos diversos correlacionados em situação de sofrimento, apontando que apenas o aspecto biológico da doença já não é capaz, sozinho, de responder ao tratamento de forma eficaz.

O itinerário terapêutico é definido pelo curso de ações, planos e estratégias que têm como objetivo tratar as aflições, os sofrimentos. De acordo com Alves e Souza (1999), as pessoas e grupos sociais encontram várias formas de solucionar seus problemas de saúde, não limitando o IT apenas à disponibilidade dos serviços de saúde ou à utilização de métodos de

cura, mas também abarca o entendimento do processo sociocultural implicado na escolha do tratamento. Nesse sentido, vale a pena ressaltar que há diferentes formas de busca por cuidados, variadas e complexas, diferenciando-se de acordo com o sujeito. Surgindo uma outra vertente do IT: o autocuidado. Um fator determinante nas escolhas dos sujeitos sob quais formas de cuidado irão traçar ao longo de suas vidas, baseando-se através da história de vida, das experiências vivenciadas ao longo dos anos, dos costumes e tradições familiares, assim como pela perspectiva do modelo biomédico vigente.

Neste sentido, Menéndez (2003, tradução minha, p. 186) classifica o autocuidado como peça fundamental no processo de adoecimento e tratamento:

Quando, a partir de uma perspectiva antropológica, falamos de modelos de atenção, nos referimos não apenas para as atividades de tipo biomédica, mas todos aqueles que têm a ver com o cuidado do sofrimento em termos intencionais, ou seja, que buscam prevenir, tratar, controle, aliviar e / ou curar uma determinada doença, que envolve tomar uma série de pontos de partida que contextualizam a nossa análise dos modelos de atenção.

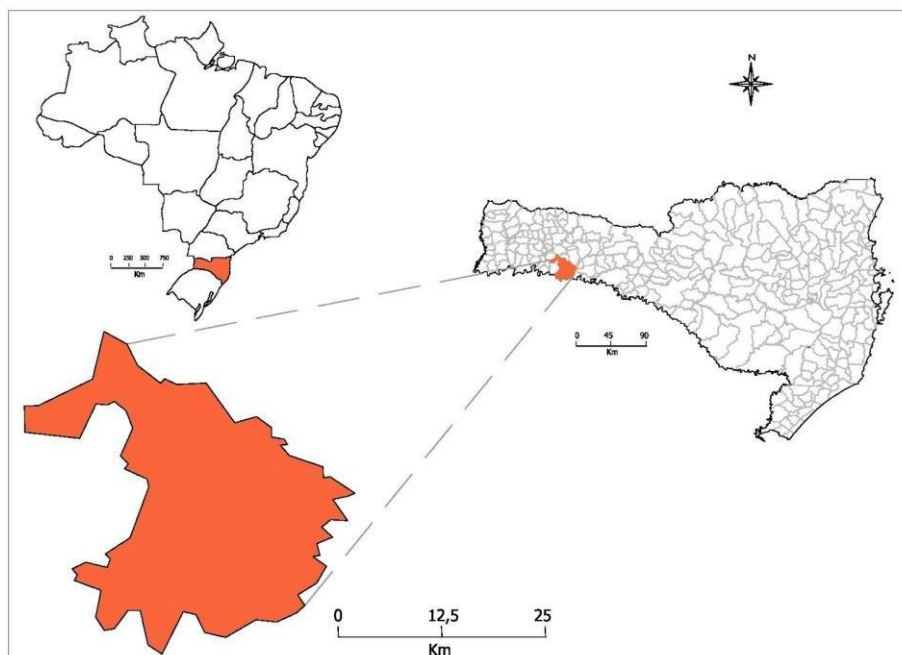
Neste sentido, o cuidado não pode ser analisado apenas pela perspectiva dos serviços diante os usuários, deve-se considerar todos os vieses que direcionam os sujeitos nos processos de prevenção à saúde e cura de doenças.

## 4 PERCURSO METODOLÓGICO

### 4.1 Cenário do estudo

O município selecionado para a realização desta investigação foi Chapecó, situado na região sul do Brasil, na microrregião oeste de Santa Catarina e na mesorregião da grande fronteira do Mercosul. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) lançados em 2017<sup>9</sup>, Chapecó contava com o número populacional de aproximadamente 213.279 habitantes. Emancipada em agosto de 1917, sua colonização foi, em grande parte, por imigrantes descendentes de alemães e italianos (CHAPECÓ, 2014). Atualmente, existem cinco distritos distribuídos em seu território, sendo que o distrito sede possui 50 bairros espalhados pela cidade.

Figura 2 - Localização geográfica do município de Chapecó, estado de Santa Catarina, Brasil.



Fonte: IBGE.

Devido à grande expansão no ramo da pecuária, indústria e agricultura, Chapecó tem reconhecimento, nacional e internacionalmente, como a “capital da agroindústria”, “capital do

<sup>9</sup> Para mais informações sobre a história, economia e outros aspectos do município de Chapecó. Disponível em: <<http://www.fecam.org.br/municipio/detalhes-municipio/codMunicipio/67>>. Acesso em: 23 abr. 2018. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/chapeco/panorama>>. Acesso em: 23 abr. 2018. Disponível em: <<http://secsaude.chapeco.sc.gov.br/uploads/oplanejamento/2/plano-de-saude-ii-ed-13052015.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2017.

oeste” e “capital do turismo de negócios”, atraindo inúmeros investidores para a cidade e região. O bom desenvolvimento socioeconômico lhe proporcionou um elevado Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) estimado em 0,790, ocupando assim a 67ª posição em 2010 no ranking dos 5.565 municípios brasileiros.

De acordo com os parâmetros do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), o IDHM de Chapecó é considerado alto, partindo de três dimensões para sua análise: saúde, educação e renda. Para formulação do IDHM, utiliza-se “indicadores das oportunidades da população nos seguintes aspectos: vida longa e saudável (longevidade); acesso ao conhecimento (educação); e padrão de vida (renda)” (CHAPECÓ, 2015, p. 8)<sup>10</sup>.

Através da grande expansão da economia vivenciada a partir do ano de 2010, surge a oportunidade de inúmeros imigrantes se instalarem na cidade e irem, aos poucos, se integrando na sociedade chapecoense, recrutados principalmente no setor de carnes (frigoríficos de aves e porco), na construção civil e na indústria metalomecânica, entre outros. A nacionalidade mais expressiva de imigrantes em Chapecó é a haitiana, marcada não só pela presença dos homens, como também das mulheres e familiares através da reunificação familiar, recompondo o significado da migração até então masculinizada, modificando significativamente a dinâmica de diversos setores, principalmente na área da saúde e educação quanto a adaptação do imigrante na cidade de Chapecó.

Neste sentido, para compreender a realidade das mulheres imigrantes haitianas, optou-se pela investigação qualitativa, baseando-se no modelo etnográfico. Sendo que a etnografia possibilita analisar as relações humanas dentro de um determinado contexto social, principalmente pelo seu interesse nas questões de desigualdade e seus vieses, implicada em uma análise dialética da cultura que contempla as relações com as estruturas sociais e as interações humanas (MATTOS, 2011).

A etnografia, em sua essência, além da metodologia empregada e a prática da pesquisa, se constitui como a própria teoria vivida<sup>11</sup>. Por meio do constante diálogo entre a

---

<sup>10</sup> Dados extraídos da cartilha: Cidade de crescimento lugar de oportunidades: Perfil socioeconômico de Chapecó/SC de 2015. Disponível em: < <https://web.chapeco.sc.gov.br/documentos/?f=/Documentos/Imprensa/PerfilChapeco/perfil%20socioeconomico%20chapeco%202016.pdf>>. Acesso em: 09 out. 2018.

<sup>11</sup> Há inúmeras críticas de antropólogos sobre o fazer da etnografia por cientistas cuja formação inicial não é a antropologia, principalmente da área da saúde, devido ao fato da etnografia e suas bases teóricas terem uma estreita relação com a antropologia e ser a base analítica do antropólogo, bem como a apropriação de conteúdos densos em curtos períodos de tempo disponibilizados pelos programas de pós-graduação na elaboração e execução de projetos de pesquisas. No entanto, a etnografia se mostra um instrumento eficaz para responder questões que imbricam diretamente na qualidade dos cuidados em saúde, no qual, muitas vezes, associam-se as questões de relações humanas, de poderes, de discriminação, demandas que vão além das teóricas e técnicas do profissional de saúde.

teoria e a realidade a ser estudada, o seu desenrolar caracteriza-se pelo constante emaranhado entre a teoria e as evidências empíricas (PEIRANO, 2008). Nesse sentido, a etnografia é a coleta de dados direta e constante *in loco*, minuciosa ao descrever os fenômenos que permeiam as estruturas e relações sociais, de forma duradoura e continua em uma sociedade ou em um grupo social, com o objetivo de descrever a significação e a função das relações sociais. Para isso, a experiência de imersão total constitui-se em uma verdadeira aculturação invertida, onde as descrições das manifestações exteriores não se constituem como suficientes para compreender uma sociedade como um todo, devendo assim, interiorizá-las nas significações, do mesmo modo que os indivíduos atribuem os seus comportamentos (LAPLATINE, 2003).

Com as incertezas frente a uma realidade ainda desconhecida das Unidades Básicas de Saúde (UBS), realizou-se um levantamento de dados na Secretaria de Saúde (SESAU) de Chapecó, a fim de obter uma prévia do número de gestantes haitianas em acompanhamento no município e ter uma estimativa de quantas gestantes poderiam compor esse estudo. Realizado no dia 14 de agosto de 2017, um levantamento dos dados no setor de Projeto e Planejamentos/Educação em Saúde do município, constatando que neste período haviam 38 gestantes haitianas cadastradas em oito CSF do município.

Tabela 1 - Relação de gestantes cadastradas nos Centro de Saúde da Família de Chapecó (SC)

<b>CIS Oeste</b>	<b>14</b>
CIS Norte	1
CSF Cristo Rei	2
CSF/CIS Grande Efapi	2
CSF Saic	2
<b>CSF Jardim do Lago</b>	<b>7</b>
CIS Bela Vista	3
<b>CSF Jardim América</b>	<b>7</b>
<b>Total</b>	<b>38</b>

Fonte: elaborado pela pesquisadora, de acordo com os dados disponibilizados pela SESAU de Chapecó.

Os locais destacados na Tabela 1 foram selecionados para a entrada a campo, justificado pelo maior número de gestantes cadastradas apontadas pelo relatório. Esses dados estiveram em consonância com os apresentados em um estudo realizado anteriormente pela pesquisadora Risson (2016), com imigrantes haitianos em Chapecó, no qual os bairros Parque das Palmeiras e Jardim América, Efapi, São Cristóvão e Engenho Braum contemplam a maior representatividade da população haitiana residente no município devido ao fato das grandes empregadoras estarem localizadas nessas regiões (RISSON, 2016). Embora feito um levantamento prévio do número de participantes, conforme aponta Minayo (2010), em uma pesquisa qualitativa o número de participantes não é um critério que definirá a veracidade de um estudo, no qual o recorte mínimo dos sujeitos pode ser capaz de representar o contexto social estudado.

#### **4.2 Procedimentos da coleta de dados**

A seleção das participantes foi realizada com o apoio das enfermeiras coordenadoras e dos agentes comunitários de saúde dos referidos CSF selecionados. Para compor esse estudo, foram selecionadas mulheres imigrantes haitianas no período gestacional, puerperal ou que tiveram a experiência da maternidade no Brasil, em acompanhamento realizado na AB. Pois a gestação, como um fenômeno fisiológico, é uma fase em que a mulher necessita de cuidados diferenciados, envolvendo mudanças dinâmicas que ocorrem no âmbito biológico, psicológico e emocional (SILVA et al., 2012).

A coleta de dados se deu basicamente a partir da observação nos CSF, entrevistas abertas com os profissionais e no convívio com as mulheres haitianas, através de conversas informais com mulheres, seus familiares, profissionais de saúde, pessoas ligadas à sociedade civil que de alguma forma auxiliam imigrantes e ativistas da causa migratória. As notas das observações foram registradas em diário de campo. Posteriormente, para adensamento dos dados coletados, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com as haitianas.

O primeiro contato com as participantes foi através de visita domiciliar, sendo apresentado o projeto de pesquisa, estando acompanhada do ACS, profissional imprescindível na constituição do vínculo entre as haitianas e equipes de saúde<sup>12</sup>. Sendo informadas sobre a garantia do anonimato, do sigilo dos dados que seriam coletados através da observação e das

---

<sup>12</sup> A PNAB prevê esse nível assistencial como principal porta de acesso ao Sistema de Saúde, prescrevendo os ACS como interlocutores entre a comunidade e os serviços de saúde.

entrevistas. Aceitaram participar do estudo dez mulheres, dentre estas, seis eram gestantes, duas puérperas e duas tiveram a experiência da maternidade no Brasil (a idade média de seus filhos é de dois anos e seis meses). Sobre o CSF no qual era realizado o acompanhamento pré-natal, quatro haitianas faziam parte da abrangência do CIS Oeste, duas do CSF Jardim América e quatro do CSF Jardim do Lago. No período da coleta de dados, duas participantes deram à luz, sendo possível fazer o acompanhamento desse momento transitório.

Os locais selecionados para a realização das observações, assim como as entrevistas, foram as residências das mulheres, pois seria uma forma de se aproximar do seu cotidiano e contemplar a realidade vivida, onde nenhuma participante se sentiu desconfortável com a presença da pesquisadora em sua residência. Nesse cenário, a etnografia constatou-se como um instrumento, segundo Geertz (2011), de percepção da realidade por meio de um processo guiado pela sensibilidade reflexiva. Construindo o cenário da pesquisa através da constante interação da pesquisadora com as haitianas, com os quais a interação se efetivou por meio das relações que foram se estabelecendo ao longo da inserção da pesquisadora no cenário de investigação. Segundo Minayo (2010), é imprescindível na pesquisa qualitativa essa aproximação entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa.

Significa imergir na realidade [...]; a atitude de observador científico consiste em colocar-se do ponto de vista do grupo pesquisado, com respeito, empatia e inserção, o mais íntima e intensamente possível [...] Ter abertura para o grupo, sensibilidade para a sua lógica e sua cultura, lembrando-se de que a interação social faz parte da condição e da situação da pesquisa. (Minayo, 2010, p. 277).

A diferença no idioma, no início da inserção ao campo, era tida como um fator negativo, por estar ciente das limitações que se põe a barreira linguística<sup>13</sup>, conforme expõe os autores (ALMEIDA; CALDAS, 2013; GURMAN; BECKER, 2008; SILVA, 2008; MARSHALL et al., 2005; SILVA; 2005; AHMAD et al., 2004; TENG; BLACKMORE; STEWART, 2007; TRICAS et al., 2005). Mediante um cenário bastante incerto, teve-se ideia de utilizar a cartilha *Ann Pale Potiguè*<sup>14</sup>, que possibilitou aproximar o diálogo com as

<sup>13</sup> Muitos haitianos não falavam apenas o *crioulo*, dominando também o francês, inglês, espanhol e português. Uma dificuldade apontada por alguns profissionais de saúde, no período de inserção da pesquisadora ao campo, era o restrito domínio somente da língua portuguesa por parte dos profissionais.

<sup>14</sup> A cartilha *Ann Pale Potiguè*, na tradução para o português “Vamos falar Português”, foi desenvolvida por Augustin, Spezia e Travieso (2011). Material disponível através do link: <<http://www.migrante.org.br/images/arquivos/cartilha-kreyol-vocabulario.pdf>>. Sua primeira edição foi lançada através da Pastoral da Mobilidade Humana da Diocese do Alto Solimões Tabatinga (Brasil, 2011), e

haitianas, no qual a interação com as mulheres mediada pelo interesse mútuo em aprender português e crioulo possibilitou trocas bastante verdadeiras e amistosas.

Nesse sentido, a etnografia, conforme pontua Nunes (2011), é considerada como uma forma de investigação na qual a pesquisadora se envolve em contextos imprevistos, fugindo do delineamento pré-estabelecido *a priori*. Desenvolvendo-se, assim, por meio de ferramentas que foram sendo descobertas no decorrer do processo da investigação, as quais foram sujeitas a mudanças e sempre aliadas a constante interpretação e compreensão por parte da pesquisadora. A utilização da cartilha contribuiu significativamente e possibilitou, aos poucos, a integração com o ambiente familiar das participantes, sendo possível obter aproximação entre a língua portuguesa e o crioulo haitiano, proporcionando diálogos não somente com as mulheres, mas também com familiares e vizinhos. No decorrer da coleta de dados, além das mulheres, foi possível estabelecer relações com os esposos, amigos (as), primos (as), filhos (as), mães, muitos desses moravam na mesma casa ou que estavam a passeio no momento dos encontros.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de dezembro de 2017 a março de 2018. Sendo realizados em torno de um encontro semanal na moradia das haitianas, variando entre os períodos da manhã e tarde, com duração de 30 minutos a três horas, geralmente eram realizados na sala de estar. Em apenas uma ocasião o encontro aconteceu na residência da pesquisadora, a pedido de uma participante que gostaria de conhecer a casa e a família. O contato com as haitianas variou de acordo com o envolvimento destas nas atividades laborais (seis participantes trabalhavam em frigoríficos, como a Aurora e BRF), do lar e com as consultas médicas, conduzindo a frequência, assim como o tempo dos encontros, possibilitando contato com diferentes dinâmicas familiares<sup>15</sup>. Se davam por meio de conversas em torno do cotidiano, motivadas pelas trocas culturais, especulações com a língua portuguesa e curiosidades em relação à presença da pesquisadora naquele meio. Nesse sentido, o que caracterizou a etnografia, em sua essência, foram as longas idas a campo e o convívio intenso com o grupo de mulheres pesquisadas, para conseguir compreender com profundidade as relações, os símbolos culturais e seus significados, e as representações sociais, através da observação participante. A observação participante como método de coleta

---

posteriormente pelo Ministério do Trabalho e Emprego do Brasil e Instituto de Migrações e Direitos Humanos, publicado em 2012.

<sup>15</sup> Dentre as participantes, duas delas sentiram-se bastante à vontade com a presença da pesquisadora, incluindo-a em suas refeições, sendo que todas as vezes que se fazia presente, ao chegar era recepcionada com um prato de comida.

de dados possibilita ao “[...] o observador ficar em relação direta com seus interlocutores no espaço social da pesquisa, na medida do possível, participando da vida social deles, no seu cenário cultural, mas com a finalidade de colher dados e compreender o contexto da pesquisa [...]” (MINAYO, 2010, p. 70), atendo a pesquisadora nas suas rotinas em torno do cuidado gestacional ou puerperal, em atividades do cotidiano, nos cuidados com o lar e com a família.

Tratou-se de uma imersão na realidade das imigrantes haitianas, através de uma leitura intensa na busca em compreender o mundo pelo olhar das próprias mulheres, por meio de observações dos costumes, da cultura e do modo como conduzem suas vidas. Para Geertz (2011, p. 7), isso se constitui através do esforço intelectual representado pela descrição densa, no qual o etnógrafo “[...] enfrenta uma multiplicidade de estruturas conceituais complexas, muitas delas sobrepostas ou amarradas umas às outras [...] e que ele tem de, de alguma forma, primeiro apreender para depois apresentar.”

### **4.3 Análise de dados**

A análise de uma etnografia requer, respectivamente, a imersão da pesquisadora no universo sociocultural cotidiano das haitianas, que se constituem o grupo social investigado e concomitante a isso, o distanciamento da pesquisadora para que não assuma posturas etnocêntricas (LANGDON; WIJK, 2010). Para isso, os dados são coletados e analisados simultaneamente, pautados na perspectiva de uma análise holística e dialética na qual a cultura, de acordo com Mattos (2011), não pode vista como um mero reflexo de forças estruturais da sociedade, mas como um sistema de significados mediadores entre as estruturas sociais e as ações e interações humanas.

No decorrer da análise, conforme aponta o autor Angrosino (2009), não houve uma rigorosidade em sua ocorrência, ou seja, ocorreu de forma simultânea e foi repetida no decorrer do todo o processo de investigação. As etapas desse processo dividem-se em três: a primeira parte constitui-se do gerenciamento de dados, a fim de proporcionar um apanhado geral da realidade na qual foi investigada, caracterizada como uma pré-análise dos dados. A segunda etapa configura-se pela leitura panorâmica das anotações feitas durante a coleta de dados, antes de iniciar análises mais formais ou, pode-se dizer, a realização da leitura flutuante a qual possibilitou clareza à pesquisadora dos temas emergentes e subsídios para a elaboração da terceira etapa. A terceira etapa foi o processo mais denso, constituído pelo esclarecimento das categorias utilizadas, caracterizado como um processo de separar partes da descrição narrativa, identificando-as em temas e categorias (ANGROSINO, 2009).

As categorias emergiram através da interação entre os dados, o qual demonstra, nesse formato de pesquisa, que é o campo que estabelece as categorias a discutir, permitindo assim uma análise em profundidade do material coletado.

#### **4.4 Registro dos dados**

O trabalho de campo é considerado a base de uma pesquisa etnográfica, onde os dados coletados foram registrados no diário de campo. O diário de campo é um instrumento em que a pesquisadora se dedicou a produzir, dia após dia, ao longo de toda sua experiência etnográfica, sendo uma técnica que tem por base o exercício da observação direta dos comportamentos culturais do grupo social, método que se caracteriza por uma investigação singular (WEBER, 2009). No qual “[...] o pesquisador se debruça no intuito de construir detalhes que no seu somatório vai congrega os diferentes momentos da pesquisa.” (MINAYO, 2010).

Além disso, para apanhar mais detalhes referentes ao processo de migração e adaptação no Brasil, assim como a utilização dos serviços de saúde e os cuidados em saúde de quem os vivencia, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com as mulheres. Essa modalidade de entrevista permite a pesquisadora realizar um diálogo norteador com os sujeitos entrevistados, assim como aponta Minayo (2010), obedece a um roteiro apropriado, dando um apoio claro na sequência das questões à pesquisadora, facilitando a abordagem e assegurando-a que seus pressupostos sejam cobertos na conversa.

As entrevistas foram gravadas após consentimento das participantes e assinatura do Termo de Consentimento para Uso de Voz e, posteriormente, transcritas na íntegra pela pesquisadora. Para a realização das entrevistas semiestruturadas com as mulheres que não compreendiam o português, houve a participação de uma tradutora também haitiana. No total, foram realizadas oito entrevistas.

#### **4.5 Aspectos éticos**

Este estudo seguiu os aspectos éticos relativos às atividades em pesquisas com seres humanos, respeitando as diretrizes e normas da Resolução n. 466/CNS/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que ressaltam a necessidade de revisão ética e científica das pesquisas envolvendo seres humanos, visando preservar a dignidade, os direitos, a segurança e o bem-estar das participantes da pesquisa.

As participantes do estudo foram convidadas a participar espontaneamente e esclarecidas sobre o tema, os objetivos e os procedimentos da pesquisa aquelas que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Além disso, foram orientadas de que, mesmo após a participação na coleta de dados, poderiam retirar seu consentimento a qualquer momento.

Como estratégia para manter o anonimato dos participantes, todos foram identificados através de nomes fictícios alusivos às comunas do Haiti, distribuídas aleatoriamente em homenagem à terra natal e a diáspora, porém, não necessariamente fazem referência à residência dos participantes, sendo estes: Dame-Marie, Delmas, Ennery, Jérémie, La Victorie, Belle-Anse, Marigot, Vallieres, Sainte Suzanne, Milot, Gonaïves, Cornillon, Baptiste, Cayes-Jacmel.

Para a identificação dos locais de estudo nessa descrição, os CSF foram classificados aleatoriamente em 1, 2 e 3, assim como para os profissionais, exemplo: Coordenadora 1 e ACS 1, respectivos ao CSF 1, e assim sucessivamente, a fim de preservar a identidade dos profissionais/participantes.

## **5.0 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os dados utilizados para análise foram extraídos das conversas formais e informais através da observação participante e principalmente das entrevistas. Para apresentação dos resultados, estes foram ordenados em quatro categorias: as primeiras incursões no campo de pesquisa; a pesquisa de campo; os itinerários do cuidado em saúde realizado pelas haitianas e o estigma social em relação à diáspora haitiana.

### **5.1. Primeiras incursões no campo de pesquisa**

Na fase inicial do projeto, em meados de 2016, no período de delineamento do campo, foi tomado conhecimento, através de uma enfermeira que atuava com parto planejado no mesmo município, de um grupo informativo direcionado a gestantes haitianas existente em Chapecó. Ao conversar com a profissional de enfermagem responsável pela iniciativa e também atuante na Clínica da Mulher do município (para preservar sua identidade, a enfermeira será referida pelo nome fictício Rosa), Rosa relatou inúmeros desafios nesse campo de intervenção. Rosa, bastante motivada por sua vontade em ser parteira, viajou para o Haiti (no ano de 2013) para ter a oportunidade de aprimorar o seu currículo e aprender sobre o universo da maternidade. Rosa narrou que em seu período de permanência no Haiti presenciou a precarização da assistência em saúde, especialmente à saúde da mulher, onde muitas mulheres não tinham sequer o acesso aos serviços de saúde, justificado pelas distâncias entre um hospital e outro, pela deficiência estrutural, assim como pelos hábitos da realização dos partos domiciliares desassistidos, em decorrência da escassez de profissionais de saúde. No período de sua estadia no Haiti (em torno de três meses), além de aprimorar as práticas de parto e pós-parto, Rosa aprendeu a comunicar-se através da língua crioula.

Após o seu regresso à Chapecó, notória era a presença das gestantes haitianas nos serviços de saúde e as diversas dificuldades que permeavam a assistência a esse público, levando-a a idealizar um grupo informativo às gestantes haitianas. Durante o processo de elaboração e efetivação do grupo, Rosa viu-se um tanto presa dentro da assistência em saúde do município, justificada pela falta de profissionais dispostos a contribuir com essa iniciativa, assim como o pouco apoio por parte dos gestores em dar início ao projeto. Entre idas e vindas, finalmente havia sido definida a data do primeiro encontro, mas por infortúnio do destino, conforme relatou Rosa, naquela tarde de sábado choveu, havendo pouco número de

participantes, bem menos que o esperado. Mediante esses impasses, não foram realizados outros encontros, mas Rosa pareceu esperançosa em retomá-los, segundo seu relato.

Em abril de 2017, o diálogo estendeu-se com o coordenador da Pastoral do Migrante da Diocese de Chapecó, nomeado Paulo (nome fictício). Em conversa, Paulo relatou a prestação de assistência da Pastoral para algumas imigrantes, através da oferta de leite em pó para os bebês por meio de doações de outras entidades, assim como roupas, conforme a necessidade de cada família. Orientou a participar das aulas de português ofertadas aos imigrantes, afirmando que nesse espaço teria contato direto com o público de interesse. As aulas ocorriam aos sábados à tarde, das 16h30min às 18h30min, em duas turmas, uma para os principiantes e outra para os intermediários com a língua portuguesa. Uma iniciativa firmada entre a Pastoral do Migrante juntamente com a Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), os professores eram voluntários do curso de letras da UFFS. A aula na qual a pesquisadora esteve presente aconteceu em agosto do mesmo ano, havia em torno de 20 pessoas e a presença feminina equivalia a um terço dos participantes. Foi acordado com a professora a participação em mais encontros para que houvesse maior aproximação com as mulheres, no entanto, a ideia não desenvolveu devido aos desencontros com a professora e aos novos delineamentos da pesquisa.

Com a nova lei da migração a ser lançada no Brasil, o Grupo de Estudos sobre Imigrações para a Região Oeste de Santa Catarina (GEIROSC), da UFFS, promoveu a II Roda de Conversa sobre a migração, em agosto de 2017, a fim de esclarecer as mudanças sobre a Lei da Migração no Brasil, antigo Estatuto do Estrangeiro<sup>16</sup>. Na oportunidade, participaram várias lideranças da comunidade envolvida com o tema, entre elas as Pastorais do Migrante de Chapecó e Xaxim, estudantes da UFFS, ativistas, professores, assim como imigrantes de várias nacionalidades: Cuba, Haiti, Senegal. Através deste encontro foi possível conhecer um pouco mais da realidade enfrentada pelos imigrantes no município e região de Chapecó, em meio a relatos, emergiu, através da plateia haitiana, a necessidade da articulação entre lideranças haitianas, assim como a formação de uma comunidade que fosse unida e capaz de atender as demandas específicas desse grupo, como, por exemplo, suporte assistencial. Neste sentido, em Chapecó, entre os anos de 2013 a 2015, havia uma associação de haitianos bastante mobilizada na promoção de eventos, encontros, articulação com entidades regionais, entre outras ações, no entanto, se desfez devido a dificuldades

---

<sup>16</sup> O Estatuto do Estrangeiro foi criado no ano de 1980 em plena ditadura militar, rigoroso a respeito da entrada e circulação de imigrantes em território nacional. Com a promulgação da Lei de Migração, o processo de entrada e permanência no Brasil passou a ser menos burocratizado e considerado um avanço por ser pauta pelos direitos humanos e não considerar mais o imigrante como uma ameaça à segurança nacional.

financeiras. No momento em que se cogitou a hipótese de formar uma nova associação, os presentes que faziam parte da antiga associação silenciaram-se, não levando a fundo a ideia<sup>17</sup>.

A partir desses fatos, aos poucos, foi possível ir delineando a realidade dos imigrantes haitianos residentes em Chapecó. O contato com as mulheres ainda estava bastante limitado, no entanto, as tentativas de conversa com as haitianas ainda não haviam cessado. Por indicação de uma colega enfermeira, foi possível ter o contato de uma mulher supostamente de nacionalidade haitiana. No encontro com a bela jovem, o fato da sua fluência com o português não foi flagrado como um suposto equívoco do seu país de origem. Iniciou-se o diálogo com a apresentação da pesquisa sobre a saúde da mulher haitiana, impressionada a jovem perguntou: “*Mas o que que eu tenho a ver com as haitianas? Só porque eu sou negra?*”. Incontestavelmente o fato era esse, envolvendo a pesquisadora em uma situação de completo constrangimento, dando-se conta do sotaque “aportuguesado” da moça proveniente de Angola somente depois que foi revelado.

Esse é o cuidado alertado pelos pesquisadores Silva, Mendes e Nakamura (2012) sobre a utilização da etnografia nas pesquisas em saúde, orientando sobre a postura do pesquisador ser sempre guiada através dos conceitos fundamentais da antropologia: etnocentrismo e cultura, onde a promoção do encontro entre pesquisador e o pesquisado seja por meio do reconhecimento e respeito da diversidade cultural. Mesmo após essa intercorrência, a situação foi contornada com um diálogo reflexivo sobre os desafios da integração da mulher negra na comunidade local e os impasses na utilização dos serviços de saúde em Chapecó. Tal constrangimento evidenciou a atitude equívoca assim como a de muitas pessoas que se obteve contato no decorrer da pesquisa, ao associar, impreterivelmente, o imigrante negro à nacionalidade haitiana, alertando, assim, para a postura nos momentos seguintes para a coleta de dados.

Por conta desse percurso sinuoso, foi definido como principal via de acesso às haitianas os serviços de saúde do município através da AB. Baseando-se ao fato da AB ser o contato preferencial dos usuários e a porta de entrada aos serviços públicos de saúde, orientando-se pelos princípios da universalidade, equidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção e humanização, norteados pela Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012b).

---

<sup>17</sup> Na III Roda de conversa realizada em junho de 2018, tomou-se conhecimento da inserção do líder comunitário haitiano Nhaum St Julien na Secretaria de Assistência Social de Chapecó como estagiário, por meio da necessidade de aproximação dessa parcela da população às políticas de assistência social do município, que se encontram em uma realidade precária frente a onda de desemprego e dificuldade financeira.

### 5.1.2 A pesquisa de campo

Para facilitar o acesso às usuárias dos serviços e participantes do estudo, partiu-se da prerrogativa que a AB está localizada na comunidade, no território, tendo como finalidade a aproximação da realidade com a prestação dos serviços de saúde, em consonância com as especificidades e demandas locais. Para isso, houve a articulação com a equipe de Saúde da Família (eSF) para acessar os dados necessários das usuárias residentes na região de abrangência dos CSF selecionados.

O contato inicial com o cenário dos cuidados em saúde se deu através de diálogos com as coordenadoras de equipe dos CSF selecionados, com início em meados do mês de dezembro de 2017. Primeiramente, o objetivo foi de obter autorização para a entrada a campo. Entre as conversas com os profissionais de saúde, as observações na sala de espera e apresentação da pesquisadora e do projeto de pesquisa aos ACS nos três contextos de saúde estudados, foi possível ter aproximação com o formato dos cuidados realizados com os imigrantes em cada um dos cenários. Possibilitando identificar que o posicionamento das coordenadoras dos CSF, em relação ao atendimento com o imigrante, reflete diretamente na postura da eSF em relação aos cuidados com esse público.

O acolhimento é o aspecto fundamental previsto pela PNH, um fator imprescindível para que ocorra a recepção da mulher no CSF e os profissionais de saúde responsabilizando-se por ela, através da escuta qualificada das suas queixas, garantindo a resolubilidade das demandas e encaminhamento a outros serviços de saúde quando for necessário (BRASIL, 2005).

Ao apresentar o projeto à Coordenadora 3 do CSF 3, esta expôs a dificuldade enfrentada em atender a população haitiana, por não entenderem a língua, principalmente as mulheres: *“Elas não querem aprender a falar o português, são muito submissas aos homens, a gente tenta falar que tem curso, mas elas não se interessam”*, relatou, concluindo que não havia nenhuma haitiana direcionada ao estudo que falasse português. A Coordenadora relutou e sugeriu que as observações e entrevistas fossem realizadas dentro da Unidade de Saúde nos dias que haveriam consultas pré-natal com as gestantes, facilitando assim o contato com as haitianas, pois estariam acompanhadas dos seus esposos que auxiliariam na tradução. A insistência em conversar com os ACS fez com que levasse a pesquisadora até a sala desses profissionais. Os ACS, ao receberem o tema da pesquisa, rapidamente argumentaram que não havia nenhuma haitiana que falasse português e seria muito difícil ir até elas. A negação imediata dos ACS em contribuir com o estudo causou estranhamento na pesquisadora,

compreendendo que tais respostas estavam em consonância com o posicionamento da Coordenadora 3.

Mediante sua argumentação e sugestão, a Coordenadora 3 fez a impressão de um relatório com todas as consultas de pré-natal agendadas para o mês de dezembro, grifando o nome das gestantes haitianas para que pudesse tomar conhecimento e melhor organizar os dias de ida até a unidade de saúde, conciliando as observações com as entrevistas. Essa ideia não se desenvolveu muito, subentendendo que os locais de oferta dos serviços de saúde poderiam gerar desconforto aos participantes e interferir nos resultados.

Passaram-se algumas semanas e houve retorno ao CSF 3 na tentativa de diálogo com os ACS. Nessa oportunidade, foi entregue a cartilha *Ann Pale Potigè* para a Coordenadora 3, desencadeando uma reação negativa em relação aos imigrantes, aparentando uma certa resistência ao atendimento à essa população. A coordenadora começou seu discurso relatando uma viagem pelo Mercosul, contou não ter avistado uma placa traduzida do espanhol para português no seu percurso, enfatizando que “*basta cruzar a fronteira é possível perceber que no Brasil há tradução das placas*”. Afirmando, assim, não ser justo os profissionais de saúde se enquadrarem à língua deles (dos haitianos): “*eles que vem aqui que tem que aprender a nossa língua e não o contrário*”.

A diferença linguística geralmente foi apresentada pelos profissionais da saúde como uma das principais dificuldades ao estabelecerem vínculo com as haitianas, muitas vezes dificultando ou mesmo impedindo que esses profissionais exerçam seu papel de cuidador, gerando descontentamento frente a essa demanda, comprometendo a constituição do vínculo e dos cuidados humanizados tão preconizados pela PNH. Atitudes de repulsa refletem, muitas vezes, um posicionamento de soberania do profissional perante as haitianas por não dominarem a cultura e a língua local.

O discurso da Coordenadora 3 esteve carregado de rancor e raiva ou até mesmo de cansaço em relação ao atendimento à população imigrante, finalizando o seu desabafo:

*Teve uma (haitiana) que veio aqui na unidade e eu tinha que fazer a coleta do preventivo e ela começou a dar risada, não parava mais (no momento do procedimento) e eu não sabia porque ela estava rindo. Uma outra vez veio uma haitiana que sabia falar português e eu perguntei algumas coisas a ela que ajudaram esclarecer, disse que no Haiti não é comum esse tipo de exames. (Coordenadora 3).*

O não estabelecimento do vínculo entre os profissionais de saúde e os usuários compromete o atendimento humanizado, conforme afirmam os autores Guerrero e

colaboradores (2013), pois o vínculo é considerado a principal via de acesso para os serviços contemplarem de forma qualitativa as demandas de seus usuários, tendo o diálogo como a ferramenta mediadora entre os sujeitos e a rede de atenção à saúde, e o acolhimento efetivo conduz a ações mais adequadas às demandas em saúde dos usuários (CAVALCANTE FILHO et al., 2009).

Os impasses com a comunicação refletem num posicionamento recuado da equipe de saúde em relação aos imigrantes, com atitudes de hostilidade, rejeição e intolerância. Em conversa com a ACS 3, foi relatado que a chegada dos haitianos nessa microárea de abrangência foi conturbada. No princípio, ela e uma colega, também ACS, se deslocaram até um edifício, que grande parte dos moradores era de haitianos (do sexo masculino), para efetuar o cadastro no Sistema Único de Saúde. Quando entraram na residência, explicou-se que eles não entenderam os motivos de duas mulheres estarem ali:

*Começaram a ir pra cima da minha colega, eu fiquei de lado, porque ela era bem mais novinha que eu, devia ter uns 19 anos na época, por sorte havia uma moradora que entendia a língua deles e veio socorrer a gente. Depois disso, ela (o ACS) pediu as contas, ficou traumatizada eu acho. (ACS 3)<sup>18</sup>*

Conforme a ACS 3, o fato foi levado ao conhecimento da Secretaria de Saúde, sendo orientadas a realizarem o boletim de ocorrência, caso assim quisessem. Em nota oficial, a Secretaria de Saúde divulgou que os novos cadastros de imigrantes seriam realizados nas Unidades, finaliza.

A escolha de mais de um CSF para realizar a investigação foi uma estratégia para compreender como os diferentes espaços de saúde lidam com as mesmas demandas. Os diálogos e encontros realizados nos espaços do CSF 1 foram significativamente diferentes dos demais CSF selecionados. A postura da Coordenadora 1 em relação à população imigrante haitiana demonstrou envolvimento e solicitude em atender as demandas de uma forma efetiva. Descreveu com sensibilidade a realidade das gestantes haitianas dentro da UBS, na qual muitas delas não sabem falar o português e no momento das consultas geralmente estão acompanhadas de haitianos que dominam o português. No entanto, aponta que nem sempre esses homens são os seus parceiros, causando certo constrangimento aos profissionais de saúde por haver questões que abrangem a intimidade da mulher. Enfatizou que na sua microárea de atuação, há algumas haitianas que compreendem bem o português e quando há necessidade de tradução nas consultas, sempre que possível, se dispõem a traduzi-las. Ainda

---

<sup>18</sup> Diferente do Brasil, no Haiti é vulgar uma mulher visitar a casa de um homem.

em seu discurso, a Coordenadora 1 aponta que os acompanhamentos pré-natal não são realizados com assiduidade pelas haitianas, conforme o previsto na atenção ao pré-natal, pois as haitianas compreendem os serviços de saúde como uma necessidade somente em casos onde há perigo eminente, não demonstrando um comportamento sanitário de prevenção, finaliza.

Estendendo-se essa realidade ao CSF 2, onde a Coordenadora 2 sinalizou a importância de um estudo voltado à saúde da mulher imigrante, que possa dar suporte para as equipes no desenrolar dessas demandas, apresentando com seriedade aos ACS a proposta do projeto, solicitando boa vontade dos profissionais no que fosse necessário. Nessa microárea de abrangência, juntamente com a ACS 2, foi realizada uma visita à casa de uma puérpera haitiana. Como não havia muito tempo do nascimento do bebê, a ACS 2 aproveitou para realizar a visita puerperal domiciliar. Antes de chegarmos à casa dela, a ACS 2 avisou que ela não entendia nada em português. Ao chegar na residência da puérpera, o ACS 2 com pouco entusiasmo começou a questionar a mãe sobre como foi o parto, o acompanhamento pré-natal, entre outras questões previstas em seu formulário. A dificuldade no entendimento da puérpera exigia da profissional paciência na condução do diálogo, num determinado momento, ocorreu desentendimento e a profissional virou-se para a pesquisadora e olhou afirmando: “*Tá vendo? Ela não entende nada!*”, num tom de irritação. A partir de então, a pesquisadora passou a mediar a conversa entre o ACS 2 e a puérpera, buscando estabelecer um diálogo com a puérpera, que, de imediato, abriu um sorriso.

Em espaços de debates<sup>19</sup> promovidos por entidades que estudam o fenômeno migratório e atuam com imigrantes na região de Chapecó e Vale do Taquari no Rio Grande do Sul, constatasse que a barreira do idioma se transfere da invisibilidade para a visibilidade, onde as consequências da desassistência transpassam o mundo simbólico tornando-as reais, materializadas através da precariedade, do desemprego, de doenças, entre outras, retratando as condições desumanas que muitas vezes o imigrante está sujeito.

Após o contato com a realidade dos serviços de saúde nos CSF selecionados, muitos profissionais apontaram como dificuldades no atendimento aos usuários de nacionalidade haitiana a discrepância entre os idiomas e diferenças culturais. Influenciando na desassistência do imigrante em relação aos serviços de saúde, assim como na qualidade da assistência

---

<sup>19</sup> 1 - II Seminário internacional Migrações e Direitos Humanos, promovido pela Univates, ocorrido em maio de 2018. 2 - Roda de conversa sobre migração e direitos humanos, GEIROSC, junho de 2018. 3 - Seminário sobre a nova lei nacional de Migração, Pastoral do Migrante da Paróquia São Luiz Gonzaga de Xaxim, SC, julho de 2018.

prestada, pois a língua é o principal meio para se efetivar o vínculo entre o profissional de saúde e o usuário.

## **5.2 Os itinerários dos cuidados em saúde realizado pelas haitianas**

Adentrar na realidade das imigrantes haitianas residentes no município de Chapecó possibilitou o conhecimento de suas vidas, observando como as variadas vivências influenciam nos caminhos percorridos em busca dos cuidados em saúde, assim como os significados atribuídos em torno dos cuidados e na constituição de família. Foi uma imersão real no círculo de convívio das participantes, possibilitando compreender como a estrutura familiar e social influenciam na tomada de decisões frente aos cuidados em saúde, assim como no cotidiano, em relação às demandas do pré-natal, com os filhos e com a família. Compreende-se que é através da história dos sujeitos que se detém a lógica na busca por soluções para os cuidados em saúde, mediadas pelas expectativas em relação aos cuidados com o seu corpo, assim como as experiências de adoecimento e cuidados em saúde vividos por um ou mais membros da família (BELLATO; ARAÚJO; CASTRO, 2008).

Através da história de vida foi possível obter aproximação com o vivido e conhecer um pouco os caminhos do cuidado e os seus significados segundo a perspectiva das mulheres e seus familiares (BELLATO et al., 2016). Para melhor explicar a experiência das haitianas na diáspora e a perspectiva dos cuidados em saúde, iniciar-se-á com a história de Valieres e no decorrer do texto serão incluídas as experiências das demais participantes. A escolha da descrição inicial com a participante Valieres se deu pela sua fluência em português, que possibilitou maior profundidade da entrevista.

Valieres é uma mulher resiliente, viúva, mãe de três filhos, seu terceiro filho nasceu no Brasil. Conta que não deixou sua pátria apenas pelo ocorrido com o terremoto (como muitos dos seus conterrâneos), mas sim pelo estado de insegurança que havia devastado a esperança de muitos haitianos nos últimos tempos<sup>20</sup>. Chegou em solo brasileiro em 2011, pelo Acre, com seu filho mais novo na época, no qual ainda não havia completado três anos. Tomou conhecimento da cidade de Chapecó através de um primo do seu falecido esposo, que naquele período morava e trabalhava na mesma cidade, oferecendo estadia até que Valieres conseguisse se estabilizar financeiramente. Após dois meses à espera da documentação no

---

<sup>20</sup> Diferente de Valieres, as demais participantes migraram com o intuito da reunião familiar (seus maridos já haviam se instalado no Brasil).

Acre, parte para as terras do oeste catarinense na expectativa de recomeçar uma nova vida, com melhores oportunidades. Depois de meses a procura de emprego, foi admitida em um frigorífico do município, no qual trabalha até hoje. A realidade laboral em frigoríficos também faz parte do cotidiano das participantes Dame-Marie, Delmas, Saint Suzanne, Bele-Anse, Marigot, as demais participantes não trabalhavam no momento da coleta dos dados.

Segundo as participantes empregadas, a realidade dos frigoríficos são os planos de saúde, no qual contemplam todos os funcionários, com desconto de uma taxa mensal direto na folha de pagamento, e também custos extras caso houver consultas e exames. A presença do plano de saúde no seu local de trabalho interferiu no conhecimento de Valieres sobre a gratuidade dos serviços ofertados pelo SUS, relatando que após os primeiros indícios da gravidez procurou o hospital conveniado (Confederação Nacional das Cooperativas Médicas (UNIMED) para realizar os exames, e com o resultado positivo, marcou as consultas com o ginecologista para efetivar o acompanhamento médico.

*Eu fiz os exames e descobri que estava grávida. Depois eu marquei consulta com ginecologista, daí eu tive consulta cada mês. Só que cada mês eles descontam, [...] daí é consulta e exame todos os meses, eu não aguentava pagar, aí eu conversei com a enfermeira de lá mesmo, eles me falaram: se a gente tem plano de saúde você vai usar o SUS eles descontam igual. (Valieres).*

Diante das intensas demandas com consultas e exames que sucederam os quatro primeiros meses de gestação, Valieres procurou conversar com uma enfermeira do Hospital Regional do Oeste (HRO), a qual lhe informou que os serviços prestados pelo SUS eram gratuitos, possibilitando a Valieres dar continuidade no acompanhamento pré-natal na AB, no CSF da sua área de abrangência. Para que não haja tais desencontros entre informações acerca da cobertura dos serviços de saúde, é necessário que se desenvolvam estratégias para ampliar o conhecimento dos imigrantes sobre o direito ao acesso e contribuindo, assim, para maior eficácia na utilização dos serviços de saúde (DIAS et al., 2010). Embora no Brasil não haja especificidades nas políticas públicas em relação ao atendimento ao imigrante, a estes, igualmente, são garantidos o acesso e a gratuidade dos serviços de saúde no Brasil através da Constituição Federal e amparados pela Lei Orgânica do SUS (GUERRA; VENTURA, 2017), pelo fato de estarem em território nacional.

O desconhecimento em relação aos direitos garantidos no país de assentamento está diretamente associado à barreira linguística (ALMEIDA; CALDAS, 2013; GURMAN; BECKER, 2008; SILVA, 2008; MARSHALL et al., 2005; SILVA, 2005; AHMAD et al., 2004; TENG; BLACKMORE; STEWART, 2007; TRICAS et al., 2005), considerado como

um dos fatores mais importantes que afetam diretamente as experiências das mulheres em relação aos cuidados. Além do desconhecimento da organização dos serviços de saúde no país de acolhimento e a barreira linguística, outros fatores associam-se à precarização na assistência, seja pela falta de tempo, receio de utilizar os serviços de saúde (especialmente quando remete à condição de ilegalidade), assim como pelas diferenças culturais a respeito de doenças e respectivos tratamentos (MARTES; FALEIROS, 2013).

A essa realidade, a participante Delmas aponta que uma das principais dificuldades é em compreender a língua local, relatando sua necessidade em sempre ter um acompanhante que faça a tradução das consultas. Delmas, no momento da entrevista, apontou sua preocupação em não saber como iria fazer em relação às próximas consultas, pois seu esposo trabalhava em horário alternado ao seu e o vizinho que sempre lhe acompanhava comprometeu-se com outras atividades. Mediante esse impasse, Delmas convidou a pesquisadora para lhe acompanhar em um exame que seria na semana subsequente a da conversa descrita acima, colocando-a em uma situação constrangedora, pois não conseguiam ao menos se comunicar (no momento da entrevista houve a participação de uma tradutora), pois os encontros anteriores à entrevista eram baseados em diálogos através da cartilha entregue e também com auxílio de uma página disponível na internet para tradução. A barreira da comunicação contribui, muitas vezes, para que as informações em saúde não sejam compreendidas de forma eficaz ou simplesmente não aconteçam, sendo possível identificar essa fragilidade no momento da coleta de dados.

A barreira linguística é real e esteve presente em vários momentos da coleta de dados. Apesar de ter um número equilibrado entre as participantes que falavam e não falavam o português, muitas pessoas que se teve a oportunidade de obter contato, além das haitianas (como parentes e amigos) falavam apenas crioulo. No momento de inserção no campo havia sido possível contatar mais mulheres, mas a questão do tempo para os encontros e pela indisponibilidade da tradutora, fez com que algumas mulheres não pudessem fazer parte do estudo. A barreira na comunicação, em diversos espaços, foi apontada por diferentes atores sociais<sup>21</sup> como a principal dificuldade para a inserção eficaz dos haitianos na comunidade local.

A integração social e integração com o mercado de trabalho está diretamente ligada à fluência da língua. Em conversa com o esposo da puérpera Marigot<sup>22</sup>, ele relatou que a

---

<sup>21</sup> Lideranças comunitárias de Chapecó e região que atuam com a população imigrante.

<sup>22</sup> Marigot não falava português e apresentou bastante resistência no momento em que seu esposo pediu para que ela tentasse falar em português.

realidade no frigorífico em que trabalhava estava bem complicada em relação à contratação de haitianas. Disse que logo que chegou em Chapecó, acerca de quatro anos, haviam muitas contratações, mas que atualmente está bastante restrita a contratação de haitianas. Segundo Sá (2015), a comunicação e a prática do idioma constituem-se como ponto chave na inserção dos haitianos na sociedade brasileira, possibilitando, assim, o desenvolvimento de laços com a comunidade local, integrando-se com a cultura brasileira e possibilitando a ascensão profissional.

A dificuldade na comunicação reflete também na oferta e qualidade dos serviços prestados pelo CSF. Identificou-se que os grupos informativos, que fazem parte do protocolo de atenção à saúde da gestante, não ocorreram nos CSF no período da coleta de dados, assim como anteriormente à pesquisa. Somente a participante Valieres relatou ter participado de um grupo dessa modalidade, promovido pela empresa em que trabalha na Semana Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho (SIPAT). Através dessa palestra, Valieres identificou alguma das variações culturais ao realizar os cuidados com o bebê recém-nascido:

*Eu vi que aqui no primeiro dia que a criança nasce já serve água pra dar banho, lá não, a gente vai limpando. Por exemplo, eu tiro a roupa de cima eu limpo a parte de cima, eu limpo a seco, coloca a roupa depois eu tiro a parte de baixo e depois eu coloco, mas eu vi que aqui desde o primeiro dia coloca na banheira pra dar banho. Também aprendi aqui a estanca, por exemplo, tampar o ouvido.*

As variações culturais são reconhecidas como grande entrave para a integração do imigrante na sociedade de acolhimento, contribuindo para que seja supervalorizado a sua identidade cultural, alimentada pelo mito do retorno à pátria amada. Corroborando, Mejía<sup>23</sup>, em seu estudo com as haitianas residentes no Vale do Taquari, Rio Grande do Sul, constatou que muitas mulheres resistem fortemente em aprender a língua local, refletido através da dificuldade na integração das haitianas em solo brasileiro, tanto no campo de trabalho quanto em outros espaços de convívio social. Esse fechamento com a cultura materna representa o sentimento de viver a diáspora longe de suas raízes, especialmente pelo fato da mulher conter maior ligação com os símbolos da sua cultura e a necessidade da manutenção identitária por meio de rituais, costumes e pela culinária. Os traços que os diferenciam da sociedade local geralmente tendem a gerar estranhamento, para os haitianos fortalece “o sentimento de pertencimento ao país de origem, como uma marca diferenciada da sua identidade” (MEJIA; CAZAROTTO, 2017, p. 175). A ligação com as origens é considerada um mecanismo positivo para a manutenção da saúde mental, elaborada através da criação de vínculos em

---

<sup>23</sup> Relato no grupo de trabalho Saúde da mulher e migração no II Seminário Internacional de Migrações e Direitos Humanos em Lajeado, ocorrido em maio de 2018.

grupos de apoio e possibilitando, assim, a criação de sentimento de bem-estar e conforto para os imigrantes, diante da realidade tumultuosa que vive o imigrante no país de acolhimento (MATSUE, 2012).

Os sentimentos oriundos da impossibilidade de possuir um só lugar de pertença, as condições sociais fragilizadoras, tais como a falta de documentação, a exploração no trabalho, a precariedade nas condições de habitação e a inadaptação linguística e cultural fazem com que a migração permaneça em suas vidas como uma ferida sempre aberta, podendo essas circunstâncias gerar problemas físicos, psicológicos e sociais que muitas vezes se associam a outros riscos inerentes ao próprio indivíduo e ao país de origem. (FRANKEN; COUTINHO; RAMOS, 2012, p. 205-206).

O estresse e o sofrimento psicológico que a condição da migração faz brotar no âmago da existência de quem migra pode ter consequências mais graves que a própria violência física (FASSIN, 2016). A dificuldade em adaptar-se ao novo contexto da sociedade receptora pode levar a elevados níveis de estresse, assim como o desencadeamento de doenças psicológicas e psicossomáticas, interferindo diretamente na qualidade de vida do imigrante (COUTINHO; OLIVEIRA, 2010). Corroborando com a realidade da migração vivida pelos haitianos, ser uma diáspora é um sério compromisso a ser honrado perante os familiares que permaneceram no Haiti, representado através de remessas de valores emitidas, e consagrando-se, assim, em uma diáspora de sucesso, característica da nova economia da migração (BRZOZOWSKI, 2012). A pressão em não conseguir cumprir com esse compromisso fez com que alguns haitianos de Chapecó e região perdessem a vida, como casos de enfarto e suicídio<sup>24</sup>.

O fato de os imigrantes serem parte dos grupos minoritários revela maior propensão desses aos fatores estressantes do cotidiano, pois envolvem diversas mudanças na vida de quem migra: no âmbito psicológico, físico, biológico, social, cultural, familiar e político. Refletindo em níveis de saúde física e psíquica, passando do estresse psicológico para o estresse social, em que afirmam Coutinho e Oliveira (2010, p. 550), “em função dessas consequências, forma-se uma trama que expõe os grupos migrantes à vulnerabilidade, tendo-se esses como de difícil adaptação cultural, como fontes de resistência ao ambiente social.” E geralmente, perante os quadros de estresse e sofrimento, há constantes associações e comparações entre o contexto de acolhimento com o país de origem.

Os laços que mantêm as haitianas ligadas com o país de origem prevalecem nos momentos de avaliação dos serviços de saúde no país de acolhimento. As experiências em saúde vividas no país de origem serviram de base comparativa com os serviços de saúde no

---

<sup>24</sup> Informação colhida na III Roda de conversa realizada em junho de 2018.

Brasil. Ao investigar as principais diferenças entre os serviços de saúde do Brasil e Haiti, as participantes apontaram a gratuidade da cobertura e qualidade na oferta dos serviços de saúde pelo SUS, como um dos pontos com maior destaque quando comparados com os do país de origem: “É. não é igual daqui... lá no Haiti quando a gente vai consultar tem que pagar” Dame-Marie; “Diferente, são diferentes. Aqui no Brasil são organizados” Jérémié; “É que aqui [. ] quando chega no hospital eles atendem muito rápido, te atendem muito bem. Só que lá...não, no Haiti mesmo que tu tem dinheiro eles deixam você morrer e aqui mesmo se você não tem dinheiro te atendem e muito bem”, Bele-Anse.

*De um lado eu acho melhor, porque se eu não tenho dinheiro não posso ir pro hospital, porque a consulta, o remédio, até a ficha, a senha, pra mim pegar é dinheiro. Daí eu vou consultar, pra consultar digamos que não é pagar, mas depois da consulta o médico me deu a receita pra ir lá na farmácia tem que ter dinheiro. (Valieres).*

A realidade no Haiti, conforme relata Farmer (2003), ao vivenciar a clínica médica no país caribenho na década de 1980, retrata histórias angustiantes em relação à vida e ao sofrimento que envolve a população haitiana na busca pelos serviços de saúde, denunciando a precariedade na assistência em saúde e a deficiência na cobertura assistencial em saúde naquele país. Afirmando que essa realidade vem contribuindo para um quadro de SS, não afetando apenas os mais bastardos da sociedade, mas toda a estrutura social, devido à escassez de profissionais e a precarização na atenção à saúde.

Semelhante ao Brasil, a Constituição do Haiti assegura a todos os haitianos o direito fundamental aos cuidados de saúde, de qualidade e sem discriminações, assegurado através da Política Nacional de Saúde (PNS), fruto de movimento popular na década de 1980, que findou a ditadura instaurada no país. A PNS serve de orientação aos serviços públicos, privados ou de administração mista, e semelhante ao SUS, estando pautada nos princípios da universalidade, integralidade, equidade e qualidade nos serviços prestados. Apesar de existir uma política de orientação dos serviços de saúde, o Haiti encontra-se perante inúmeras dificuldades econômicas para responder tamanhas demandas em saúde. O contexto de saúde no Haiti, atualmente, passa por uma transição epidemiológica, alertando para a incidência e prevalência cada vez maior de doenças cardiovasculares e as neoplasias, tendo como as doenças que mais acometem o sexo feminino as infecções relacionadas ao “HIV/AIDS e as doenças oportunistas, deficiências nutricionais, mortalidade materna e infantil.” Realidade retratada através dos piores indicadores de saúde no continente americano, quadro agravado após o terremoto (MOI-MEME; ROSA, 2018, p. 94).

Pode-se considerar que a percepção positiva das haitianas em relação aos serviços de saúde ofertados pela AB corresponde à aderência aos cuidados ofertados no acompanhamento pré-natal. No entanto, a “cultura” de utilização dos serviços de saúde está mais ligada à questão da necessidade momentânea das haitianas e não guiada pela consciência de prevenção, assim como é preconizado os cuidados pré-natal. Conforme relato da Coordenadora 1: “*Muitas vezes as haitianas não comparecem às consultas, ai nós vamos atrás ver o que deu e elas dizem que estavam se sentindo bem.*” Nesse sentido, os usuários também definem, com formas e graus variados, o que é necessidade de saúde para si e para os membros familiares, em consonância com a disponibilidade de tempo para comparecer às consultas. Através dessas experiências e concepções, assim como pela orientação da equipe de saúde, é que se ordenam os caminhos percorridos pelas mulheres dentro dos serviços de saúde, guiada também pela capacidade de compreensão dessas usuárias do funcionamento e a lógica dos serviços mediados pela fluência do português e as informações repassadas pelos profissionais de saúde acerca da cobertura assistencial disponível.

A aceitação ou sensibilidade cultural, nomeadamente pelos hábitos, tradição e especificidades nos cuidados em saúde, considera-se um fator determinante na utilização dos serviços de saúde pelas mulheres imigrantes. Quando os serviços de saúde demonstram certo grau de sensibilidade ou aceitação e consciência cultural frente às imigrantes, maior a probabilidade dessas mulheres acessarem e aderirem aos serviços de saúde, impactando positivamente na satisfação em relação aos cuidados prestados. Embora nesse cenário prevaleçam as diferenças culturais, através da valorização da cultura das imigrantes pelos profissionais é que as mulheres aderem significativamente aos cuidados em saúde, não deixando de lados as crenças obtidas ao longo da vida sobre certos aspectos nos cuidados com o recém-nascido (CAROLAN; CASSAR, 2010).

As diferenças nos cuidados ofertados pelos profissionais de saúde brasileiros foram apontadas pelas haitianas como positivas. Através dos relatos, foi possível perceber que a maternidade é percebida pelas haitianas como um processo natural em suas vidas, não havendo exposição excessiva de cargas emocionais perante o bebê ou aos filhos, conforme relatam as participantes Jérémie e Valeriers, respectivamente, ao serem questionadas sobre as diferenças percebidas nos cuidados em saúde realizados no Brasil quando comparadas aos de país de origem: “*É que aqui no Brasil dão muita atenção (refere-se aos (as) médicos (as) e enfermeiros (as) pra criança, pra mãe*”, “*o que que eu vejo é que as pessoas aqui, as pessoas são mais carinhosas com os filhos*”. Essa diferença nos cuidados também é apontada pela

Coordenadora 1, conforme expôs ao relatar o cotidiano dos atendimentos no CSF 1 com a população haitiana.

*Nem sempre é a mãe ou o pai que vem com o filho para a consulta, as vezes eles vêm com um amigo ou vizinho, aí fica difícil saber o que realmente se passa com ele [...] Teve um dia que um bebê passou mal, nós chamamos os bombeiros e a mãe não ficou na sala, foi lá fora esperar, nem para segurar a criança, deixou ele aqui conosco (na sala) e foi lá fora. (Coordenadora 1).<sup>25</sup>*

As diferenças culturais interferem diretamente no posicionamento das mulheres imigrantes diante dos serviços de saúde prestados na sociedade acolhedora, influenciando em variados graus de envolvimento com os serviços, assim como na adoção de comportamentos e novas estratégias para os cuidados em saúde (O'MAHONY; DONNELLY, 2007). Nesse sentido, Ahmad e colaboradores (2005) apontam como alternativa para mediar as diversidades culturais que envolvem o contexto da migração o não abandono dos hábitos culturais pelas mulheres de seu país de origem, apontado como um aspecto positivo que visa manter equilibrado o estado de saúde das mulheres imigrantes.

A entrada a campo através do delineamento do IT se deu através da expectativa em conhecer a trajetória realizada pelas haitianas na busca por preservar a saúde com os cuidados pré-natal, através de diversos recursos nos quais pudessem incluir desde os cuidados caseiros e práticas religiosas até as práticas biomédicas predominantes (CABRAL et al., 2011, p. 4434), assim como a interação entre as diferentes práticas. No entanto, ao imergir na realidade estudada, o contexto percebido foi outro, no qual os cuidados em saúde realizados pelas haitianas no pré-natal e puerpério se constituíam, basicamente, das prerrogativas estabelecidas pelos serviços em saúde. Na Figura 3 há a descrição do percurso realizado por Valieres que iniciou o pré-natal e realizou o parto no hospital UNIMED e os demais cuidados foram realizados no CSF da área de abrangência.

Na realidade estudada, através da adoção das práticas em saúde, através pelo ordenamento dos serviços de saúde do SUS, muitas haitianas se depararam com posicionamento dos profissionais de saúde contrário ao preconizado pelas políticas públicas em relação ao respeito à diversidade cultural. Conforme o posicionamento de uma amiga de Valieres, brasileira, a qual Valieres a considera mãe, ao descrever o hospital público como

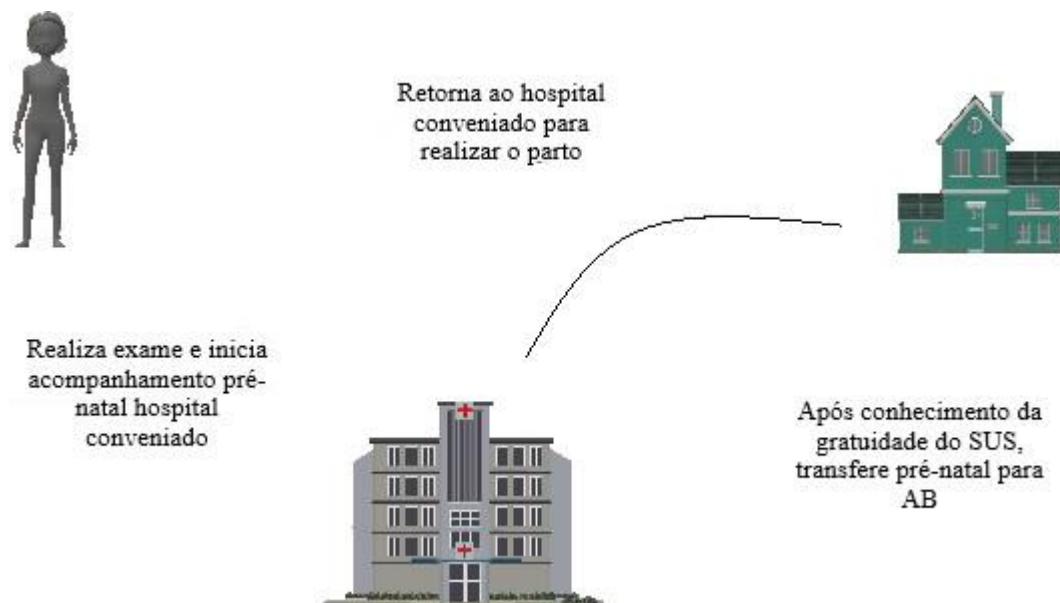
---

<sup>25</sup> Este costume é mantido pelo espírito genuíno de comunidade cultivado no Haiti, onde todos se responsabilizam por todos. A participante Delmas afirmou que esta seria uma das principais dificuldades da maternidade no Brasil.

perigoso, propenso a violar os direitos humanos de quem for negro ao usar os serviços de saúde, fator que influenciou no IT da gestante Valieres:

*'Deixa eu te levar na UNIMED porque eu vi as pessoas sofrendo lá no regional (hospital) imagina você que é negra eles vão poder, pode ser que eles façam negligência contigo, deixa que eu te levo na UNIMED que eu te devolvo esse dinheiro', daí ela levou na unimed e quando eu cheguei lá tava com 8 cm (de dilatação).*

Figura 3 - Itinerário Terapêutico Valieres



Fonte: elaborada pela autora.

Previsto na Constituição Brasileira de 1988, através da universalidade de acesso aos serviços de saúde, é direito de todo cidadão em solo brasileiro usufruir dos serviços de saúde em todos os níveis assistenciais. Alertando que a universalidade, para ser efetiva em sua prática, necessita da capacitação dos profissionais em todos os níveis assistenciais. O acesso aos serviços de saúde pelas haitianas aponta fragilidades a serem superadas nessa esfera de assistência social, podendo ser dificultado pela questão da barreira linguística, o desconhecimento da abrangência da cobertura dos serviços de saúde, assim como o próprio comportamento sanitário das haitianas que procuram o hospital apenas em caso de extrema dor e necessidade. O caminho dos cuidados, em certa maneira, está sendo executado pelas haitianas de forma zelosa, as quais valorizam bastante os serviços de saúde no Brasil.

### 5.3 O estigma social em relação à diáspora haitiana

*“A pessoa não pode fazer um ato de preconceito verbalmente contigo,  
mas de uma forma qualquer ela faz.”*  
Valieres

Por mais que seja sutil e possa passar, muitas vezes, despercebido, como nesse caso retratado através do racismo velado, alerta Freud (2011) que sempre haverá uma forma do conteúdo latente a se manifestar, podendo muitas vezes não ser somente através das palavras, mas também por meio de gestos e comportamentos, que representam o conteúdo reprimido no indivíduo pela ordem moral vigente em um determinado contexto social. Nesse sentido, a migração para a região oeste despertou um sentimento adormecido em muitos chapecoenses, um medo oculto de dividir o espaço com o outro, percebendo esse imigrante, conforme descrito por Risson (2016), como o “intruso” que trouxe doenças ou que veio para Chapecó roubar emprego, assim como culpabilizá-lo pela crise econômica, criando e corroborando com o processo de estigmatização do imigrante haitiano na cidade, dificultando na integração do mesmo com a comunidade local, assim como o acesso a serviços de saúde e outras políticas de assistência social.

A inclusão e a permanência em um determinado espaço físico, ou “lugar”, conforme descreve Bourdieu (2012), vai sendo apropriado pelos agentes através das interações sociais. Mediante essa interação, o espaço físico vai ganhando tonalidade e sendo constituído pelos agentes nas relações de poder que se manifestam, organizado através do espaço simbólico denominado de “espaço social”, o qual é permeado de simbolismos e capaz de criar fronteiras através das diferenças nas posições sociais. “A posição de um agente no espaço social se exprime no lugar do espaço físico em que está situado, e pela posição relativa que suas localizações temporárias e sobretudo permanentes ocupam em relação às localizações de outros agentes.” (BOURDIEU, 2012, p. 160). O poder simbólico permite dominar o espaço físico, especialmente pelo modelo de capital constituído pela estrutura social, materializando o poder simbólico através do espaço físico e contribuindo, aparentemente ou não, para um cenário de discriminação dos menos afortunados.

Essa classificação determinada pela distribuição do espaço físico através da dominação do simbólico, afirma Goffmann (2008), é onde se constitui as lacunas sociais e atribuições de características específicas a determinados grupos, sendo classificadas em três: as abominações do corpo através das deformidades físicas; culpas de caráter individual; e a terceira se dá pelos estigmas atribuídos às diferentes raças, nação e religião “[...] que podem

ser transmitidos através da linhagem e contaminar por igual todos os membros de uma família [...]” (GOFFMANN, 2008, p. 14), corroborando com o cenário no qual todo negro circulando em Chapecó é associado aos nacionais do Haiti – através da cor –, alegando miséria e sofrimento.

Em um dos momentos de visita a campo, com a companhia do ACS 2 – no período inicial da coleta de dados – acompanhou-se outras visitas domiciliares de rotina para otimizar o tempo enquanto a gestante que pretendia-se contatar voltasse do trabalho. Nesse percurso houve o encontro com uma senhora solicitando a visita do ACS 2 em sua residência, a fim de atualizar seu cadastro do SUS e negociar uma consulta para sua filha que estava grávida. Tal mulher, entre os seus 45 anos, era negra e dividia a casa com a filha e o esposo, e também um neto, a mesma bastante consciente do peso de ser negra do Brasil: “*Eu sou brasileira, nasci no Paraguai, mas vivo no Brasil desde muito pequena, só que nem todos acreditam que sou daqui, estranham quando eu falo português*”. Dentre os assuntos conversados, contou que se aproximou de um grupo de haitianos através de uma igreja, aprendendo a falar o crioulo, além das outras cinco línguas que domina, e relatou alguns obstáculos que os haitianos têm para se inserir na sociedade, principalmente na barreira em utilizar os serviços de saúde através da limitação da língua e também pelo preconceito. Após o ACS 2 concluir a atualização cadastral, prosseguiu-se até a casa da moradora ao lado, a qual, ao avistar a sua vizinha negra descer o moro, reagiu com espanto, a referida vizinha percebe e fala num tom alto e despreocupado: “*não se preocupe, eu não sou haitiana*”, evidenciando a característica depreciativa atribuída por parte dos chapecoenses ao negro que vive nessa cidade, em ser haitiano:

Os imigrantes haitianos devido a seus fenótipos serem muito diferente da maioria da população local causa um estranhamento, este estranhamento desenvolve-se em estigmas que tomam forma a partir da constatação de sua cultura ser diferente da dos locais. Os estigmas contra os imigrantes são uma forma que o grupo dominante usa para exercer sua dominação. Para isso, em suas redes de focos transmitem informações sobre características nas quais estes imigrantes supostamente possuem, tornando-os indivíduos desacreditados, ou seja, cuja virtude está sempre em cheque. (DIEHL, 2017, p.113).

Os autores Assis, Ribeiro e Fernandes (2016) afirmam que a discriminação em relação aos haitianos não remete somente às questões de origem étnica nacional, mas também está associada aos motivos de ordem racial ou de classe social, influenciadas pela crise socioeconômica que enfrenta o país. Na concepção do senso comum, o mito em torno dos motivos que provocam a migração geralmente está associado à escassez dos recursos naturais no país de origem, marcados pela pobreza e miséria, conflitos armados ou pela guerra. De

certo modo, essas pontuações não deixam de compor a gama de fatores que levam diversas pessoas no mundo todo a migrarem, entretanto, é a partir destas que se criam conceitos estigmatizantes em relação ao imigrante, marcado pela vitimização e sofrimento, gerando, assim, um sentimento de compadecimento e comoção daqueles que os assistem, impossibilitando de conceber o imigrante como um sujeito de direitos capaz de contribuir de forma significativa na sociedade receptora.

Ao conversar com um imigrante negro, oriundo de um país da África, relata os inúmeros contrapontos por ser imigrante no Brasil, experiência que vivencia desde que chegou em Chapecó, no ano de 2016. Alega a ignorância das pessoas na insistência em tratá-lo como haitiano<sup>26</sup>, mesmo após ele afirmar e justificar não o ser (apontavam-no como haitiano, na tentativa, muitas vezes, em rebaixá-lo a uma “classe inferior”), assim como as confusões nas afirmativas que o Haiti é um país da África<sup>27</sup>. Ao questioná-lo em relação à adaptação ao Brasil, comenta que é um processo diário, no qual teve de se acostumar com o *jeito brasileiro de ser* para conseguir se inserir efetivamente nessa realidade, enfrentando e convivendo com situações invasivas diariamente.

Os brasileiros [...] associavam o Haiti com a África, continente este que existe todo um imaginário de ser um péssimo lugar, apenas com miséria, fome e todas as doenças possíveis, logo, estes imigrantes negros estariam trazendo para a região doenças e um 'atraso cultural'. (DIEHL, 2017, p. 114).

Nessa perspectiva que se constrói o imaginário dos moradores locais em relação aos imigrantes haitianos, onde os gestos e falas estigmatizadas dos moradores locais se expressam através de sutilezas ou em casos mais explícitos, assim como expressa Valieres ao relatar uma solicitação que fez com o dono da casa onde reside em relação à instalação de um *box* no banheiro, tendo a seguinte resposta: “*Lá de onde você vem você sabe o que que é box?*”. Ao expressar esse fato, Valieres não fez questão de esconder a raiva até então contida em seu peito diante de tal afirmação, relatando que esse pensamento provém da política de sensibilização do governo haitiano para arrecadação de fundos através da ajuda humanitária:

---

<sup>26</sup> A palavra “haitiano” passou a ser um adjetivo para definição de que todas as pessoas de cor negra fossem oriundas do Haiti, e a elas atribuídas características como sofrimento, miséria, fome, entre outros.

<sup>27</sup> Alerto essa questão aos colegas e profissionais de saúde com tais possíveis afirmações. Foram inúmeras as situações vivenciadas com declarações discriminatórias, tanto na academia quanto no universo profissional. O profissional da saúde, assim como o estudante de pós-graduação, são referências para a sociedade, principalmente por serem formadores de opiniões, considerando que muitas vezes as afirmações estão em consonância com as ideologias de cada um, as quais conduzem as práticas cotidianas dos cuidados, assim como no processo de ensinar.

*“Ai que vergonha, sabe porquê? Porque o governo vai naqueles lugarzinhos mais pobre, mais sujo, eles passam na TV e filmam pra pedir ajuda, entendeu? Daí assim nos despreza.”*

Essa associação entre o imigrante haitiano e o imaginário de miséria e sofrimento se dá também em relação à cor da pele. A questão da “raça” e os estigmas de ordem social estão inevitavelmente associados a esta diáspora, reforçando situações de discriminação de alguns brasileiros para com os haitianos (ASSIS; RIBEIRO; FERNANDES, 2016). A estigmatização é construída no processo da interação social cotidiana entre os sujeitos envolvidos, caracterizada por meio de um processo contínuo de formação e ressignificação que se dá por meio da convivência nos variados espaços (DIEHL, 2017). Caracterizada pela dominação de um grupo sobre o outro, podendo ser imposto de diversas formas: através da agressão física, restrições sociais (questões no âmbito econômico, político e cultural), assim como as de caráter simbólico (DIEHL, 2015).

No entanto, é importante destacar que o estereótipo do imigrante haitiano não surgiu repentinamente, foi decorrente de um processo gradual envolvendo determinados fatores. Destaca-se como primeiro fator a chegada repentina e massiva à região, causando espanto e medo na população que necessitou se adaptar ao novo morador que circulava pela cidade. Inicialmente, ocorreram espanto e associação desse imigrante através de categorias raciais acerca dos brasileiros negros, no entanto, a convivência e a socialização naturalizaram a presença desse imigrante nos espaços da cidade, constituindo uma nova configuração de características que os diferenciavam dos negros brasileiros, em conotação pejorativa, ocorrendo de forma processual à categorização do estereótipo dos imigrantes haitianos (DIEHL, 2017).

A estigmatização de grupos imigrantes que foram racializados são decorrentes do fato deles serem estrangeiros na realidade em que se encontram, desenvolvendo um estranhamento e desconfiança por parte da população local, ao mesmo tempo que esses imigrantes são de um grupo étnico distinto da maioria da população regional. Os estigmas são construções sociais que se originam de atitudes carregadas de preconceitos de pessoas que se consideram pertencentes a um grupo superior (GOFFMANN, 2008), trazendo sérias consequências na qualidade da integração social pelo imigrante na sociedade receptora.

*Por que, que nem, eu tô falando aqui sobre o preconceito aqui pra nós por exemplo: eu era professora no Haiti, eu cheguei aqui (no frigorífico que trabalha) pra apresentar os documentos pra eles, aqui não vale, só se eu tivesse voltado a estudar, eu tô descascando essa, eu tenho dignidade, eu tô trabalhando pra poder pagar o aluguel, poder comer, educar os meus filhos, não porque eu tenho problema mas eu vejo desse lado que aqui no Brasil tem preconceito nesse casos, por exemplo eu penso assim: se meu filho pudesse estudar numa escola, por exemplo, que têm*

*nome, daí assim eles vão poder ter um trabalho mais ou menos. Imagina, eles já são negros, se não tivessem estudo... Que nem lá, eu trabalho, que nem as pessoas do meu setor eles reclamam bastante que quase eu não trabalho na produção, eu sou auxiliar de produção. Mas eu mais trabalho como tradutora, porque os haitianos vão fazer ficha, exame, essas coisas, eles não entendem, eu que tenho mais tempo que mais sabe, daí eles me chamam, todo dia, todo santo dia, por exemplo, quando tem integração, eles fazem dois dias de integração, eu vou nesses dois dias fazer, traduzir. Às vezes tem quatro vezes por mês. Porque que não me dão um cargo só pra trabalhar com os haitianos? Que daí teriam que pagar mais. Que nem esses dias me chamaram pra ir pra, sexta-feira me chamaram pra traduzir pra uma haitiana, daí a contadora, a secretária do encarregado fala: você nunca pediu aumento pra eles? Eu falei: nem adianta, eu já falei pra eles que é pra me dá um, uma vaga lá pra poder trabalhar. Eu sou haitiana...Pra abusar eles podem, mas pra poder pagar... Eles sabem se me colocar num lugar eles vão ter que pagar mais...Eu não reclamo, até pra mim poder ajudar, por exemplo, se eles quiserem dizer: ah não vamos mais contratar haitianos que não consegue falar, daí o sofrimento vai ser pra nós. Eu vejo nesse sentido, daí às vezes eu vou sem problemas, mas eles deveriam saber que podiam me dar um, uma oportunidade para poder, né... (receber) um pouquinho mais. (VALIERES).*

As dificuldades relacionadas ao trabalho também se fizeram presente no cotidiano da gestante Delmas, no qual relatou que ao apresentar problemas de saúde seu rendimento decaiu, podendo perceber descontentamento entre as suas colegas diante deste fato, afirmando que seu quadro de saúde estava desfavorável para o desenvolvimento pleno das atividades, levando-a a sentar-se com bastante frequência no período laboral, gerando conflito com as suas colegas, relata. Sob essa perspectiva, a ascensão no mercado de trabalho e a condição econômica do imigrante na sociedade de acolhimento, conforme assinalam as autoras Vilela, Collares e Noronha (2015), ao analisarem os fatores de impacto das migrações e trabalho no Brasil, é apontada como negativa por influência da origem e nacionalidade do imigrante, ao ser comparada com um grupo de brasileiros, “e que a cor/raça não branca também tem impacto negativo quando comparada à cor/raça branca, após o controle de características individuais, de origem, de destino e de comunidade.” (VILELA; COLLARES; NORONHA, 2015, p. 34), ou seja, negros encontram-se em desvantagem no mercado de trabalho brasileiro em relação aos trabalhadores brancos.

Vilela (2011) corrobora que a valorização e rendimento no mercado de trabalho segmentado, entre os imigrantes e nativos, é oriundo do próprio mercado, e não propriamente das características produtivas dos sujeitos, apontando a discriminação como o fomento para essa condição estrutural de limitação de salários e mobilidade dos indivíduos entre os postos de trabalho. Sabe-se que grande parte dos imigrantes se aloca em áreas distintas de atuação àquelas realizadas no país de origem, muitas vezes em posições inferiores no mercado de trabalho, devido a não validação e reconhecimento da profissão nos países acolhedores.

Contribuindo para o que o trabalho, ferramenta positiva para a inclusão e incorporação social, se torne um fator discriminatório e de exclusão social (MARINUCCI, 2017).

A precarização no trabalho, somada a outras dificuldades de inserção do imigrante na sociedade de acolhimento remetem ao sentimento de não pertencimento à diáspora. Possibilitando assim, analisar o *status* social que carrega o imigrante por ser alguém que vive na condição de provisoriedade permanente, de não pertencer *aqui* – na diáspora – e não “existir” mais lá (sua terra natal), Sayad (1998, p. 47) enfatiza que a condição do imigrante:

Impõe a todos a manutenção da ilusão coletiva de um estado que não é provisório nem permanente, ou, de um estado que só seja admitido ora como provisório (de direito), com a condição de que esse ‘provisório’ possa durar indefinidamente, ora como definitivo (de fato), com a condição de que esse ‘definitivo’ jamais seja enunciado como tal.

O não pertencimento do imigrante na sociedade acolhedora acarreta em consequências significativas nos aspectos econômicos, sociais, na saúde e educação. A imigração implica na adaptação social e psicológica à cultura do país acolhedor. É importante reconhecer que o processo de estigmatização dos imigrantes, especialmente as mulheres haitianas na comunidade local, que refletem significativamente nas condições de saúde e na qualidade de vida mediante a integração nesse novo contexto social.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A migração haitiana apresentou inúmeros desafios a serem superados no município de Chapecó, especialmente no âmbito da saúde, da educação e da assistência social. O cenário ao que se chegou na região, a partir do ano de 2011, esteve propício para a inserção de mão de obra no mercado de trabalho, fato esse que atraiu inúmeros haitianos para a região. No entanto, após o período de recesso econômico iniciado em 2015, foi possível perceber, aos poucos, a real dimensão das fragilidades encontradas em torno do cenário migratório no município.

O desemprego afeta primeiro àqueles que têm os seus direitos desconhecidos, àqueles que não dominam a língua ou àqueles que simplesmente não são nativos. E, então, novamente, o ciclo de exploração e sofrimento se faz presente na vida do haitiano. Mas por que se referir à “novamente”? Parte-se do pressuposto de todo o histórico colonial e de independência que caracteriza a história do povo haitiano, marcado por intensa exploração e resistência, os quais pagam até hoje pela ganância do homem branco em não os deixar assumir, de forma digna, a sua independência conquistada de forma justa e honrosa. E em contraste a esse contexto, ao chegarem ao Brasil – persuadidos pela prosperidade e chance de uma nova vida – se deparam com um cenário precarizado em relação ao trabalho, moradia, acesso a saúde e à educação.

Nahum Saint Julier<sup>28</sup>, atual presidente da associação dos haitianos em Chapecó, ao descrever seu percurso realizado desde sua saída do Haiti até Chapecó, expos que ao chegar no posto de trabalho que haviam lhe ofertado na cidade de Nova Erechim (região do extremo oeste catarinense), deparou-se com condições mínimas para exercer seu labor e o salário era o mínimo para sua sobrevivência. Mostrou-nos uma foto dele e de seus conterrâneos embarcando em um ônibus fretado pela empresa, afirmando que o cenário de escravidão tão pouco havia mudado e que esse era o retrato factual da realidade na qual pertencemos.

Com poucos postos de trabalho disponibilizados aos haitianos atualmente, diversos deles tem passado por inúmeras dificuldades para a subsistência em solo brasileiro. Através da crise econômica emergiu um novo olhar da gestão municipal sobre as políticas de assistência social aos haitianos em Chapecó, que até então estavam sendo pouco visibilizados.

---

<sup>28</sup> Relato no evento #SomosTodosMigrantes: práticas de acolhimento a migrantes e a refugiados nas regiões sul e norte, ocorrida no dia 30 de julho de 2018.

Há meses, Nahum conquistou uma vaga de estagiário na Secretaria de Assistência Social de Chapecó (SEASC), afirmando que buscou em diversos espaços um lugar de fala para expor a situação de vulnerabilidade social, econômica, desemprego, atendimento à saúde, educação, assistência social, de famílias de imigrantes haitianos. A partir de então, a SEASC passou a se mobilizar a fim de garantir assistência a essa população desassistida, pontuando que alguns imigrantes foram realocados em postos de trabalho pelo Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) da grande Efapi, disponibilizadas cestas básicas para as famílias mais carentes, abertura de novas turmas para aulas de português, assim como a iniciativa de articulação com o setor empresarial de Chapecó, a fim de sensibilizá-los na contratação de haitianos qualificados para as respectivas áreas de atuação.

Apesar de toda problemática apresentada aqui, outra preocupação presente neste cenário é a inserção das mulheres haitianas na sociedade chapecoense: poucas mulheres se comunicam com facilidade em português (MEJÍA; CAZAROTTO, 2017) ou ocupam postos de trabalho no município<sup>29</sup>. A situação apresenta-se como problemática pela resistência das mulheres em efetivar a integração, fechando-se para a sua própria cultura, não buscando fontes alternativas (como curso de português, por exemplo) para se integrarem à sociedade chapecoense. Nesse sentido, uma das principais dificuldades encontradas nos momentos iniciais de ida a campo era identificar gestantes ou puérperas que dominassem a língua portuguesa, restringindo uma quantidade significativa de mulheres, possivelmente, a participarem deste estudo. Dentre as mulheres selecionadas, poucas falavam fluentemente o português, o que de certo modo foi um dos fatores limitantes para a execução desta pesquisa, pois os diálogos ficaram bastante restritos a questões básicas de conversação, tornando essa parte da coleta de dados bastante desgastante, pois dependia também da participação de uma tradutora.

Aponta-se a questão linguística como limitadora também aos profissionais de saúde que atuam diariamente com esse público, em situações implicadas diretamente com a qualidade de vida das haitianas e de suas famílias, a migração, podendo ser interpretada, nesse sentido, como uma via de mão dupla: há de um lado os imigrantes e do outro os profissionais de saúde. A efetivação do vínculo, um dos pontos centrais para a autonomia dos usuários perante seus cuidados em saúde, pode ser comprometido quando não há a possibilidade do diálogo aberto entre as partes. Por mais que os profissionais consigam um grau mínimo de

---

<sup>29</sup> Informações obtidas pela assistente social coordenadora da SEASC em Chapecó na III Roda de Conversa, realizada em junho de 2018.

comunicação, através de gestos, mímicas e desenhos, não o é suficiente para uma atenção em saúde com qualidade, assim como preconizada pelo Ministério da Saúde. Conforme relatou a secretária da SEASC, houve a contratação de dois haitianos para atuarem junto ao CSF Jardim do Lago e Jardim América, um passo para facilitar a comunicação entre os profissionais de saúde e os usuários imigrantes haitianos. Entretanto, em uma conversa realizada com a Coordenadora 1 no período de inserção ao campo, narrou a dificuldade em realizar as consultas ginecológicas com as haitianas, principalmente quando estão acompanhadas dos seus esposos (que os homens, em sua maioria, falam português), devido ao fato da característica da consulta ser estritamente voltada ao universo feminino, podendo interferir na qualidade da assistência prestada.

O ponto crucial na construção desse cenário de cuidados é a questão da barreira linguística. O domínio ou compreensão da língua é um fator determinante no percurso das mulheres dentro dos serviços de saúde, limitando os seus itinerários terapêuticos às práticas oficiais e ordenadas pelo SUS. O percurso realizado pelas haitianas nos cuidados pré-natal e puerpério, estritamente ordenado ao itinerário do SUS, pode estar relacionado com a gratuidade dos serviços de saúde aqui no Brasil, podendo influenciar maior aderência aos serviços ofertados. Sem exceção, todas as participantes apontaram como positivo os serviços de saúde no Brasil, diferente do Haiti, que o acesso não é gratuito.

Haydu (2017, p. 159) corrobora que os IT não se limitam apenas à disponibilidade dos serviços de saúde ou a outros métodos de cura, mas englobam também “o entendimento do processo sociocultural implicado na escolha do tratamento”. Foi possível identificar, através da observação e em uma entrevista (realizada com Valieres), a tentativa de execução de algumas práticas tradicionais nos cuidados com o recém-nascido. Valieres relatou sua preocupação em não poder realizar alguns dos cuidados com o filho recém-nascido pela falta do material (conforme relatou, seria semelhante a uma atadura) aqui no Brasil e que isso poderia prejudicar o desenvolvimento e crescimento de seu bebê. No entanto, concluiu, aliviada, que seu filho caçula cresceu tão bem quanto os seus outros dois filhos que foram criados no Haiti.

Ao entrar a campo, era sabido a limitação em realizar um estudo etnográfico no período estipulado para o curso de mestrado. A literatura que retrata a etnografia aponta como solo fecundo para análise após anos de interação entre o pesquisador e os sujeitos do estudo, convivência que permite ao pesquisador captar as sutilezas das relações sociais, a compreensão dos símbolos e afetos, até mesmo a semântica empregada nos termos usados na comunicação, assim como, especificamente, o significado da diáspora e da maternidade para

as haitianas. No qual, o pesquisador precisa se despir da sua supremacia cultural para adentrar ao mundo do outro, do desconhecido, esse movimento proporciona desconforto ao pesquisador, um processo natural da pesquisa etnográfica.

Tais transformações trouxeram inúmeras reflexões sobre o lugar de fala dentro da academia e posicionamento em relação à vida. Muitos estudiosos com os quais obteve-se diálogo nesse processo de formação, alguns voltados para a área de migração e outros não, apresentavam dificuldades em compreender como é possível seguir uma vida tranquila na diáspora, mesmo longe de suas raízes e convivendo com a saudade. O que aprendeu-se com todas as pessoas que houve a oportunidade de conversar e dialogar, é que a vida flui muito melhor quando é vivida com naturalidade, no aconchego da família e dos amigos.

Nesse sentido, quando foi realizada a primeira entrevista com a gestante Dame-Marie, no roteiro havia uma pergunta: o que significa para você ter um filho? Após ser proferida essa frase soou tão banal, pois o ciclo natural da vida é esse, alertando assim, para a tendenciosidade vinda do mundo acadêmico em querer teorizar tudo que acontece na vida. A sua resposta foi a mais sensível que poderia ser: *“É difícil pra responder... eu e meu marido, a vida é assim, quando a gente tem uma criança a gente fica feliz, dá sorriso todo dia.”* Após essa “descoberta” do significado dos laços familiares para os haitianos, voltou-se a atenção para observar como esse processo natural era vivenciado no cotidiano dessas mulheres, essa experiência ampliaria a compreensão sobre os valores da vida. Estimulando a uma reflexão diária a respeito de conceitos e preconceitos, assim como no posicionamento enquanto pesquisadora perante os sujeitos pesquisados, tornando a convivência oportunizada pelo campo da pesquisa como um contato natural, um processo vivo e verdadeiro. Sendo custosa a compreensão de que todo esse processo é tido como a essência de uma pesquisa etnográfica, essa experiência com a cultura do outro, no qual o pesquisador só compreende os traços, os hábitos, a cultura do grupo estudado quando mergulha inteiramente no seu cotidiano, no entanto, nunca deixando de lado sua raiz cultural.

As migrações com todo seu potencial cultural têm muito a agregar nas sociedades receptoras que, apesar das fragilidades que emergem desse contexto, a diversidade proporciona um enriquecimento cultural sem tamanho, basta apenas que a sociedade consiga ver esse fenômeno como algo produtivo e não destrutivo, o que acaba dificultando a integração do imigrante na sociedade receptora. Em Chapecó, há inúmeras pessoas sensibilizadas com a causa e mobilizadas em proporcionar maiores recursos àqueles que de tão longe vieram no sonho de reconstruir a vida na diáspora.

A investigação expõe uma realidade com diversas problemáticas, mesmo assim, percebeu-se a satisfação por parte das mulheres em relação aos serviços de saúde prestados. Um dos desafios identificado é a inserção de maneira efetiva das haitianas na sociedade brasileira, valorizando as suas potencialidades, sejam elas no âmbito dos cuidados ou nos diversos contextos em que possam estar sendo inseridas. Sendo assim, é importante considerar as situações de discriminação que acabam dificultando a integração social das mulheres imigrantes, alimentando um sentimento de não pertencimento à nossa sociedade, exilando-as em sua diáspora.

A barreira linguística vivenciada por muitas mulheres imigrantes se caracteriza como umas das principais características na qualidade na integração com as sociedades receptoras, pois concretiza a integração do imigrante no processo migratório, tornando-se bastante difícil para algumas mulheres adentrar neste processo pois implica abrir mão de alguns dos costumes habituais para integrar-se socialmente no país receptora. O idioma se constitui como o principal elo de ligação com o país de origem, e, pode-se dizer, como um fator reconfortante para àqueles que vivem longe de suas origens.

As migrações com todo seu potencial cultural têm muito a agregar nas sociedades receptoras que, apesar das inúmeras fragilidades que emergem desse contexto, a diversidade proporciona um enriquecimento cultural sem tamanho, esse fenômeno necessita ser reconhecido como algo produtivo e não destrutivo, o que acaba dificultando a integração do imigrante na sociedade receptora. Ao analisarmos como a sociedade recebe o ‘estrangeiro’ podemos perceber o mais íntimo do seu caráter, pois ao estudarmos o fenômeno da migração, percebemos muito mais de nós mesmos e em como nos referimos ao outro – que é semelhante, porém diferente – que aquele que chega com pouco a dar, mas muito a receber.

## REFERÊNCIAS

AHMAD, Farah et al. Popular health promotion strategies among chinese and east indian immigrant women. **Women & Health**, v. 40, n. 1, 2004.

\_\_\_\_\_. Voices of south asian women: immigration and mental health. **Women & Health**, vol. 40, n. 4, p. 113-130, 2005.

ALLEGRI, Ernano. Refundar uma nação livre e soberana. In: SANTIAGO, Adriana (Org.). **Haiti por si: a reconquista da independência roubada**. Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora, p. 09-11, 2013. Disponível em: <[https://issuu.com/adital/docs/haiti\\_por\\_si\\_adital\\_adriana-santiago](https://issuu.com/adital/docs/haiti_por_si_adital_adriana-santiago)>. Acesso em: 4 jun. 2018.

ALMEIDA, Lígia Moreira; CALDAS, José Peixoto. Migration and maternal health: experiences of brazilian women in Portugal. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 13, n. 4, p. 309-316, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v13n4/1519-3829-rbsmi-13-04-0309.pdf>>. Acesso em: 21 out. 2017.

ALVES, Paulo Cezar B.; SOUZA, Iara Maria A. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, Mirian Cristina M.; ALVES, Paulo Cezar B.; SOUZA, Iara Maria A. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999. p. 125-138. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/pz254/pdf/rabelo-9788575412664-06.pdf>>. Acesso em: 19 jun. 2018.

ANGROSINO, Michael. **Etnografia e observação participante**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

ASSIS, Marluce Maria Araújo; JESUS, Washington Luiz Abreu de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 17, p. 2865-2875, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a02.pdf>>. Acesso em: 29 jul. 2018.

BAENINGER, Suzana; PERES, Roberta. Migração de Crise: a migração haitiana para o Brasil. **Rev Bras Est. Pop.**, v. 34, n. 1, p. 119-134, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v34n1/0102-3098-rbepop-34-01-00119.pdf>>. Acesso em: 31 jul. 2018.

BELLATO, Rosene; ARAÚJO, Laura Filomena Santos de; CASTRO, Phaedra. O itinerário terapêutico como uma tecnologia avaliativa da integralidade em saúde. In: PINHEIRO, Roseni; SILVA JUNIOR, Aluisio Gomes da; MATTOS, Ruben Araujo de (Orgs). **Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: Abrasco, 2008.

BERNARTT, Maria de Lourdes et al. Movimento migratório no sul do Brasil: o caso dos haitianos no oeste catarinense. **Globalização em tempos de regionalização - Repercussões no território**, Santa Cruz do Sul, set. 2015. Disponível em: <<http://online.unisc.br/acadnet/ana/index.php/sidr/article/view/13398/2564>>. Acesso em: 25 abr. 2018.

\_\_\_\_\_. Diáspora haitiana: primeiros estudos sobre o impacto para o desenvolvimento urbano e regional nas regiões sul e norte do Brasil. **Cadernos Ceru**, v. 26, n. 01, 2016. Disponível

em: <<https://www.revistas.usp.br/ceru/article/view/111168/109470>>. Acesso em: 10 abr. 2017.

BÓGUS, Lucia Maria M.; FABIANO, Maria Lucia Alves. O Brasil como destino das migrações internacionais recentes: novas relações, possibilidades e desafios. **Ponto e vírgula**, n. 18, p. 126-145, 2º sem. 2015. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/pontoevirgula/article/view/29806/20723>>. Acesso em: 25 maio 2018.

BOURDIEU, Pierre. Efeitos de lugar. In: \_\_\_\_\_ et al. (dir.). **A miséria do mundo**. 9. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

BRANCO, Iracema Castelo. Os novos trabalhadores imigrantes: o “sonho brasileiro”. **Panorama Internacional**, v. 1, n. 3, 2016. Disponível em: <<http://panoramainternacional.fee.tche.br/article/os-novos-trabalhadores-imigrantes-o-sonho-brasileiro/>>. Acesso em: 25 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa humanização no parto**: humanização no pré-natal e nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **HumanizaSUS**: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Pré-natal e puerpério**: atenção qualificada e humanizada, manual técnico. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde: 2012.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRZOZOWSKI, Jan. Migração internacional e desenvolvimento econômico. **Estudo Av.**, v. 26, n. 75, p. 137-156, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ea/v26n75/09.pdf>>. Acesso em: 09 jul. 2018.

CABRAL, Ana Lucia Lobo Vianna et al. Itinerários Terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciência e Saúde coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4433-4442, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n11/a16v16n11.pdf>>. Acesso em: 21 maio 2018.

CARBALLO, Manuel; NERUKAR, Aditi. Migration, refugees, and health risks. **Emerging Infectious Diseases**, v. 7, n. 3 supl., p. 556-560, 2001. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2631841/pdf/11485671.pdf>>. Acesso: 23 ago. 2017.

CAROLAN, Mary; CASSAR, Loris. Antenatal care perceptions of pregnant African women attending maternity services in Melbourne, Australia. **Midwifery**, v. 26, p. 189-201, 2010.



r/index.php/barbaroi/article/viewFile/9569/6001>. Acesso em: 15 jul. 2018.

\_\_\_\_\_. O processo de formação do estereótipo dos imigrantes haitianos em Lajeado, Rio Grande do Sul. In. FELDMAN-BIANCO, Bela; CAVALCANTI, Leonardo. Dossiê: Imigração Haitiana para o Brasil: Estados das artes. **Periplos**, v. 1, n. 1, 2017. Disponível em: <[http://periodicos.unb.br/ojs311/index.php/obmigra\\_periplos/article/view/6555](http://periodicos.unb.br/ojs311/index.php/obmigra_periplos/article/view/6555)>. Acesso em: 15 jul. 2018.

FARMER, P. **Pathologies of power: health, human rights, and the new war on the poor**. Califórnia: University of California Press, 2003.

\_\_\_\_\_. An Anthropology of structural violence. **Current Anthropology**, v. 45, n. 3, June 2004.

FASSIN, Didier. **Didier Fassin**: entrevistado por Debora Diniz. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2016.

FRANKEN, Ieda; COUTINHO, Maria da Penha de Lima; RAMOS, Maria Natália Pereira. Representações sociais, saúde mental e imigração internacional. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 32, n. 1, p. 202-219, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v32n1/v32n1a15.pdf>>. Acesso em: 21 maio 2018.

FREUD, Sigmund. **O mal-estar na civilização**. Rio de Janeiro: Imagino, 1974.

GEERTZ, Clifford. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 2011.

GERHARDT, T.E.; ROTOLI, A; RIQUINHO, D.L. Itinerários terapêuticos de pacientes com câncer: encontros e desencontros da Atenção Básica à alta complexidade nas redes de cuidado. In: PINHEIRO, Roseni; SILVA JUNIOR, Aluisio Gomes da; MATTOS, Ruben Araujo de (Orgs.). **Atenção Básica e Integralidade**: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ-CEPESC: ABRASCO, 2008. p. 197-214.

GOFFMAN, Erving. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

GOLDBERG, Alejandro; SILVEIRA, Cássio. Desigualdad social, condiciones de acceso a la salud pública y procesos de atención en inmigrantes bolivianos em Buenos Aires y São Paulo: una indagación comparativa. **Saúde Soc.**, vol. 22, n. 2, p. 283-297, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n2/v22n2a03.pdf>>. Acesso em: 24 abr. 2018.

\_\_\_\_\_; MARTIN, Denise; SILVEIRA, Cássio. Por um campo específico de estudos sobre processos migratórios e de saúde na Saúde Coletiva. **Interface, Comunicação, Saúde Educação**, v. 19, n. 53, p. 229- 232, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v19n53/1807-5762-icse-19-53-0229.pdf>>. Acesso: 24 abr. 2018.

GRANADA, D. et al. Discutir saúde e imigração no contexto atual de intensa mobilidade humana. **Interface, Comunicação, Saúde, Educação**. v. 21, n. 61, p. 285-296, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v21n61/1414-3283-icse-21-61-0285.pdf>>. Acesso em: 30 jul. 2018.

GUERRA, Katia; VENTURA, Miriam. Bioética, imigração e assistência à saúde: tensões e convergências sobre o direito humano à saúde no Brasil na integração regional dos países. **Cad. Saúde Col.**, v. 1, n. 25, p. 123-129, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cad/c/2017nahead/1414-462X-cadsc-1414-462X201700010185.pdf>>. Acesso em: 06 jul. 2018.

GURMAN, Tilly A.; BECKER, Davida. Factors affecting Latina immigrants' perception of maternal health care: findings from a qualitative study. **Health Care for Women International**, v. 29, p. 507-526, 2008.

HAYDU, Marcelo. **Refugiados congolese na cidade de São Paulo**: processo migratório e itinerários terapêuticos. Tese (Doutorado) Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), 2017. Disponível em: <<http://repositorio.unifesp.br/bitstream/11600/41876/1/2017-0021.pdf>>. Acesso em 17 jul. 2018.

HELMAN, Cecil G. **Cultura, saúde e doença**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

HILLESHEIM, Betina et al. Saúde da mulher e práticas de governo no campo das políticas públicas. **Psicologia em revista**, v. 15, n. 1, p.196-211, 2009. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v15n1/v15n1a12.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

IM, Eun-Ok.; YANG, Kyeongra. Theories on immigrant women's health. **Health Care for Women International**, vol. 26, p. 666-681, 2006.

KLEINMAN, Arhur. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. **Social Science & Medicine**, Part B: Medical Anthropology, [S. l.], v. 12, n. 2, p. 85-93, dez. 1978.

\_\_\_\_\_; DAS, Veena; LOCK, Margareth M. **Social Suffering**. Califórnia: Winter, 1996.

LAGUARDIA, Josué. O uso da variável "raça" na pesquisa em saúde. **Physis: Revista saúde coletiva**, v. 14, n. 2, p. 197-234, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/physis/v14n2/v14n2a03.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2018.

LAPLATINE, François. **Aprender Antropologia**. São Paulo: Brasiliense, 2007.

LIMA, Natalia Carvalho de; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria; VARGAS, Eliane Portes. Ensaio sobre "cegueiras": itinerário terapêutico e barreiras de acesso em assistência oftalmológica. **Interface**, Botucatu, v.21, n. 62, 2017. p.615-627. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832017000300615](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000300615)>. Acesso em: 26 jun. 2018.

LOUIDOR, Wooldy Edson. Uma história paradoxal. In: SANTIAGO, Adriana (Org.). **Haiti por si**: a reconquista da independência roubada. Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora, p. 12 – 44, 2013. Disponível em: <[https://issuu.com/adital/docs/haiti\\_por\\_si\\_adital\\_adrianasantia](https://issuu.com/adital/docs/haiti_por_si_adital_adrianasantia)>. Acesso em: 4 jun. 2018.

LUSSI, Carmem. Políticas públicas e desigualdades na migração e refúgio. **Psicologia USP**, v. 25, n. 2, p. 136-144, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pusp/v26n2/0103-6564-pusp-26-02-00136.pdf>>. Acesso 02 mai. 2018.

MAMED, Letícia Helena. Haitianos no Brasil: a experiência da etnografia multisituada para investigação de itinerário migratórios e laborais sul-sul. In BAENINGER, Rosana; et al. (Orgs). **Migrações sul-sul**. Campinas: Núcleo de estudos de população. 2018. p. 68-98. Disponível em: <[http://www.nepo.unicamp.br/publicacoes/livros/migracoes\\_sul\\_sul/migracoes\\_sul\\_sul.pdf](http://www.nepo.unicamp.br/publicacoes/livros/migracoes_sul_sul/migracoes_sul_sul.pdf)>. Acesso em: 10 jan. 2018.

MÂNGIA, Elisabete Ferreira; MURAMOTO, Melissa Tiek. Itinerários terapêuticos e construção de projetos terapêuticos cuidadores. **Revista Ter. Ocup.**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 176-182, 2008. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/14045>>. Acesso em: 18 jun. 2018.

MARINUCCI, Roberto. Migrações e trabalho: precarização, discriminação e resistência. **REMHU**, Brasília, v. 25, n. 49, p. 7-11, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/remhu/v25n49/1980-8585-REMHU-25-49-007.pdf>>. Acesso em: 16 jul. 2018.

MARSHALL, Khiya J. et al. Health status and access to health care documented and undocumented immigrant Latino women. **Health Care for Women International**, v. 26, n. 10, p. 916-936, 2005.

MARTES, Ana Cristina Braga; FALEIROS, Sarah Martins. Acesso dos imigrantes bolivianos aos serviços de saúde na cidade de São Paulo. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 351, 364, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n2/v22n2a08.pdf>>. Acesso em: 21 maio 2018.

MATSUE, Regina Yoshie. Sentir-se em casa longe de casa: vulnerabilidade, religiosidade e apoio social entre os imigrantes brasileiros no Japão. **Ciência e Saúde coletiva**, v. 17, n. 5, p.135-142, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n5/a07v17n5.pdf>>. Acesso em: 24 jul. 2018.

MATTOS, Carmem Lúcia Guimarães de. A abordagem etnográfica na investigação científica. In: \_\_\_\_\_; CASTRO, Paula Almeida de (Orgs.). **Etnografia e educação: conceitos e usos**. Campina Grande: EDUEPB, 2011.

MEJÍA, Margarita Rosa Gaviria; CAZAROTTO, Rosmari Terezinha. O papel das mulheres imigrantes na família transnacional que mobiliza a migração haitiana no Brasil. **Pós Ciências Sociais**, v. 14, n. 27, p. 171-190, 2017. Disponível em: <<http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rpcsoc/article/view/6452/4117>>. Acesso 02 mai. 2018.

MENÉNDEZ, Eduardo L. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. **Ciência & Saúde coletiva**, v. 8, n. 1, p.185-207, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n1/a14v08n1.pdf>>. Acesso em 19 out. 2018.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MOI-MEME, Pauliny Junior; ROSA, Roger dos Santos. O sistema de saúde do Haiti. In: ROMAN, Darlan José; MATOS, Izabella Barison (Org.). **Imigração haitiana: perfil, ambientação social e organização no oeste catarinense, política migratória e aspectos da história do Haiti**. Joaçaba: Editora Unoesc, 2018.

NUNES, Juliana Teixeira et al. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: Revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. **Cad. Saúde Coletiva**, v. 2, n. 24, p. 252-261, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v24n2/1414-462X-cadsc-24-2-252.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2018.

OLIVEIRA, Antônio Tadeu Ribeiro de. Os invasores: as ameaças que representam as migrações subsaariana na Espanha e haitiana no Brasil. **REMHU**, Brasília, n. 44, p. 135-155, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/remhu/v23n44/1980-8585-REMHU-23-44-135.pdf>>. Acesso em: 25 mai. 2018.

O'MAHONY, Joyce Maureen; DONNELLY, Tam Truong. The influence of culture on immigrant women's mental health care experiences from the perspectives of health care providers. **Issues in Mental Health Nursing**, v. 28, n.5, p. 453-471, 2007.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Diagnóstico regional sobre migração haitiana**. 2017. Disponível em: <[https://robuenosaires.iom.int/sites/default/files/publicaciones/Diagnostico\\_Regional.pdf](https://robuenosaires.iom.int/sites/default/files/publicaciones/Diagnostico_Regional.pdf)>. Acesso em: 27 ago. 2017.

PADILLA, Beatriz. Saúde e migrações: metodologias participativas como ferramentas de promoção da cidadania. **Interface**, v. 21, n. 61, p. 273-284, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v21n61/1414-3283-icse-21-61-0273.pdf>>. Acesso em 25 mai. 2018.

PARKER, Richard. Interseções entre estigma, preconceito e discriminação na saúde pública mundial. In: MONTEIRO, Simone (Org.). **Estigma e saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 25 – 46, 2013.

PEIRANO, Mariza. **Etnografia, ou a teoria vivida**. Ponto Urbe, 2008.

PERUZZI, Caroline Portela et al. Itinerário terapêutico de mulheres com câncer de mama no sul do Brasil. **Revista Nursing**, vol. 21, n. 237, p. 2024-2029, 2018. Disponível em: <[http://www.revistanursing.com.br/revistas/237-Fevereiro2018/itinerario\\_terapeutico\\_de\\_mulheres\\_com\\_cancer.pdf](http://www.revistanursing.com.br/revistas/237-Fevereiro2018/itinerario_terapeutico_de_mulheres_com_cancer.pdf)>. Acesso em: 25 jun. 2018.

PUSSETTI, Chiara; BRAZZABENI, Micol. Sofrimento social: idiomas da exclusão e políticas de assistencialismo. **Etnográfica**, v. 15, n. 3, p. 467-478, 2011. Disponível em: <<http://journals.openedition.org/etnografica/1036>>. Acesso em: 23 jan. 2017.

RAMOS, Natália. Saúde, migração e direitos humanos. **Mudanças - Psicologia da Saúde**, v. 17, n. 1, p. 1-11, 2009. Disponível em: <<https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/MUD/article/view/1924/1938>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

RISSEON, Ana Paula; MATSUE, Regina Yoshie; LIMA, Ana Cristina Costa. Atenção em saúde aos imigrantes haitianos em Chapecó e suas dimensões étnico-raciais. **O social em questão**, n. 41, p. 111-130, 2018. Disponível em: <[http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ\\_41\\_art\\_5\\_Risson\\_Matsue\\_Lima.pdf](http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_41_art_5_Risson_Matsue_Lima.pdf)>. Acesso em: 28 jun. 2018.

RISSEON, Ana Paula. **Cartografia da atenção à saúde de imigrantes haitianos residentes em Chapecó - SC**. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde), Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó), 2016. Disponível em: <<http://konrad.unochapeco.edu>>.

br:8080/pergamumweb/vinculos/0000e7/0000e752.pdf>. Acesso em: 23 set. 2017.

ROCHA, Cristianne Maria Famer; DARSIE, Camilo; SILVA, Vivian Costa da; KOETZ, Ana Paula Messa; GAMA, Ana Filipa; DIAS, Sónia Ferreira. Maternidade deslocada: a gravidez, o aborto voluntário e a saúde feminina para mulheres imigrantes em Portugal. **Rev Bras Promoc Saúde**. v. 26, n. 4, 2013.

SÁ, Patrícia Rodrigues Costa de. As redes sociais de haitianos em Belo Horizonte: análise dos laços relacionais no caminho de ascensão dos imigrantes no mercado de trabalho. **Cadernos OBMigra**, v. 1, n. 3, p. 99-127, 2015. Disponível em: <[http://periodicos.unb.br/index.php/obmigra\\_periplos/article/view/16127/11516](http://periodicos.unb.br/index.php/obmigra_periplos/article/view/16127/11516)>. Acesso em: 21 maio 2018.

SANTOS, Fabiane Vinente dos. A inclusão dos migrantes internacionais nas políticas do sistema de saúde brasileiro: o caso dos haitianos no Amazonas. **História, Ciências, Saúde, Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 477-494, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v23n2/0104-5970-hcsm-23-2-0477.pdf>>. Acesso em: 27 jul. 2018.

SAYAD, Abdelmalek. **A imigração ou os paradoxos da alteridade**. São Paulo: Editora Universidade de São Paulo, 1998.

SILVA, Alcione Leite; DAWSON, Maria Teresa. The impact of international migration on the health of brazilian women living in Australia. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 13, n. 3, p. 339-350, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v13n3/a02v13n03.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2017.

\_\_\_\_\_. Pesquisa-ação participante no processo de empowerment de mulheres brasileiras no contexto da migração internacional. **Esc Anna Nery Rev Enferm.**, v. 12, n. 4, p. 750-757, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n4/v12n4a20.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2017.

SILVA, Carlos Roberto de Castro e; MENDES, Rosilda; NAKAMURA, Eunice. A dimensão da ética na pesquisa em saúde com ênfase na abordagem qualitativa. **Saúde Sociedade**, v. 12, n. 1, p. 32-41, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n1/05.pdf>>. Acesso em: 22 jul. 2018.

SILVA, Raimunda Magalhães da et al. Cartografia do cuidado na saúde da gestante. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 17, n 3, p. 635-642, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a09.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2017.

SILVA, Tamara Mitchell Ribeiro da; SOUZA, Sonia Regina de; COUTO, Leila Leontina. Itinerário terapêutico de adolescentes com osteossarcoma: implicações para o diagnóstico precoce. **REME – Rev Min Enferm**, v. 21, out. 2017. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsa.lud.org/portal/resource/pt/bde-31665>>. Acesso em: 26 jun. 2018.

SIMÕES, Willy Moreira Batista; MOREIRA, Max Silva. A importância dos atributos: acolhimento, vínculo e longitudinalidade na construção da função de referência em saúde mental na atenção primária a saúde. **Enfermagem Revista**, v. 16, n. 3, p. 223-239, 2013. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/12894/10117>>. Acesso em: 28 maio 2018.

SOUZA, Isabela Rodrigues de; SILVA, João Gabriel Covolan. Formação do Haiti no mundo atlântico do século XIX. **Almanack**, n. 16, p. 359-364, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/alm/n16/2236-4633-alm-16-00359.pdf>>. Acesso em: 04 jun. 2018.

SPINK, Mary Jane P. Clientes, cidadãos, pacientes: reflexões sobre as múltiplas lógicas do cuidado na atenção à saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 24, supl. 1, p. 115-123, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902015000500115&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902015000500115&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso: 18 jun. 2018.

SUTTER, Christina. Haiti, país mal dito. **Revista Mal-Estar e Subjetividade**, v. 10, n. 3, p. 931-950, 2010. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27117236011>>. Acesso em: 07 maio 2018.

TELESI JUNIOR, Emílio. Práticas alternativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. **Estudos Avançados**, v. 30, n. 86, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40142016000100099](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142016000100099)>. Acesso em: 09 jul. 2018.

TENG, L.; BLACKMORE, E. Robertson; STEWART, D. E. Healthcare worker's perception of barriers to care by immigrant women with postpartum depression: an exploratory qualitative study. **Arch Womens Ment Health**, v. 10, p. 93-101, 2007.

THAINES Geovana Hagata de Lima Souza et al. A busca do cuidado empreendida por usuários com diabetes mellitus: um convite à reflexão sobre a integralidade em saúde. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 57-66, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a07.pdf>>. Acesso em: 06 jul. 2018.

THOMAS, Omar Ribeiro. O terremoto no Haiti, o mundo dos brancos e o Lougawou. **Novos estudos**, n. 86, p. 23-39, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-33002010000100002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-33002010000100002)>. Acesso em: 04 jun. 2018.

TRICAS, Josefina Goberna et al. Atención al embarazo en mujeres africanas inmigrantes. Percepción de las matronas de asistencia primaria. **Enfermería Clínica**, v. 15, n. 2, mar. 2005. Disponível em: <<http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-pdf-13073073-S300>>. Acesso em: 20 nov. 2017.

UNFPA. State of World Population 2006. **A Passage to Hope: Women and International Migration**. UNFPA, 2006. Disponível em: <<http://www.unfpa.org.br/Arquivos/swop2006.pdf>>. Acesso em: 23 nov. 2016.

UNIC. **Declaração universal dos direitos humanos**. 2009. Disponível em: <<http://www.onu.org.br/img/2014/09/DUDH.pdf>>. Acesso em: 29 mar. 2018.

UN. **International migration report**. New York: United Nations, 2017. Disponível em: <[http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/migrationreport/docs/MigrationReport2017\\_Highlights.pdf](http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/migrationreport/docs/MigrationReport2017_Highlights.pdf)>. Acesso em: 21 fev. 2018.

VILELA, Elaine Meire. Desigualdade e discriminação de imigrantes internacionais no mercado de trabalho brasileiro. **Dados**, v. 54, n. 1, p. 89-128, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/dados/v54n1/03.pdf>>. Acesso em 10 jul. 2018.

\_\_\_\_\_; COLLARES, Ana Cristina Murta; NORONHA, Cláudia Lima Ayer de. Migrações e trabalho no Brasil fatores étnico-nacionais e raciais. **RBCS**, v. 30, n. 87, p. 19-43, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v30n87/0102-6909-rbcsoc-30-87-0019.pdf>>. Acesso em: 05 jul. 2018.

WEINTRAUB, Ana Cecília Andrade de Moraes; VASCONCELOS, Maria da Penha Costa. Contribuições do pensamento de Didier Fassin para uma análise crítica das políticas públicas dirigidas a populações vulneráveis. **História, Ciências, Saúde**, v. 20, n. 3, p. 1041-1055, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v20n3/0104-5970-hcsm-20-03-1041.pdf>>. Acesso em: 23 jan. 2017.

WERLANG, Rosangela; MENDES, Jussara Maria Rosa. Sofrimento social. **Revista Serviço Social & Sociedade**, n. 116, p. 743-768, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n116/09.pdf>>. Acesso em: 27 jan. 2017.

YOUNES, Soraia; RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon; ARAÚJO, Allan Cezar Faria. Itinerário terapêutico de pacientes com obesidade atendidos em serviço de alta complexidade de um hospital universitário. **Saúde Debate**, v. 41, n. 115, out./dez. 2017. Disponível em: <[https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042017000701046](https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000701046)>. Acesso em: 26 jun. 2018.