

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ – CAMPUS DE FOZ  
DO IGUAÇU  
CENTRO DE EDUCAÇÃO, LETRAS E SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIEDADE, CULTURA E  
FRONTEIRAS – MESTRADO E DOUTORADO**

**IVANDRO MARCELO KUKUL**

**Acolhimento aos imigrantes haitianos nas Unidades Básicas de Saúde do  
Município de Medianeira/PR à luz da Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS.**

**FOZ DO IGUAÇU**

**2025**

**IVANDRO MARCELO KUKUL**

**Acolhimento aos imigrantes haitianos nas Unidades Básicas de Saúde do  
Município de Medianeira/PR à luz da Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS.**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociedade, Cultura e Fronteiras – Mestrado e Doutorado, do Centro de Educação e Saúde, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Sociedade, Cultura e Fronteiras.

Área de concentração: Sociedade, Cultura e Fronteiras.

ORIENTADORA: Dra. Eliane Pinto de Góes

**Foz do Iguaçu/PR  
2025**

*“Ainda sem enxergar direito, como um espírito perdido na nuvem cinza que emergiu dos escombros, reduzido à condição de corpo empoeirado, inidentificável, sem destino e quase sem consciência, o sobrevivente se ajoelhou resignado aos pés da santa cruz.*

*Só podia ser santa, se não sucumbira também ao demônio que botou tudo abaixo. Só mesmo um milagre, uma benção, a mão todo-poderosa do Divino, para deixar de pé a imagem de Jesus Cristo, quando todo o resto era pó na estrada da Sacré Coeur de Turgeau. Se a gritaria tornava quase incompreensível a oração exasperada, as mãos levantadas na direção do céu não deixavam dúvidas de que aquele era um gesto pleno de louvação.*

*E assim chegou mais um sobrevivente, e outro, e outro, e mais outro, formando uma cerimônia desordenada em que se repetiam a louvação e os grunhidos dizendo: “Meu Deus!”.*

*Como era possível o mundo vir abaixo na igreja e só o Cristo ficar de pé?*

*Àquela altura, com o milagre fincado na terra seca, só havia dois tipos de gente em Porto Príncipe: os abençoados e os soterrados, sendo que os últimos, subdividia-os o destino em outros dois segmentos extremos: os mortos e os ainda vivos. Mas isso só se descobriria depois”<sup>1</sup>.*

---

<sup>1</sup> Fragmento retirado da obra *Haiti, depois do inferno: memórias de um repórter no maior terremoto do século*, de Rodrigo Alvarez, publicado em 2010, pela Editora Globo.



## Ficha Catalográfica

Ficha de identificação da obra elaborada através do Formulário de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da Unioeste.

KUKUL, IVANDRO MARCELO

Acolhimento aos imigrantes haitianos nas Unidades Básicas de Saúde do Município de Medianeira/PR à luz da Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS. / IVANDRO MARCELO KUKUL; orientadora Eliane Pinto de Góes Góes. -- Foz do Iguaçu, 2025.

161 p.

Tese (Doutorado Campus de Foz do Iguaçu) -- Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Programa de Pós-Graduação em Sociedade, Cultura e Fronteiras, 2025.

1. Migração. 2. Acolhimento. 3. Humanização. I. Góes, Eliane Pinto de Góes, orient. II. Título.

**KUKUL, I. M. Acolhimento aos imigrantes haitianos nas Unidades Básicas de Saúde do Município de Medianeira/PR à luz da Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS.** (161 pg). Doutorado em Sociedade, Cultura e Fronteiras – Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Orientador: Eliane Pinto Góes. Foz do Iguaçu. 2025. IVANDRO MARCELO KUKUL.

Aprovado em \_\_/\_\_/\_\_\_\_

### **BANCA EXAMINADORA**

---

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Eliane Pinto Góes (Orientadora)**  
**UNIOESTE – Universidade Estadual do Oeste do Paraná**

---

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Denise Rosana da Silva Moraes**  
**UNIOESTE – Universidade Estadual do Oeste do Paraná**

---

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Cleiser Schenatto Langaro**  
**UNIOESTE – Universidade Estadual do Oeste do Paraná**

---

**Prof. Dr. Gilmar José De Toni**  
**UNILA – Universidade Federal da Integração Latino-Americana**

---

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maristela Rosso Walker**  
**UTFPR – Universidade Tecnológica Federal do Paraná**

Dedicado aos homens e mulheres pretos, pobres e perdidos em um território desconhecido, com suas lutas e sonhos, com suas vulnerabilidades e sofrimentos. Que os desafios da mobilidade humana possam ser superados e ao final, juntos, consigamos construir uma sociedade mais justa e inclusiva, onde cada indivíduo, independentemente de sua origem, tenha oportunidade de prosperar e contribuir!

## AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente a todos que me apoiaram nesta jornada.

A Deus... por sua bondade infinita! Por ser luz nos momentos de escuridão, incertezas, dúvidas, desânimo.

À minha família, por seu amor incondicional e incentivo constante.

Aos amigos, por sua compreensão e companheirismo. Especialmente aos que acreditaram em mim e mantiveram o incentivo para nunca desistir.

Aos professores e mentores, por compartilharem seu conhecimento e sabedoria.

À minha orientadora Eliane Pinto de Góes, que acalmou minha ansiedade e jamais desistiu do meu propósito. Que me mostrou que a oportunidade não pode ser perdida.

A todos os meus colegas de profissão, que me apoiaram e se solidarizaram com a causa.

Esta conquista é tanto minha, quanto de vocês.

Muito obrigado!

*“Nossa maior fraqueza é desistir. O caminho mais certo para o sucesso é sempre tentar apenas uma vez mais”.*

*Thomas A. Edison*

**KUKUL, I. M. Acolhimento aos imigrantes haitianos nas Unidades Básicas de Saúde do Município de Medianeira/PR à luz da Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS.** (161 pg). Doutorado em Sociedade, Cultura e Fronteiras – Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Orientador: Eliane Pinto Góes. Foz do Iguaçu. 2025. IVANDRO MARCELO KUKUL.

## RESUMO

Migrar é um tema que envolve conhecimento e sensibilidade. Em muitos municípios do Brasil há imigrantes e refugiados, esperançosos por um novo lar e condições dignas de vida. Tal realidade pode ser percebida não apenas no Brasil, mas em diversos outros países, o que pode ser atribuído a um encurtamento de distâncias que o mundo tem testemunhado nas últimas décadas. A presente tese debruçar-se-á na temática dos imigrantes haitianos, essas pessoas que após uma série de crises políticas e ambientais em sua terra natal não viram alternativas senão migrar para o Brasil e escolher, dentre tantos outros lugares, o município de Medianeira/PR em busca de emprego e qualidade de vida. A escolha pelo tema está atrelada à necessidade de um olhar diferenciado pelos profissionais da saúde diante desse novo perfil de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Optamos por investigar se as Unidades Básicas de Saúde do município estão preparadas para acolher, de forma humanizada, essa parcela da população que possui características peculiares e diferenciadas dos brasileiros tendo em vista aspectos étnicos, linguísticos, culturais e socioeconômicos. É justamente esse ponto, a questão do acolhimento humanizado, o objeto da presente tese. Por serem constitucionalmente iguais aos brasileiros, os imigrantes haitianos merecem o mesmo tratamento, em condições de igualdade, integral e universal em todas as esferas de saúde. Assim sendo, tem-se por objetivo geral entender se a política ministerial denominada HumanizaSUS é aplicada no acolhimento aos imigrantes haitianos. Entendemos que acolher imigrantes haitianos envolve um olhar diferenciado, sensível e comprometido por parte dos profissionais de saúde que atuam na atenção básica ou em outras instâncias do SUS. Para tanto, tem-se como objetivos específicos: 1. Investigar o processo migratório a partir dos eventos que agravaram a situação da população haitiana após o ano de 2010; 2. Apresentar a Política Nacional da Humanização em saúde implantada a partir de 2003 no Brasil; 3. Identificar como é realizado o acolhimento dos imigrantes haitianos nas UBSs do município de Medianeira/PR e se existe um protocolo para nortear as ações dos profissionais que trabalham no acolhimento desses “novos usuários do SUS”. Para tanto, foi escolhida a pesquisa de caráter exploratório, cujo modelo teórico metodológico é de natureza qualitativa e que se propõe à análise de discurso, de acordo com a categorização dos resultados obtidos. Após a análise do referencial teórico acerca do tema, chegou-se à seguinte pergunta de investigação: As Unidades Básicas de Saúde do Município de Medianeira/PR possuem protocolo de acolhimento para os imigrantes haitianos? Para responder a questão, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com as enfermeiras coordenadoras e assistencialistas das onze UBSs do município em questão, durante o ano de 2024, sendo que ao todo catorze profissionais foram entrevistadas. Da investigação, emergiram as principais categorias que foram objeto da análise de dados, sendo assim distribuídas: a) Comunicação: a barreira linguística no acolhimento ao usuário haitiano; b) Barreiras culturais; c) O preparo da equipe para acolher os imigrantes haitianos: necessidade de formação para o servidor; d) Vulnerabilidade informativa e econômica dos pacientes haitianos; e) Acolhimento e a Política Nacional de Humanização: o pouco ou nenhum conhecimento por parte das equipes de saúde. Diante dos resultados obtidos, a presente tese sugeriu a criação de um protocolo específico para os imigrantes haitianos, a ser elaborado conjuntamente entre os profissionais atuantes das Unidades de Saúde do município e a instituição de um programa de formação continuada para os servidores públicos da saúde, a título

de educação permanente, onde questões acerca dos imigrantes haitianos e do acolhimento humanizado serão abordadas, de maneira a minimizar as principais dificuldades apontadas no decorrer da investigação.

**Palavras-chave:** Migração; Imigrantes Haitianos; Saúde; Acolhimento; Humanização.

**KUKUL, I. M. Reception of Haitian immigrants in the Basic Health Units of the Municipality of Medianeira/PR in light of the National Humanization Policy – HumanizaSUS.** (161 pg). Doutorado em Sociedade, Cultura e Fronteiras – Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Orientador: Eliane Pinto Góes. Foz do Iguaçu. 2025. IVANDRO MARCELO KUKUL.

### **ABSTRACT**

Migration is a topic that requires knowledge and sensitivity. In many Brazilian cities, there are immigrants and refugees hoping for a new home and decent living conditions. This reality can be seen not only in Brazil, but in many other countries, which can be attributed to the shortening of distances that the world has witnessed in recent decades. This thesis will focus on the theme of Haitian immigrants, these people who, after a series of political and environmental crises in their homeland, saw no alternative but to migrate to Brazil and chose, among many other places, the city of Medianeira/PR in search of employment and quality of life. The choice of the topic is linked to the need for health professionals to take a different view of this new profile of users of the Unified Health System (SUS). We chose to investigate whether the city's Basic Health Units are prepared to provide humane care to this segment of the population, which has unique characteristics that are different from Brazilians, in terms of ethnic, linguistic, cultural and socioeconomic aspects. This is precisely the issue of humane care, which is the subject of this thesis. Since Haitian immigrants are constitutionally treated on an equal footing with Brazilians, they deserve the same treatment, under conditions of equality, comprehensive and universal, in all areas of health. Therefore, the general objective is to understand whether the ministerial policy called HumanizaSUS is applied in the care of Haitian immigrants. We understand that providing care to Haitian immigrants requires a differentiated, sensitive and committed perspective on the part of health professionals who work in primary care or in other areas of the SUS. To this end, the specific objectives are: 1. To investigate the migration process based on the events that worsened the situation of the Haitian population after 2010; 2. To present the National Policy for Humanization in Health implemented in Brazil since 2003; 3. To identify how Haitian immigrants are welcomed in the UBSs of the municipality of Medianeira/PR and whether there is a protocol to guide the actions of professionals who work in welcoming these "new SUS users". For this purpose, an exploratory research was chosen, whose theoretical methodological model is of a qualitative nature and which proposes discourse analysis, according to the categorization of the results obtained. After analyzing the theoretical framework on the theme, the following research question was reached: Do the Basic Health Units of the Municipality of Medianeira/PR have a reception protocol for Haitian immigrants? To answer the question, semi-structured interviews were conducted with the coordinating and assistential nurses of the eleven UBSs of the municipality in question, during the year 2024, with a total of fourteen professionals being interviewed. The main categories that were the object of data analysis emerged from the investigation, and were distributed as follows: a) Communication: the language barrier in welcoming Haitian users; b) Cultural barriers; c) The preparation of the team to welcome Haitian immigrants: the need for training for the staff; d) Informational and economic vulnerability of Haitian patients; e) Reception and the National Humanization Policy: the little or no knowledge on the part of the health teams. In view of the results obtained, this thesis suggested the creation of a specific protocol for Haitian immigrants, to be developed jointly by the professionals working in the city's Health Units, and the institution of a continuing education program for public health workers, as a permanent education, where issues regarding Haitian immigrants and humanized reception will be addressed, in order to minimize the main difficulties identified during the investigation.

**Keywords:** Migration; Haitian Immigrants; Health; Reception; Humanization.

**KUKUL, I. M. Recepción de inmigrantes haitianos en las Unidades Básicas de Salud del Municipio de Medianeira/PR a la luz de la Política Nacional de Humanización – HumanizaSUS.** (161 pg). Doutorado em Sociedade, Cultura e Fronteiras – Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Orientador: Eliane Pinto Góes. Foz do Iguaçu. 2025. IVANDRO MARCELO KUKUL.

## **RESUMEN**

La migración es un tema que implica conocimiento y sensibilidad. En muchos municipios de Brasil hay inmigrantes y refugiados que esperan un nuevo hogar y condiciones de vida dignas. Esta realidad se observa no sólo en Brasil, sino en varios otros países, lo que puede atribuirse al acortamiento de las distancias que el mundo ha presenciado en las últimas décadas. Esta tesis se centrará en el tema de los inmigrantes haitianos, aquellas personas que, después de una serie de crisis políticas y ambientales en su tierra natal, no vieron otra alternativa que emigrar a Brasil y elegir, entre muchos otros lugares, el municipio de Medianeira/PR en busca de empleo y calidad de vida. La elección del tema está vinculada a la necesidad de una perspectiva diferenciada por parte de los profesionales de la salud delante de este nuevo perfil de usuarios del Sistema Único de Salud (SUS). Optamos por investigar si las Unidades Básicas de Salud del municipio están preparadas para acoger, de forma humana, a esa porción de la población que presenta características peculiares y diferentes de los brasileños en términos de aspectos étnicos, lingüísticos, culturales y socioeconómicos. Es precisamente este punto, la cuestión de la recepción humanizada, el que constituye el objeto de esta tesis. Por ser constitucionalmente iguales a los brasileños, los inmigrantes haitianos merecen el mismo tratamiento, en condiciones de igualdad, integral y universal en todas las áreas de la salud. Por tanto, el objetivo general es comprender si la política ministerial denominada HumanizaSUS se aplica en la acogida de los inmigrantes haitianos. Entendemos que acoger a los inmigrantes haitianos implica un enfoque diferente, sensible y comprometido por parte de los profesionales de salud que actúan en la atención primaria u otras áreas del SUS. Para tal efecto, los objetivos específicos son: 1. Investigar el proceso migratorio a partir de los acontecimientos que agravaron la situación de la población haitiana después de 2010; 2. Presentar la Política Nacional de Humanización en Salud implementada en Brasil desde 2003; 3. Identificar cómo son acogidos los inmigrantes haitianos en las UBS del municipio de Medianeira/PR y si existe un protocolo para orientar la actuación de los profesionales que trabajan en la acogida de estos “nuevos usuarios del SUS”. Para tal fin, se optó por una investigación exploratoria, cuyo modelo teórico metodológico es de carácter cualitativo y que propone el análisis del discurso, de acuerdo con la categorización de los resultados obtenidos. Luego del análisis del marco teórico sobre el tema, se llegó a la siguiente pregunta de investigación: ¿Las Unidades Básicas de Salud del Municipio de Medianeira/PR cuentan con protocolo de recepción de inmigrantes haitianos? Para responder a la pregunta, se realizaron entrevistas semiestructuradas a los enfermeros coordinadores y auxiliares de las once UBS del municipio en cuestión, durante el año 2024, siendo un total de catorce profesionales entrevistados. De la investigación surgieron las principales categorías que fueron objeto de análisis de datos, distribuyéndose de la siguiente manera: a) Comunicación: la barrera del idioma en la acogida al usuario haitiano; b) Barreras culturales; c) Preparación del equipo para la acogida de inmigrantes haitianos: necesidad de formación del personal; d) Vulnerabilidad informativa y económica de los pacientes haitianos; e) Recepción y Política Nacional de Humanización: poco o ningún conocimiento por parte de los equipos de salud. En vista de los resultados obtenidos, esta tesis sugirió la creación de un protocolo específico para inmigrantes haitianos, a ser desarrollado en conjunto por los profesionales que actúan en las Unidades de Salud del municipio y la institución de un programa de educación continua para los trabajadores

de salud pública, como educación permanente, donde se abordarán cuestiones relativas a los inmigrantes haitianos y la recepción humanizada, con el fin de minimizar las principales dificultades identificadas durante la investigación.

Palabras clave: Migración; inmigrantes haitianos; Salud; Recepción; Humanización.

**KUKUL, I. M. Resepsyon bann imigran Aysien dan bann Younit Lasante Debaz dan Minisipalite Medianeira/PR an vi Polisi Nasyonal Imanizasyon – HumanizaSUS.** (161 pg). Doutorado em Sociedade, Cultura e Fronteiras – Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Orientador: Eliane Pinto Góes. Foz do Iguaçu. 2025. IVANDRO MARCELO KUKUL.

## **REZIME**

Migrasyon se yon sijè ki enplike konesans ak sansiblite. Nan anpil minisipalite nan Brezil gen imigran ak refijye, espwa pou yon nouvo kay ak kondisyon lavi desan. Reyalyte sa a ka wè pa sèlman nan Brezil, men nan plizyè lòt peyi, ki ka atribiye a yon rediksyon distans ke mond lan te temwen nan dènye deseni yo. Tèz sa a pral konsantre sou tèm imigran ayisyen yo, moun sa yo ki, apre yon seri kriz politik ak anviwonmantal nan peyi yo, pa wè okenn lòt altènatif ke emigre nan peyi Brezil epi chwazi, pami anpil lòt kote, minisipalite Medianeira/PR pou chèche travay ak kalite lavi. Chwa tèm nan lye ak bezwen an pou yon pèspektiv diferan pa pwofesyonèl sante nan gade nan pwofil sa a nouvo nan itilizatè yo nan Sistèm Sante Inifye (SUS). Nou te chwazi envestige si Inite Sante Debaz yo nan minisipalite a yo prepare pou akeyi, nan yon fason imen, pòsyon nan popilasyon an ki gen karakteristik spesifik ak diferan de Brezilyen an tèm de aspè etnik, lengwistik, kiltirèl ak sosyoekonomik. Se jisteman pwen sa a, pwoblèm nan resepsyon imanize, ki se objè tèz sa a. Paske konstitisyonèlman yo egal ak brezilyen yo, imigran ayisyen yo merite menm tretman, nan kondisyon egalite, konplè e inivèsèl nan tout domèn sante. Kidonk, objektif jeneral la se konprann si politik ministeryèl ki rele HumanizaSUS ap aplike nan akeyan imigran ayisyen yo. Nou konprann ke akeyi imigran ayisyen yo enplike yon apwòch diferan, sansib ak angaje nan bò kote pwofesyonèl sante k ap travay nan swen prensipal oswa lòt zòn nan SUS la. Pou sa, objektif espesifik yo se: 1. Ankèt sou pwosesis migrasyon an ki baze sou evènman ki te vin pi grav sitiyasyon popilasyon ayisyen an apre ane 2010 la; 2. Prezante Politik Nasyonal pou Imanizasyon nan Sante aplike nan Brezil depi 2003; 3. Idantifye ki jan yo akeyi imigran ayisyen yo nan UBS yo nan minisipalite Medianeira/PR epi si gen yon pwotokòl pou gide aksyon pwofesyonèl k ap travay nan akeyi “nouvo itilizatè SUS” sa yo. Pou sa, yo te chwazi rechèch eksploratwa, ki gen modèl metodolojik teyorik ki gen yon nati kalitatif e ki pwopoze analiz diskou, dapre kategorize rezilta yo jwenn yo. Apre yo fin analize kad teyorik la sou sijè a, kesyon rechèch sa a yo te rive jwenn: Èske Inite Sante Debaz yo nan Minisipalite Medianeira/PR gen yon pwotokòl akèy pou imigran ayisyen yo? Pou reponn kesyon an, yo te fè entèvyou semi-estriktire ak enfimyè kowòdone ak asistans nan onz UBS yo nan minisipalite a nan kesyon an, pandan ane 2024 la, ak yon total de katòz pwofesyonèl yo te fè entèvyou. Soti nan ankèt la, kategori prensipal yo ki te objè analiz done yo te parèt, yo te distribye jan sa a: a) Kominikasyon: baryè lang nan akeyi itilizatè ayisyen an; b) Baryè kiltirèl; c) Prepare ekip la pou akeyi imigran ayisyen: bezwen fòmasyon pou anplwaye yo; d) Vulnerabilite enfòmasyon ak ekonomik pasyan ayisyen yo; e) Resepsyon ak Politik Nasyonal Imanizasyon an: pa gen anpil konesans ekip sante yo. Akòz rezilta yo jwenn, tèz sa a te sijere kreyasyon yon pwotokòl espesifik pou imigran ayisyen, ki ta dwe devlope ansanm pa pwofesyonèl k ap travay nan Inite Sante nan minisipalite a ak enstitisyon an nan yon pwogram edikasyon kontinyèl pou travayè sante piblik, tankou edikasyon pèmanan, kote pwoblèm konsènan imigran ayisyen yo ak resepsyon imanize yo pral abòde, yon fason pou minimize difikilte prensipal yo idantifye pandan ankèt la.

**Mo kle:** Migrasyon; Imigran Ayisyen; Sante; Resepsyon; Imanizasyon.

## **LISTA DE SIGLAS**

**ACNUR** – Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados

**APS** – Atenção Primária em Saúde

**CAPS** – Centro de Atenção Psicossocial

**CEO** – Centro de Especialidades Odontológicas

**CEP** – Comitê de Ética em Pesquisa

**CF** – Constituição Federal

**CISI** – Consórcio Intermunicipal de Saúde

**CONARE** – Comitê Nacional para os Refugiados

**IBGE** - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**MINUSTAH** - Missão das Nações Unidas para a Estabilização do Haiti

**MS** – Ministério da Saúde

**OBMIGRA** – Observatório das Migrações Internacionais

**OIM** – Organização Internacional para as Migrações

**ONU** – Organização das Nações Unidas

**OUA** – Organização da Unidade Africana

**PMS** – Plano Municipal de Saúde

**PNH** – Política Nacional de Humanização

**RAS** – Redes de Atenção à Saúde

**SAMU** – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

**SIGSSAUDE** - Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**TCLE** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**UBS** – Unidade Básica de Saúde

**UPA** – Unidade de Pronto Atendimento

**URSS** – União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

**USA** – Unidade de Suporte Avançado

**USB** – Unidade de Suporte Básico

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

Figura 1: Mapa do Haiti

Figura 2: Mapa do Haiti no mundo

Gráfico 1: Distribuição de cadastros usuários haitianos por UBS – Medianeira/PR

Gráfico 2: Distribuição de cadastros de usuários imigrantes haitianos segundo gênero.

Gráfico 3: Distribuição de cadastros de usuários estrangeiros no município de Medianeira/PR.

Gráfico 4: Distribuição de trabalhadores haitianos nas cooperativas locais

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1: Especificações dos entrevistados

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	21
<b>2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b> .....	28
2.1 OBJETIVOS, RELEVÂNCIA E INEDITISMO DA INVESTIGAÇÃO .....	28
2.2 PERCURSO METODOLÓGICO .....	28
<b>3 CONHECENDO O HAITI: PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS GEOPOLÍTICAS DO PAÍS CARIBENHO</b> .....	33
<b>4 O PROCESSO MIGRATÓRIO: COMPREENDENDO CONCEITOS E MOTIVAÇÕES</b> .....	40
<b>5. CONTEXTUALIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE MEDIANEIRA E SUA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE</b> .....	46
5.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS DO MUNICÍPIO .....	46
<b>6. HUMANIZASUS: A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO E SUA APLICABILIDADE NO ACOLHIMENTO AOS IMIGRANTES HAITIANOS</b> .....	53
<b>7 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: ORGANIZAÇÃO E APLICABILIDADE NA POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO AOS IMIGRANTES</b> .....	57
7.1 CONHECENDO AS REDES DE ATENÇÃO EM SAÚDE – RAS.....	61
7.2 ACOLHIMENTO: UMA ESTRATÉGIA DE APLICAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NO SUS.....	65
<b>8. PERFIL DOS ENTREVISTADOS E ANÁLISE DOS RESULTADOS</b> .....	70
8.1 CATEGORIZAÇÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS.....	76
<b>8.1.1 Comunicação: a primeira barreira no acolhimento e atendimento ao usuário Haitiano</b> .....	76
<b>8.1.2 As barreiras culturais e o desafio dos profissionais da saúde na superação das Diferenças</b> .....	84
<b>8.1.3 O preparo da equipe para acolher os imigrantes haitianos: necessidade de formação para o servidor</b> .....	96
<b>8.1.4 A vulnerabilidade informativa e econômica dos imigrantes haitianos</b> .....	102
<b>8.1.5  Acolhimento em unidades básicas de saúde e a política nacional de humanização: o pouco ou nenhum conhecimento acerca da temática por parte das equipes de saúde</b> .....	105
<b>9. PROPOSIÇÕES PARA ADEQUAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE VISANDO</b>	

<b>A MELHORA NAS PRÁTICAS DE ACOLHIMENTO AO IMIGRANTE</b>	
<b>HAITIANO</b> .....	110
9.1 A CRIAÇÃO DE UM PROTOCOLO PARA ACOLHIMENTO DOS PACIENTES	
HAITIANOS .....	110
9.2 SUGESTÕES PARA A IMPLANTAÇÃO DE UM SERVIÇO DE FORMAÇÃO	
CONTINUADA EM ACOLHIMENTO E HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE PARA OS	
SERVIDORES QUE ATENDEM IMIGRANTES HAITIANOS .....	113
<b>10 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	116
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	121
<b>ANEXOS</b> .....	126
ANEXO I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE .....	127
ANEXO II - PARECER CIRCUNSTANCIADO DO CEP .....	128
ANEXO III - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA NAS UNIDADES	
BÁSICAS DE SAÚDE DE MEDIANEIRA/PR .....	131
ANEXO IV - QUESTÕES NORTEADORAS DA PESQUISA .....	133
ANEXO V - PROTOLO DE ACOLHIMENTO AOS IMIGRANTES HAITIANOS	
NAS UNIDADES BÁSICAS DO MUNICÍPIO DE MEDIANEIRA/PR .....	134

## 1 INTRODUÇÃO

Às vezes é preciso mudar o foco, ampliar o olhar, descortinar o nebuloso e abrir os horizontes.

Esta tese iniciou-se assim, a partir de uma indignação em meu ambiente de trabalho. A partir de um olhar preconceituoso e uma frase carregada de maldade, discriminação e ignorância. Não culpo minha colega que assim se manifestou: “esses imigrantes só vêm para o Brasil para tirar as vagas dos brasileiros”. Pois a ela faltou empatia, quem sabe faltou conhecimento das realidades que compõem a vida de milhares de pessoas que muitas vezes, mesmo contra sua vontade pessoal, se aventuram pelo mundo afora. Faltou-lhe compaixão. Infelizmente, muitas pessoas já viveram e vivem, na pele, situações como essa, em que o trabalhador não consegue se colocar no lugar do outro que sofre, e o trata de forma indiferente. Este é talvez um dos principais problemas vividos no SUS, a banalização do sofrimento alheio.

Por outro lado, para mim foi o grande gatilho que faltava para bater o martelo e definir realmente o que eu queria investigar no doutorado. A ideia de cursar o doutorado sempre existiu, pois fiz isso minha vida toda: estudar! Não é por estar quase no fim da minha carreira como enfermeiro e servidor público que irei me conformar com as situações inquietantes e passar o bastão para as novas gerações que estão começando.

Digo “fim de carreira” pois estou fechando um ciclo, cumprindo minha missão, que desde a juventude, com apenas dezessete anos iniciei quando fui aprovado no curso de enfermagem da UNIOESTE, àquela época ainda FECIVEL, campus de Cascavel. Porém, sei que ainda tenho muito a fazer, seja no cuidado dedicado há mais de 25 anos aos pacientes, afinal a enfermagem é “a arte de cuidar”, seja no ensino, no legado que busco deixar como forma de contribuição para os novos profissionais de saúde que irão cruzar com toda sorte de pessoas, cores, raças, credos, culturas, idiomas, enfim, com seres humanos.

A decisão de debruçar-me aos estudos acerca de imigrantes haitianos percorreu diversos caminhos, longas discussões com orientadores e demais professores do programa. Mas por fim, concluí que minha pergunta de tese (a meu ver “pergunta de indignação”) era descobrir se as Unidades Básicas de Saúde do município onde vivo e trabalho possuem protocolos de acolhimento para imigrantes haitianos e os cumprem.

Acerca da mencionada “indignação” cumpre esclarecer a você estimado leitor que, enquanto orientador de trabalhos de conclusão de curso à época da docência, seja na enfermagem, seja no direito, sempre explicava para meus orientandos quando me abordavam

perguntando sobre o que poderiam escrever, para concluir seus estudos. Pediam dicas de temas para poder elaborar seus Trabalhos de Conclusão de Curso. E eu sempre respondia com duas ponderações para todos: em primeiro lugar, estude algo que te intriga, que te deixe com “*a pulga atrás da orelha*”, aquilo que te indigna, pois aí você estará contribuindo para resolver um problema, contribuindo para você, para a sua carreira, para a sociedade e principalmente, para o sujeito do seu estudo.

Em segundo lugar, além de escolher algo que te cause indignação ou gere alguma insatisfação pessoal, escolha algo pelo qual você se apaixone, algo que realmente você goste de ler e se aprofundar, afinal, uma pesquisa é um casamento. É algo sobre o que você precisará pensar todos os dias, por um, dois ou quatro anos, a depender do nível de sua pesquisa.

E assim, depois de indignar-me com aquela frase carregada de malícia e preconceito, com tamanho desrespeito ao ser humano, busquei colocar-me no lugar do imigrante haitiano que estava na minha frente, sem entender uma palavra proferida pela então colega da enfermagem. Foi naquele dia que a questão dos imigrantes ganhou significado e empatia. “A capacidade de se colocar no lugar do outro, ou seja, a empatia, é essencial para evitarmos frieza e distanciamento no contato com o paciente” (VENDRAMINI *et al.*, 2022, p. 12). Tal questão passou a fazer parte da minha vida e, provavelmente faz parte da sua, tendo você percebido ou não.

Em muitos municípios do nosso país há imigrantes ou refugiados, sejam eles Haitianos, Sírios, Angolanos, Bolivianos, Venezuelanos, entre tantos outros, que buscam um novo lar. O aumento no número de estrangeiros que, não só o Brasil, mas diversos outros países também vêm recebendo, pode ser atribuído a um encurtamento de distâncias que o mundo tem testemunhado nas últimas décadas (DUTRA, 2016, p. 1).

Atualmente as migrações desvelam uma crise humanitária. O que um dia foi notícia de questões enfrentadas em países distantes, hoje é uma realidade em nossa cidade, nosso estado, nosso país. Para essa parcela de pessoas, sejam elas imigrantes e/ou refugiados, os países de destino nem sempre são uma escolha, mas sim uma condição, de onde são aceitos. Portanto, esse é um assunto que demanda sensibilidade, empatia e conhecimento. É o que falta para muitos profissionais da saúde.

Preto, pobre e em um país desconhecido. Essa é, infelizmente, a dura realidade da quase totalidade desses seres humanos que chegam ao Brasil ou que migram para qualquer outro país do planeta.

O Haiti é um país que sofreu, ao longo de décadas, por corrupção e governos autoritários, com dívidas astronômicas com a França, além de uma longa história de escravidão e

preconceito. Não bastasse isso, Porto Príncipe, sua capital, foi devastada pelo terremoto<sup>2</sup> que destruiu o local em 2010, um dos mais graves registrados na história, atingindo a escala 7.3. Naquele mesmo ano, tendo em vista as precárias condições locais promovidas pela destruição do país devido ao terremoto, a população foi assolada por um surto de cólera que causou a morte de milhares de haitianos, além de superlotar os estabelecimentos de saúde com mais de 20 mil hospitalizações. Não bastasse isso, em 2012 o país foi assolado por uma sequência de desastres naturais, como a tempestade tropical Isaac, o furacão Sandy e as secas que sobrevieram na região logo após, deixando cerca de 400 mil pessoas em necessidade urgente de receber comida.

Nesse contexto, para as pessoas que já não tinham muito, ver todo o pouco que tinham ser destruído pelo abalo sísmico, não restaram alternativas senão optar pela migração, na esperança de recomeçar, deixando para trás famílias, amigos, emprego, cultura, espiritualidade, enfim, deixando suas raízes para enfrentar o novo, com toda sorte de situações ainda desconhecidas.

Essa tese é sobre isso. Sobre imigrantes haitianos. Sobre reflexões e olhares debruçados nesses estrangeiros que são forçados a iniciar uma nova vida em um outro país. Sobre as dimensões históricas, sociais e políticas, além de emocionais, daqueles que têm de deixar sua terra natal por não encontrar lá condições de sobrevivência, os quais são agravados pela crise ambiental que a humanidade ao mesmo tempo provoca e sofre. Sobre a necessidade de um olhar diferenciado pelos profissionais da saúde diante desse novo perfil de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

A decisão foi entender se as Unidades Básicas de Saúde do município onde residem estão preparadas para acolher, de forma humanizada, essa parcela da população que diariamente se utiliza dos serviços da atenção básica de saúde local. Para isso, a investigação responderá à pergunta de tese: as Unidades Básicas de Saúde do município de Medianeira/PR possuem protocolo de acolhimento para os imigrantes haitianos?

A escolha pelo município de Medianeira, situado na Região Oeste do Paraná, deu-se devido ao grande número de imigrantes haitianos que começaram a chegar a partir de 2010, tendo em vista a oferta de trabalho de duas grandes cooperativas agroindustriais ali instaladas (FRIMESA e LAR). Um dos contextos em que ocorrem os fenômenos migratórios é justamente

---

<sup>2</sup> Terremoto é um fenômeno natural caracterizado por um forte tremor de terra resultante de fatores como o encontro de diferentes placas tectônicas (blocos que formam a crosta terrestre), falhas geológicas, ou ainda, atividade vulcânica. O termo tem sua origem na expressão latina *terraemotus*, cujo significado vem a ser: movimento da terra, de terra mais *motus*, particípio passado de *movere*, mover, deslocar, passar de um lado para outro (DUTRA, 2016, p.72).

a questão laboral, tendo em vista a necessidade de manutenção e reestruturação da vida pessoal e o envio de remessas para os familiares que ficaram no Haiti.

Dados<sup>3</sup> colhidos junto ao departamento de recursos humanos das duas indústrias acima mencionadas dão conta que desde 2010 até o presente momento, já foram empregados 835 trabalhadores haitianos.

A Região Oeste do Paraná, localizada na região sul do Brasil, apresenta-se como uma região colonizada por imigrantes de origem europeia, principalmente italianos e alemães. Uma região que, segundo Lobo (2020), se demonstra hostil e bastante reticente ao se deparar com imigrantes haitianos. Nas palavras da autora “a lógica colonial racializada prepondera nessa relação, deixando marcas contundentes de como o racismo se fundamenta e se enraíza no Brasil” (Lobo, 2020, pg. 03).

Esta é uma investigação que resulta de todas as inquietações e questionamentos que só se tornam possíveis a partir da pesquisa de campo, a partir da busca de respostas, visando descortinar o desconhecido. Dentre outras pretensões, busca-se com esse trabalho que a compreensão da situação dos haitianos no Brasil seja mais difundida, menos discriminada e assim possa refletir de forma crítica sobre a questão da alteridade, do respeito ao outro. Pois é esse o verdadeiro papel da academia, o de provocar reflexões teóricas e procurar influenciar a realidade, contribuindo para uma melhora da nossa sociedade.

No contexto brasileiro, discutir a situação dos imigrantes que adentram nosso país, é no mínimo intrigante, pois somos fruto de tais situações. Se não somos imigrantes, representamos gerações que já tiveram um antepassado em tal condição. Contudo, é comum depararmos na mídia ou presenciarmos conversas em que os imigrantes são vistos de forma negativa ou com desconfiança. A equivocada percepção de que os imigrantes vêm para tirar as oportunidades dos moradores locais, principalmente no contexto laboral, ainda se faz fortemente presente em nossa cultura discriminatória e individualista.

No início, quando ainda na fase de elaboração do projeto, pensei em estudar o tema sob dois enfoques: de um lado a visão do servidor público, quem acolhe, e de outra banda as percepções dos imigrantes haitianos, de como são acolhidos, categorizando e analisando suas falas, suas dificuldades, suas frustrações.

---

<sup>3</sup> Fonte: O próprio pesquisador entrou em contato com os responsáveis pelo departamento de Recursos Humanos, inicialmente via contato telefônico e após, de maneira formal, através de solicitação escrita contendo breves apontamentos da pesquisa e justificando o interesse no levantamento do número de trabalhadores de origem haitiana desde o ano de 2010, como forma de enriquecer o trabalho.

No entanto, percebeu-se que, embora tenha-se um conteúdo bastante expressivo sobre a percepção dos imigrantes a respeito do tratamento que lhes é dispensado nas unidades básicas de saúde, ele restaria frustrado, pois por mais que essas pessoas encontrem dificuldades quanto à comunicação, eis que a língua é um dos principais problemas enfrentados pelos recém chegados ao Brasil, quanto ao preconceito, quanto à cultura de acolhimento utilizada nas UBSs, nas entrevistas provavelmente ouviria que tudo está bom. Como uma generosa membra de banca em seminário de tese me falou, “para quem não tem nada, o pouco que se faça por eles já é muito”. Para quem saiu de um país em que a pobreza impera, a fome assola, o sistema de saúde está falido, onde nada tem, ou quando tem é na dependência de ajuda humanitária, qualquer acolhimento prestado aqui no Brasil, por mais mediano que seja, por mais seletivo, discriminatório ou desigual, ainda assim será bom.

Além disso, eventuais imigrantes desprovidos de documentação ou autorização do governo para a permanência no país muito provavelmente se negariam a participar da pesquisa, temendo eventual descoberta de sua situação irregular e as consequências que isso poderia lhes custar.

Assim sendo, resolvi me debruçar sobre o viés do lado do prestador de serviço público, o servidor que acolhe esse grupo específico de usuários.

É justamente nesse ponto, na questão do acolhimento humanizado, que decidi aprofundar essa pesquisa. Por serem constitucionalmente iguados aos brasileiros, os imigrantes haitianos merecem o mesmo tratamento respeitoso, humano, em condições de igualdade, integral e universal em todas as esferas de saúde. Essas são as premissas básicas constitucionalmente previstas no ordenamento jurídico brasileiro<sup>4</sup>.

Em minha prática profissional, não espero a aplicação do mínimo ao estrangeiro, não vislumbro o atuar dos profissionais visando um atendimento mediano para o imigrante. Espero a excelência, anseio por um atendimento prestado com qualidade, resolutividade e que respeite a dignidade e tratamento humanizado a todos, sejam eles estrangeiros ou brasileiros. Não é aceitável nos dias de hoje promover distinções injustificadas no trato com usuários da saúde.

É por essa situação que buscarei entender a política ministerial denominada HumanizaSUS. E se ela é aplicada no acolhimento para todos, sem distinção entre brasileiros ou imigrantes, sem discriminação acerca de cor, raça, condição social, religião, ou qualquer outro atributo da personalidade humana. Instituída em 2003 pelo Ministério da Saúde, a Política

---

<sup>4</sup>Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 2010).

Nacional de Humanização previu, entre outros objetivos, o acolhimento realizado em unidades básicas de saúde, o qual deve ser norteado por princípios basilares, dentre os quais a valorização da dimensão subjetiva e social do usuário em todas as práticas de atenção e gestão (Brasil, 2010).

Visa-se que esta tese possa contribuir na identificação da relação de atenção e acolhimento dos sujeitos do estudo, servindo assim de orientação e recurso para a prática dos profissionais que atendem essa população.

Considerando o comando constitucional previsto no artigo 196 da CF/88, tem-se que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2000, p.223).

A tese indaga se há um protocolo de acolhimento voltado especificamente ao imigrante haitiano que frequenta as unidades básicas de saúde do município de Medianeira/PR, levando em conta toda diversidade que essa população apresenta, visando um acolhimento humano, igualitário e integral.

Para isso, o referencial teórico foi desenvolvido, inicialmente, a partir de uma pequena contextualização do país caribenho, visando localizar o leitor sobre suas características locais e de sua trajetória ao longo da história, além das características geográficas. Neste subitem do referencial teórico, serão apreciados, de forma breve, dados de como é a realidade daquele país em relação à população, clima, língua, cultura, religião, educação.

No subitem 3.3 do referencial teórico, foi traçado um perfil do município de aplicação da pesquisa e da composição de sua Rede de Atenção à Saúde (RAS). O município onde a pesquisa ocorreu está localizado na região Oeste do Estado do Paraná, numa distância de 70 km de uma região de fronteira tríplice: Brasil, Paraguai e Argentina. Entendemos necessário contextualizar como se organiza sua Rede de Atenção em Saúde para entender as práticas de acolhimento adotadas pelos prestadores de assistência.

Os conceitos de termos como migração, imigrante, emigrante, refugiado, suas causas e contextos em que ocorrem em relação aos haitianos que chegam ao Brasil são analisados a partir do subitem 3.4, de maneira a situar o leitor antes de adentrar especificamente na Política Nacional de Humanização e na aplicação da pesquisa empírica com os profissionais que atuam nas Unidades Básicas de Saúde de Medianeira/PR.

Na sequência, tem lugar na tese o caminho metodológico percorrido, demonstrando como se deu a coleta de dados que subsidiaram as análises do conteúdo. Para tanto, foi escolhida a pesquisa de caráter exploratório, cujo modelo teórico metodológico é de natureza qualitativa e

que se propõe à análise de discurso, de acordo com a categorização dos resultados obtidos, como será melhor detalhado em capítulo específico.

Da investigação, emergiram as principais categorias que foram objeto da análise de dados, sendo assim distribuídas: a) Comunicação: a barreira linguística no acolhimento ao usuário haitiano; b) Barreiras culturais; c) O preparo da equipe para acolher os imigrantes haitianos: necessidade de formação para o servidor; d) Vulnerabilidade informativa e econômica dos pacientes haitianos; e) Acolhimento e a Política Nacional de Humanização: o pouco ou nenhum conhecimento por parte das equipes de saúde.

Diante dos resultados obtidos, a presente tese sugeriu a criação de um protocolo específico para os imigrantes haitianos, a ser elaborado conjuntamente entre os profissionais atuantes das Unidades de Saúde do município e a instituição de um programa de formação continuada para os servidores públicos da saúde, a título de educação permanente, onde questões acerca dos imigrantes haitianos e do acolhimento humanizado serão abordadas, de maneira a minimizar as principais dificuldades apontadas no decorrer da investigação.

## 2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

### 2.1 OBJETIVOS, RELEVÂNCIA E INEDITISMO DA INVESTIGAÇÃO

Tendo em vista o contexto recente do processo relativo à imigração haitiana no Brasil e nos municípios que, a exemplo da cidade de Medianeira/PR, ofertam possibilidades de trabalho e condições socioeconômicas para o restabelecimento da vida após as catástrofes pelas quais o Haiti passou na última década, percebe-se que há poucas pesquisas que se debruçam sobre essa temática, qual seja, o direito social à saúde de imigrantes haitianos, especificamente no que concerne à aplicação de políticas públicas humanizadas e acolhedoras para esses sujeitos.

Embora existam estudos que analisam a temática da imigração haitiana no Brasil, em levantamento do referencial teórico produzido por meio de artigos científicos, notadamente são poucas as menções à análise das práticas de acolhimento em Unidades Básicas de Saúde nos termos preconizados pela Política Nacional de Humanização, denominada HumanizaSus.

Embora essas pesquisas se assemelhem à presente investigação no que se refere ao objetivo geral, e até mesmo à metodologia utilizada, é importante ressaltar que a análise das práticas de acolhimento aos imigrantes haitianos no município em estudo indicam o ineditismo da pesquisa. A importância da tese, do ponto de vista acadêmico, está em contribuir no debate sobre o assunto devido aos poucos trabalhos sobre o tema. Pretende-se com esta pesquisa que a compreensão da situação dos imigrantes haitianos no Brasil e em nossa região seja mais difundida, menos discriminada e assim se possa refletir de forma crítica sobre a questão da alteridade, do respeito ao outro.

Desse modo, o objetivo geral da tese é investigar se as Unidades Básicas de Saúde do município de Medianeira/PR possuem protocolo de acolhimento específico para os imigrantes haitianos e, em sendo positiva a sua existência, se seguem as diretrizes da Política Nacional de Humanização implantada pelo Ministério da Saúde em 2003.

Para tanto, tem-se como objetivos específicos: 1. Entender o processo migratório a partir dos eventos que agravaram a situação da população haitiana após o ano de 2010; 2. Apresentar a Política Nacional da Humanização em saúde implantada a partir de 2003 no Brasil; 3. Identificar como é realizado o acolhimento dos imigrantes haitianos nas UBSs do município de Medianeira/PR e 4. Descobrir se existe um protocolo para nortear as ações dos profissionais que trabalham no acolhimento ao imigrante haitiano.

Consideramos ser relevante a temática acima proposta tendo em vista a atualidade do tema e a necessidade de produção de dados empíricos que possam auxiliar os debates, encaminhamentos e soluções práticas para a efetiva aplicação do direito à saúde no Brasil. Trata-se de um assunto importante para o surgimento de propostas de enfrentamento das barreiras de acesso e inclusão dos imigrantes haitianos nos serviços de saúde locais, além de contribuir para sensibilizar a sociedade e os profissionais de saúde sobre o acolher.

## 2.2 PERCURSO METODOLÓGICO

Este momento visa situar o leitor acerca do caminho percorrido pela busca dos resultados almejados na tese.

O modelo teórico metodológico que foi adotado na pesquisa é de natureza qualitativa que, segundo Minayo (2001), busca compreender e explicar as dinâmicas das relações sociais, trabalha com a vivência, com a experiência, com a cotidianidade e com a compreensão das ações humanas. Para as ciências humanas, é o modelo que atenta para estas relações de humanidade e o pesquisador não se isenta.

Entendemos que a pesquisa qualitativa pode favorecer uma abordagem mais profunda de seus objetivos. Trata-se, segundo Tobar e Yalour (2003), de um método que trabalha com o propósito da observação de primeira mão, com relatos dos entrevistados, em contraposição a números, tabelas e modelos estatísticos. Porém, isso não impede de ser combinada com outras modalidades de pesquisas.

Optou-se por esse modelo devido à sua característica marcante de possibilitar a investigação em pequenos grupos, o que favorece a qualidade, graças à profundidade que essa forma de pesquisa permite atingir em um curto espaço de tempo. Além disso, sua estrutura de texto é flexível, podendo apresentar a discussão juntamente com os resultados.

O caráter qualitativo, em uma metodologia de pesquisa, permite desvelar a realidade sob o olhar do sujeito pesquisado e não apenas do pesquisador (Martinelli, 1994). Consideramos isso fundamental para alcançar os objetivos a que nos propomos, tendo em vista que os sujeitos da pesquisa serão os enfermeiros coordenadores e assistenciais das unidades básicas de saúde do município de Medianeira/PR.

De acordo com Martinelli (1994), essa pesquisa traz à tona o que os participantes pensam a respeito do que está sendo pesquisado, não apenas a visão do pesquisador em relação

ao problema, mas também o que os sujeitos têm a dizer a respeito. Trata-se de uma perspectiva muito valiosa porque pretende alcançar as percepções dos sujeitos, tornando indispensável o contato direto com o sujeito da pesquisa.

No percurso metodológico que foi trilhado, em um primeiro momento optou-se pela pesquisa bibliográfica acerca do referencial teórico já produzido sobre as seguintes temáticas: migrações em contexto geral; imigração haitiana pós 2010; acolhimento em saúde e implantação da política nacional de humanização pelo Ministério da Saúde em 2003. Existem ainda poucas pesquisas com esta temática, cuja produção científica acerca dos imigrantes haitianos especificamente, tanto em livros quanto em artigos científicos, é frágil tendo em vista a relevância que o tema possui. Entretanto, observamos que o tema ainda é incipiente. Portanto, as pesquisas ainda são escassas e é preciso dar-lhes visibilidade.

Esgotada a fase de apreensão do maior número de informações obtidas para embasar o referencial teórico, ou seja, da pesquisa bibliográfica, partimos para as entrevistas, pois foi necessário para a consecução dos objetivos traçados, sendo o momento fundamental para obter os dados cujas análises serão apresentadas em capítulo próprio.

O *locus* da pesquisa foram as Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Medianeira/PR. A escolha desse campo deu-se, tendo em vista que as UBSs são o acesso primário do sistema de saúde, e, conseqüentemente, o maior número de usuários de saúde imigrantes haitianos são acolhidos no cotidiano das redes de atenção em saúde, seja pelos mais distintos motivos: consultas eletivas, agendamento de exames, vacinas, atendimento ao pré-natal de baixo risco, retirada de medicamentos fornecidos pela farmácia básica e realização de procedimentos cuja complexidade não demanda o acesso à média e à alta complexidade.

Os sujeitos da pesquisa são enfermeiros e enfermeiras coordenadores e assistenciais, que trabalham nas unidades básicas de saúde do município e que atuam no acolhimento aos imigrantes haitianos, ou, quando não atuam diretamente, ouvem os relatos de suas equipes multiprofissionais a respeito das questões que permeiam a rotina cotidiana do atendimento direcionada a essa população específica.

Para isso, foi realizado um levantamento do número de unidades e, respectivamente, o número de profissionais enfermeiros distribuídos na Rede de Atenção à Saúde local. O município de Medianeira possui, ao todo, 11 (onze) unidades básicas de saúde, distribuídas em 07 (sete) bairros, 01 (um) distrito rural e uma unidade central. Ao todo, na rede trabalham 16 (dezessete) profissionais enfermeiros, dentre os quais, 09 (nove) são gestores (que, a depender da

unidade, acumulam ambas as funções: gestão e assistência) e 08 (oito) são unicamente assistencialistas.

Visando não contaminar a pesquisa, um dos enfermeiros da UBS Centro foi excluído na contagem total de sujeitos, tendo em vista o fato de ser o próprio pesquisador.

Entendemos que a escolha dessa categoria profissional se justifica pelo fato de que a enfermagem é a classe que mais tem contato direto com os usuários de saúde, seja no âmbito hospitalar, seja em saúde pública. Demais profissionais, salvo exceções, possuem um contato menor com os pacientes, muitas vezes limitado ao tempo de uma consulta médica, por exemplo, que não raras vezes, excede a 15 (quinze) minutos.

Dessa forma, considerando que os usuários são acolhidos (seja na triagem, seja nas demais ações que fazem parte da rotina das unidades básicas de saúde) por profissionais da enfermagem, inclusive nas orientações pós-consultas, a escolha deu-se pela oportunidade de maior riqueza na coleta de informações que possam subsidiar a pesquisa e dar a(s) resposta(s) para a pergunta a que a presente tese se propôs.

Definido o local para a aplicação da pesquisa e os sujeitos, iniciamos a fase de autorizações junto ao Poder Público local, por dois motivos essenciais: a obtenção de dados relativos aos sistemas de informação em saúde (SigsSaúde) e a utilização de tempo do servidor eleito para a aplicação da entrevista de campo, a qual se daria durante o horário de expediente.

Dessa maneira, após explicação da relevância da pesquisa no município, quais os seus objetivos e propostas para eventual aplicação prática no futuro, de modo a melhorar a assistência e qualificar os servidores da saúde, recebemos o total apoio da ilustre Secretária de Saúde, Sra. Rosângela Fiamett Zanchett, que prontamente assinou os pedidos de autorização tanto para acesso aos sistemas de informação local quanto para a aplicação das entrevistas junto aos enfermeiros do município (ANEXO III).

Ato contínuo, passa-se à elaboração das questões norteadoras da entrevista (ANEXO IV), para a qual optou-se pelo modelo de entrevistas semiestruturadas, contendo perguntas abertas e fechadas, as quais foram gravadas e transcritas para análise.

Conforme Oliveira (2001), a utilização de técnicas de entrevista é pertinente à pesquisa, quando se faz necessário captar falas que revelem perspectivas das pessoas envolvidas internamente ou a pequena distância do tema de interesse coletivo. Ela é definida como uma interlocução entre, pelo menos, dois atores. Sendo um deles o pesquisador, o outro, o pesquisado, podendo assumir alguns formatos específicos.

O autor nos permite compreender que as entrevistas semiestruturadas se apoiam em um roteiro de assuntos e questões previamente elaboradas em conformidade com os objetivos da pesquisa. E, no decorrer da conversa o pesquisador tem liberdade de introduzir mais questões tal qual o assunto vá se desenvolvendo a fim de apurar com maior precisão informações que considerar relevantes para os propósitos da investigação.

Diante da definição do local e dos sujeitos da pesquisa, das autorizações do Poder Público e da definição da técnica de pesquisa adotada, explicita-se os caminhos da pesquisa com os enfermeiros coordenadores das onze unidades básicas de saúde da rede municipal.

Esse primeiro contato com os coordenadores foi fundamental para explicar, de modo geral, qual a necessidade da pesquisa, sua relevância, objetivos e eventuais proposições que possam surgir ao final do estudo. Assim, já ficaram cientes do momento sequencial em que ocorreu o contato com os profissionais enfermeiros de suas unidades e com eles próprios.

Aproveitou-se a oportunidade de falar com os sujeitos da pesquisa durante a realização da reunião semanal entre a gestão e os coordenadores locais, que ocorre todas as sextas-feiras, no período da manhã, para o repasse de informações e oitiva das necessidades das unidades. Solicitou-se a inclusão, na pauta da reunião, para a coordenadora de Atenção Primária e, assim, obtivemos sua autorização para falar com o grupo sobre a importância do tema e a necessidade dessa pesquisa científica, que serviu para subsidiar as ações futuras e, com isso, melhorar a qualidade na assistência aos imigrantes haitianos, dada a crescente demanda.

Após as fases, que foram cronologicamente esboçadas nesta seção, elaborou-se o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) a ser posteriormente apresentado e assinado pelos entrevistados (ANEXO I).

Considerando que a tese envolveria a participação de seres humanos, no decorrer do ano de 2024, foi protocolado o pedido de autorização da pesquisa junto ao CEP, ocasião em que foi apresentado o projeto junto à Plataforma Brasil, visando a autorização da pesquisa. Em 02 de setembro de 2024 foi elaborado o parecer circunstanciado do Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, o qual apresentou-se favorável, cujo número de autorização é 7.049.857 (ANEXO II).

A aplicação das entrevistas ocorreu nos meses de novembro e dezembro de 2024, após a coleta do TCLE, nos locais previamente combinados pelas partes envolvidas, dando-se prioridade para os locais sugeridos pelos pesquisados, de forma que se sentissem mais confortáveis e sem intimidações por fatores externos.

A agenda do dia e horário para aplicação das entrevistas ocorreu por contato feito via chamada telefônica e/ou por meio do WhatsApp. Ao todo, 14 sujeitos da pesquisa concordaram em participar, demonstrando empatia pela temática e fornecendo um volume de dados significativos para a posterior análise.

Conforme levantamento realizado junto à coordenação da Atenção Primária em Saúde, o município de Medianeira/PR conta com 11 (onze) Unidades Básicas de Saúde, nas quais estão inseridos ao todo 16 enfermeiros, distribuídos entre gerentes e assistencialistas. Desse total, conseguimos entrevistar 14 profissionais, sendo que 01 não respondeu ao questionário e 01 não poderia participar por se tratar do próprio pesquisador.

A entrevista foi organizada em duas etapas: uma primeira para traçar o perfil dos entrevistados com relação aos aspectos considerados mais relevantes para a análise dos dados, quais sejam, faixa etária do profissional, gênero, área de atuação, nível máximo de formação, tempo de atuação na área e tempo de atuação no município.

Numa segunda etapa, a entrevista foi feita pelo disparo de perguntas específicas sobre a temática que envolve o atendimento ao usuário imigrante haitiano. As perguntas foram apresentadas por meio verbal e gravadas, para posterior transcrição e análise das respostas obtidas. Ao todo, foram elaboradas 07 (sete) questões abertas, por meio das quais foi possível absorver importantes informações dos entrevistados, dando possibilidade para que trouxessem suas experiências e vivências no que diz respeito ao acolhimento ao usuário haitiano.

Insta salientar que, na atualidade, todos os entrevistados são servidores de carreira, portanto, aprovados em concurso público. Não há enfermeiros terceirizados no quadro funcional do município.

Com relação à análise dos dados, trabalhou-se com a análise de discurso, que, segundo Caregnato e Mutti (2006), não é uma metodologia e, sim, uma disciplina de interpretação fundada pela intersecção de epistemologias distintas, pertencentes a áreas da Linguística, do Materialismo Histórico e da Psicanálise. Além disso, para as autoras, outro aspecto a ressaltar é que a análise do discurso mostra como o discurso funciona, não tendo a pretensão de dizer o que é certo, porque isso não está em julgamento.

Na análise do discurso não é necessário analisar tudo o que aparece na entrevista, pois se trata de uma análise vertical e não horizontal. O importante é captar a marca linguística e relacioná-la ao contexto sócio-histórico.

Segundo Pêcheux (2002), a análise de discurso costuma ser feita por meio do método de dedução frequencial ou análise por categorias temáticas. Para a análise de discurso, na presente pesquisa, optou-se pela análise de categorias temáticas.

A análise categorial é o tipo de análise mais antiga e, na prática, a mais utilizada. Funciona por operações de desmembramento do texto em unidades, em categorias segundo reagrupamentos analógicos. A análise categorial poderá ser temática, construindo as categorias conforme os temas que emergem do texto. Para classificar os elementos em categorias é preciso identificar o que eles têm em comum, permitindo seu agrupamento. Este tipo de classificação é chamado de análise categorial (CAREGNATTO; MUTTI, 2002, p.121).

Após a realização das entrevistas, foram degravadas as falas dos entrevistados e realizados os agrupamentos em categorias, de acordo com sua relevância e aparecimento no texto. As categorias foram divididas em modalidades principais para, a partir de então, proceder-se a análise qualitativa da pesquisa, ou seja, a análise dos resultados encontrados.

Foram critérios de exclusão da pesquisa os profissionais que se negaram a participar ou a assinar o TCLE e os que estavam afastados por férias ou atestado médico.

Diante das principais respostas obtidas junto aos entrevistados, realizou-se o agrupamento dos principais temas em categorias para então dar início à análise dos resultados, que a seguir serão discutidos.

### 3 CONHECENDO O HAITI: PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS GEOPOLÍTICAS DO PAÍS CARIBENHO

Não seria possível desenvolver uma tese, cujo objetivo principal é estudar os imigrantes haitianos no Brasil, sem conhecer brevemente o seu país de origem. Compreender um fluxo migratório como o haitiano, por exemplo, só é possível mediante o entendimento histórico local e internacional de poder.

Assim sendo, o presente capítulo busca apresentar, de forma breve, como é o Haiti, suas principais características locais e sua população. Para tanto, a busca terá como base as fontes históricas disponíveis em publicações científicas e na rede mundial de computadores<sup>5</sup>, tendo em vista a dificuldade em se localizar obras específicas do país e de sua história.

O Haiti é um país da América Central, banhado pelo mar do Caribe, tendo como capital a cidade de Porto Príncipe. Localiza-se na Ilha de Hispaniola, que divide com a República Dominicana. Considerado o país mais pobre do continente americano, o Haiti possui mais de 11 milhões de habitantes e uma economia concentrada nos setores terciário e primário. Além do mais, a ilha em que se situa o território haitiano fica em uma área de intensa instabilidade tectônica, sujeita a terremotos, maremotos e, ainda, furacões que se formam naquela região (Guitarrara, 2024). No passado já foi uma das colônias mais ricas do Caribe graças à sua produção de açúcar, realizada pela mão de obra de africanos escravizados (Grupo Hospitalar Conceição, 2021).

Figura 1: Mapa do Haiti



<sup>5</sup> HAITÍ: Datos relevantes de Haití. Disponível em: <https://paisescon.com/haiti/>. Acesso em 16 nov. 2024.

Fonte: WorldAtlas<sup>6</sup>, 2024

Figura 2: Mapa do Haiti no mundo



Fonte: WorldAtlas<sup>7</sup>, 2024

O Haiti é um pequeno país que conta com uma superfície de 27.500 km<sup>2</sup> (9,8 vezes menor que o território do Rio Grande do Sul) (DUTRA, 2016, p. 171). A distribuição demográfica racial constitui 95% de negros e 5% mulatos, sendo que 33% da população moram nas cidades, enquanto 67% vivem em áreas rurais. Com 700 pessoas por km<sup>2</sup> na cidade, as mulheres dão à luz de 3 a 4 crianças, e no campo há uma média de 7 crianças. De acordo com Dutra (2016), os haitianos têm uma expectativa de vida de 62 anos. Por uma questão cultural, a mulher haitiana está circunscrita a um conjunto de regras sociais em relação ao homem, como aquela que é responsável pelos cuidados do lar e dos filhos, enquanto ao homem cabe a responsabilidade de ser o provedor.

É um dos países mais pobres do mundo, depois do continente africano, e um dos mais superlotados. Aproximadamente 80% dos haitianos vivem com menos de US\$ 2 por dia. Essa proporção sobe para 90% na área rural (DUTRA, 2016, p. 174).

De acordo com Lôbo (2020), o Haiti apresenta-se como um dos países mais emblemáticos do continente americano, ao passo que carrega, em sua história, elementos da mais

<sup>6</sup> Disponível em: [https://www.iworldatlas.com/haiti-atlas-mundial-historia-estatisticas-mapa-pt-7-1400#google\\_vignette](https://www.iworldatlas.com/haiti-atlas-mundial-historia-estatisticas-mapa-pt-7-1400#google_vignette). Acesso em: 14 nov. 2024.

<sup>7</sup> Disponível em: <https://www.worldatlas.com/maps/haiti>. Acesso em 14 nov. 2024.

pesada injustiça. Conquistando sua independência em 1804, o país caribenho, símbolo máximo de autodeterminação antiescravagista em um período no qual o termo “liberdade” ainda estava buscando firmar-se numa Europa imperialista e autoritária, seu povo foi ator e agente de um processo de formação estatal que, nas relações internacionais, é até hoje exemplar.

A ilha era originalmente habitada pelos indígenas taínos. Os primeiros europeus chegaram em dezembro de 1492 durante a primeira viagem de Cristóvão Colombo, que fundou o primeiro assentamento europeu nas Américas, a Fortaleza de La Navidad, no que hoje é a costa nordeste do Haiti (LÔBO, 2020, p.89).

Os colonos franceses estabeleceram plantações de cana-de-açúcar, trabalhadas por escravos trazidos da África, o que tornou a colônia uma das mais ricas do mundo.

Em plena Revolução Francesa, escravizados, quilombolas e negros livres começaram a Revolução Haitiana (1791–1804), liderada por Toussaint Louverture, um ex-escravo e general do Exército Francês. As forças de Napoleão foram derrotadas pelo sucessor de Louverture, Jean-Jacques Dessalines (mais tarde imperador Jacques I), que declarou a soberania do Haiti em 01 de janeiro de 1804, levando ao massacre de todos os franceses na ilha (BEZERRA, s/d, p.45).

De acordo com Lôbo (2020), chama a atenção o fato de que o país tornou-se a primeira nação independente da América Latina e do Caribe, a segunda república das Américas, o primeiro país das Américas a acabar com a escravidão e o único país estabelecido por uma revolta de escravos.

O Haiti reconheceu a independência dominicana em 1867, após a sua declaração em 1844. De acordo com Guitarrara (2024), “o primeiro século de independência do Haiti foi caracterizado pela instabilidade política, ostracismo por parte da comunidade internacional e o pagamento de uma dívida externa paralisante com a França”.

François 'Papa Doc' Duvalier assumiu o poder em 1957, inaugurando um longo período de governo autocrático continuado por seu filho, Jean-Claude 'Baby Doc' Duvalier, que durou até 1986; o período foi caracterizado pela violência sancionada pelo Estado contra a oposição de civis, corrupção e estagnação econômica. Depois de 1986, o Haiti estabeleceu um sistema político relativamente mais democrático (LÔBO, 2020, p.89).

Historicamente muito pobre e politicamente instável, o Haiti tem o Índice de Desenvolvimento Humano mais baixo do continente americano. O país sofreu um golpe de estado em 2004, que levou à intervenção da ONU, bem como um terremoto catastrófico em 2010, que matou mais de 250 mil pessoas e causou um surto de cólera. Com a deterioração da sua situação econômica, o Haiti tem vivido uma crise socioeconômica e política constante,

marcada por motins, fome e guerra entre gangues. Em fevereiro de 2023, o Haiti não tinha mais funcionários eleitos no governo e era descrito como um Estado falido (BEZERRA, s/d, p.46).

De acordo com Dutra,

A desnutrição e mortalidade infantil no Haiti são o dobro das taxas do país vizinho, a República Dominicana. O Haiti é frequentemente descrito como o país mais pobre do Hemisfério Ocidental. Em termos de renda per capita, é a mais baixa. Aproximadamente 80% da população vivem na pobreza. Muitas pessoas não têm um emprego ou renda fixa. Grandes áreas de Porto Príncipe são ocupadas por pessoas que deixaram o campo para procurar trabalho. As seções da cidade, como Cité Soleil, são favelas urbanas infames (DUTRA, 2016, p. 21)

As duas línguas oficiais do Haiti são o francês e o crioulo haitiano. O francês é a principal língua escrita e administrativamente autorizada (bem como a principal língua da imprensa) e é falado por 42% dos haitianos<sup>8</sup>. De acordo com Dutra, “o Kreyòl é uma mistura de francês e das línguas africanas que os escravos haitianos falam. É descrito de forma incorreta como um dialeto francês, ou, pior, como “partido francês”. Na verdade, é uma língua distinta com as suas próprias regras de vocabulário e gramática” (DUTRA, 2016, p. 23).

O espanhol é falado por alguns haitianos que vivem ao longo da fronteira entre o Haiti e a República Dominicana. Inglês e espanhol também podem ser falados por haitianos deportados dos Estados Unidos e de vários países latino-americanos. No geral, cerca de 90-95% dos haitianos falam apenas crioulo haitiano/francês fluentemente, sendo que mais da metade conhece apenas o crioulo.

O acesso à educação é muito variável. Segundo Dutra,

Embora a Constituição dos Estados haitianos informe que a educação primária é gratuita e obrigatória, no total, apenas cerca de 56% das crianças estão matriculadas no ensino primário e secundário escolar, menos de 15% se formam na escola secundária. Nas áreas rurais praticamente não há escolas; a taxa de alfabetização no Haiti é de cerca de 45%. Cerca de 90% das escolas são privadas, com 10% executado pelo Estado (DUTRA, 2016, p. 23)

Durante muito tempo, a educação na cidade era excessiva. Mesmo que a escola primária seja gratuita, “os custos de uniformes e livros didáticos tornam difícil para as famílias mais pobres enviar seus filhos para a escola. Às vezes as famílias racionam seu dinheiro e enviam apenas crianças do sexo masculino para a escola” (DUTRA, 2016, p. 24). Sobre as diferenças de gênero, dentro da família, a autora esclarece que existe uma dinâmica patriarcal tradicional:

---

<sup>8</sup> No país, estão presentes duas opções de dialetos: o crioulo haitiano e o francês. A primeira é uma linguagem natural de nativos, enquanto a segunda advém de uma herança colonial. A principal língua falada no Haiti é o crioulo haitiano, também conhecido como créole. Esse é um idioma natural falado pela maior parte da população, no qual cerca de 90% dos habitantes desse país se comunicam por meio do dialeto. Já o francês é praticado por uma parte menor da população, além de ser vista com maior prestígio por ser mais praticada pela elite, assim como por ser usada em documentos oficiais e na educação. É um idioma considerado um símbolo de status. Disponível em: <https://www.agbt.com.br/blog/saiba-qual-a-lingua-falada-no-haiti/>. Acesso em 10 dez 2024.

homens são considerados como sendo os chefes de família. Sua responsabilidade é trabalhar para sustentá-la.

No meio do contínuo caos político, uma série de desastres<sup>9</sup> naturais atingiu o país. Para Dutra (2016), os desastres despertam a inquietude na humanidade, porque com eles vem simultaneamente a sensação de impotência, caos, insegurança, destruição e danos, e, em muitos casos, ocorrem situações irreversíveis como óbitos e o aniquilamento de determinada região, causada por desequilíbrio do meio ambiente.

Em 2004, a tempestade tropical Jeanne alcançou o litoral norte, deixando 3.006 pessoas mortas em inundações e deslizamentos de terra, principalmente na cidade de Gonaïves. Em 2008, o Haiti foi novamente atingido por outra série de tempestades tropicais: Fay, Gustav, Hanna e Ike, que produziram ventos fortes e chuvas, resultando em 331 mortes e cerca de 800 mil necessitados de ajuda humanitária. A situação produzida por estas tempestades foi intensificada pelos preços dos alimentos e dos combustíveis, que já estavam altos e causaram uma crise alimentar e aumentaram a agitação política em abril de 2008. Para superar a fome, “alguns haitianos tem recorrido a medidas desesperadas em razão da pobreza, ou seja, comer “cookies” de barro de terra (misturam com sal, açúcar e manteiga e deixam secar ao sol) para sobreviver” (DUTRA, 2016, p. 22).

Em 12 de janeiro de 2010, às 4h53 hora local, o Haiti foi atingido por um terremoto de magnitude 7.3, o mais intenso sismo registrado no país em mais de 200 anos e que causou entre 160 mil e 300 mil mortes, além de deixar 1,6 milhão de pessoas desabrigadas, tornando-se um dos desastres naturais mais mortíferos já registrados.

A situação foi agravada por um subsequente surto massivo de cólera que foi desencadeado quando resíduos infectados com cólera provenientes de uma estação de manutenção da paz das Nações Unidas contaminaram o principal rio do país, o Artibonite. Em 2017, cerca de 10 mil haitianos morreram e quase um milhão adoeceram por conta da doença.

Tais eventos foram exacerbados porque quase 50% da população não tem acesso à saúde. Conforme Dutra (2016),

Os serviços dessa área na Capital, Porto Príncipe, têm falta de infraestrutura, água e provisões em geral. Os problemas de água e saneamento no país são enormes. 45% da população não tem acesso à água potável e 83% da população não dispõem de serviços

---

<sup>9</sup> A divisão da ONU para Estratégias Internacionais de Redução de Desastres UNISDR define o desastre como sendo “uma séria ruptura no funcionamento de uma comunidade ou sociedade causando perdas humanas, materiais, econômicas e ambientais em larga escala, que excedem a habilidade da comunidade ou sociedade afetada de suportar tais perdas utilizando seus próprios recursos. Um desastre é uma função do processo de risco. Ele resulta na combinação de danos, condições e vulnerabilidade e capacidade ou medidas insuficientes para reduzir o potencial negativo das consequências do risco”. Disponível em: [https://inee.org/sites/default/files/resources/1-4\\_UNISDR\\_Terminology\\_2009\\_copy.pdf](https://inee.org/sites/default/files/resources/1-4_UNISDR_Terminology_2009_copy.pdf). Acesso em 14 dez 2024.

de saneamento. Cerca de 60% da população é subnutrida; uma em cada quatro crianças sofre de retardo no crescimento (DUTRA, 2016, p. 173).

De acordo com Bezerra (s.d.), o Haiti tem uma história única e profunda, marcada pela luta pela independência e pela influência cultural africana.

O Haiti foi colonizado pelos franceses no século XVII e tornou-se uma colônia próspera baseada na produção de açúcar e café utilizando mão de obra escrava africana. A brutalidade do sistema colonial e da escravidão levou a revoltas e levantes, incluindo a Revolução Haitiana do final do século XVIII.

A Revolução Haitiana (1791-1804) foi uma das revoluções mais bem-sucedidas e significativas da história mundial. Liderada por líderes como Toussaint Louverture e Jean-Jacques Dessalines, a revolução resultou na abolição da escravatura e na independência do Haiti em 1º de janeiro de 1804.

Após a independência, o Haiti enfrentou desafios significativos, incluindo a dívida imposta pela França para o seu reconhecimento como nação independente. O país conheceu instabilidade política, intervenções estrangeiras e ciclos de ditaduras e democracias frágeis.

O Haiti é o país mais pobre do Hemisfério Ocidental, enfrentando desafios econômicos e sociais persistentes, como a pobreza, a desigualdade e a falta de infraestrutura básica. O devastador terremoto de 2010 exacerbou estas condições, embora os esforços internacionais e locais continuem a centrar-se na reconstrução e no desenvolvimento sustentável<sup>10</sup>.

Nos dizeres de Dutra (2016),

Além da pobreza extrema, o país tem que enfrentar os desafios ambientais e as desigualdades sociais. A vulnerabilidade do Haiti é resultado de um longo processo, que começa desde a colonização espanhola e a francesa até os dias de hoje, passando pela ocupação estadunidense no país, e a irresponsabilidade das autoridades haitianas, que não têm implementado políticas públicas destinadas a reduzir essa vulnerabilidade. Ainda, o Haiti constitui também um dos 15 países mais desiguais socialmente no mundo. As riquezas estão sumariamente concentradas em mãos de uns poucos, enquanto que a grande maioria vive na pobreza. O governo perenemente corrupto oferece serviços públicos mínimos. A grande maioria da população vive crônica ou periodicamente sem eletricidade, água, esgotos, serviços médicos e educação (DUTRA, 2016, p. 176).

De acordo com Alvarez (2010), num lugar onde tudo sempre foi precário, qualquer tipo de abalo, seja político, militar ou sísmico, é muito mais destrutivo:

Sob qualquer ponto de vista, o terremoto que atingiu o Haiti no dia 12 de janeiro de 2010 teve proporções dantescas. E o que talvez mais chame atenção é que os sete graus

---

<sup>10</sup> Disponível em: [https://paisescon.com/haiti/#google\\_vignette](https://paisescon.com/haiti/#google_vignette). Acesso em 16 nov.2024.

na escala Richter não fariam dele um megaterremoto, se não fosse a miséria em que já se encontrava o país, não fosse a precariedade das construções e das vidas haitianas, em condições subumanas ao longo de mais de quinhentos anos de história. (ALVAREZ, p. 17, 2010).

Percebe-se que a história do Haiti tem sido marcada pela luta pela independência, pela instabilidade política e pela pobreza. Para agravar a situação, surgem os problemas ambientais que são típicos da localidade, a exemplo do terremoto acima citado.

De acordo com Guitarrara (2024), os países atingidos por terremotos podem sofrer consequências devastadoras com efeitos imediatos e no longo prazo, como é o caso do Haiti. Um agravante para o país caribenho é o seu elevado índice de pobreza e a infraestrutura precária, que potencializam os efeitos destruidores dos sismos, sobretudo aqueles de alta intensidade na escala Richter, como os dois mais recentes, de 2010 e 2021.

A consequência imediata e de curto prazo é a destruição de construções e da infraestrutura urbana, como ruas, rodovias e redes de eletricidade, abastecimento de água e de comunicação. Dessa forma, tem-se que a devastação causada pelo tremor aprofundou os níveis de desigualdade social e econômica no país. Aqueles que não tinham condições de comprar ou construir um imóvel seguro acabaram se deslocando para áreas precárias onde é pouco ou nulo o acesso ao saneamento, à água potável e à energia elétrica (GUITARRARA, 2024, p.91).

Durante anos, o Haiti ficou sob o comando de ditaduras que propagaram o medo e a violência na população (Grupo Hospitalar Conceição, 2021), fazendo com que o povo haitiano se movesse em direção a outros países, como a República Dominicana, Cuba, Bahamas, Estados Unidos, França e Canadá, fenômeno já estudado por diversos antropólogos conhecido como “diáspora”.

Desde 2004, as Forças Armadas do Brasil estiveram presentes no Haiti na missão de paz da ONU, conhecida pelo nome Minustah. Naquele momento, havia uma maior aproximação entre os dois países através da ajuda no resgate das vítimas, na reconstrução pós-terremoto e no apoio financeiro do governo brasileiro em áreas como saúde e agricultura. Além disso, o crescimento da economia brasileira, as perspectivas de emprego com a Copa do Mundo de 2014 e as manifestações positivas por parte do governo em acolher imigrantes colocaram o Brasil como um destino para o povo haitiano (MORAIS, 2018, p.64).

Diante de tal contexto, político e ambiental, diversos haitianos emigraram do país, em busca de alternativas de sobrevivência, eis que não tinham perspectivas quanto à reestruturação do local e a garantia de vida digna. Dentre os principais destinos, destacam-se Estados Unidos, República Dominicana, Canadá, Cuba, Venezuela e, mais recentemente, o Brasil.



#### **4 O PROCESSO MIGRATÓRIO: COMPREENDENDO CONCEITOS E MOTIVAÇÕES.**

A migração é uma realidade universal. De longa data, o ser humano desloca-se, entre territórios, seja por opção pessoal ou forçadamente. Há muito tempo o fenômeno da migração é estudado e debatido pelos pesquisadores, eis que suas causas, consequências e caracteres mudam como o passar do tempo.

A própria história do homem se confunde com a história dos movimentos migratórios, estes que originaram todas as nacionalidades e conceberam a identidade de cada nação ao longo dos tempos. De acordo com Batista (2009)

A história da humanidade se confunde com a história dos movimentos migratórios. Há vinte mil anos atrás o homem, originário da África, já ocupava a maior parte do globo terrestre. Foram os movimentos migratórios que originaram todas as nacionalidades e forjaram a identidade de cada nação ao longo dos tempos. Desde sempre o impulso migratório humano tem sido determinado por fatores diversos, como cataclismos naturais, invasões colonizadoras e migrações forçadas, sendo as duas últimas as mais violentas e cruéis, gerando a decadência de civilizações e a escravidão (BATISTA, 2009, p. 68).

Os fluxos migratórios são hoje mais numerosos, mais rápidos, mais diversificados e complexos que no passado, o que faz com que no mundo atual 200 milhões de homens e mulheres vivam fora de seus países de origem (Ramos, 2008). O fenômeno migratório constitui uma realidade política e jurídica ao nível mundial e um importante fator de mudança no contexto nacional, internacional, individual, grupal e relacional. Esta problemática de características globais e multidisciplinares vem colocar enormes desafios à sociedade, ao Estado, às políticas sociais, educativas, sanitárias e de cidadania e ao diálogo intercultural.

Estima-se em cerca de 214 milhões, segundo dados da ONU para 2010, o número de migrantes à escala global, poucos sendo os países que, entre países de origem, de trânsito ou de destino, não são afetados por esta realidade (OIM, 2009).

O Brasil tem observado um aumento significativo nos fluxos migratórios desde 2010 e, segundo o relatório do Observatório das Migrações Internacionais (OBMigra), estima-se que 1.085.673<sup>11</sup> imigrantes se deslocaram para o país de 2011 a 2019. Ao compor os novos cenários de mobilidade, o Brasil se tornou um país de destino para imigrantes de naturalidade da América Latina, como destaque para a população haitiana e venezuelana. No período de 2011 a 2018, a população haitiana ocupava o primeiro lugar na lista das principais nacionalidades que

---

<sup>11</sup> Portal da Imigração Laboral. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Disponível em: [https://portaldeimigracao.mj.gov.br/images/dados/relatorio-anual/2020/OBMigra\\_RELAT%C3%93RIO\\_ANUAL\\_2020.pdf](https://portaldeimigracao.mj.gov.br/images/dados/relatorio-anual/2020/OBMigra_RELAT%C3%93RIO_ANUAL_2020.pdf). Acesso em 11 dez. 2024.

imigraram ao país e, estimada em 106,1 mil imigrantes, representava 21,5% da população migrante de longo termo (que permanecem no país por um período superior a 1 ano) (CAVALCANTI *et al.*, 2019, p.107).

A palavra “migrar” tem origem do termo, em latim, “*migrare*”, que significa mudança, deslocamento, mover-se de um lugar para outro. No entanto, é preciso esclarecer que esses deslocamentos apresentam uma série de variáveis, podendo ser internos, externos, sazonais, de pequena ou longa duração, o que faz a questão da migração ser pluridimensional (NUNES; ANTONELLO, 202, p.77).

Segundo a OIM (Organização Internacional para as Migrações), migração consiste no processo de atravessamento de uma fronteira internacional ou de um Estado. É um movimento populacional que compreende qualquer deslocação de pessoas, independentemente da extensão, da composição ou das causas; inclui a migração de refugiados, pessoas deslocadas, pessoas desenraizadas e migrantes econômicos (OIM, 2009, p.186).

A migração não implica apenas o deslocamento espacial (Ramos, 2008), mas constitui um processo complexo, contraditório, uma experiência de perda, ruptura, mudança, vivenciada pelo indivíduo de uma forma mais ou menos traumatizante ou harmoniosa, segundo os seus recursos psicológicos e sociais, as características da sociedade dominante e as condições de acolhimento do país receptor.

Dutra (2016) aponta que a migração, devido à crise,

É uma resposta com a combinação de fatores ambientais, sociais, políticos e econômicos, que pode ser provocada por um evento externo. Quando o impacto cumulativo dos fatores de stress é socioeconômico, ambiental, político ou psicológico, leva ao limite alguém e esta pessoa prefere ir à frente (migrar) do que ficar. Sempre existiram pontos de inflexão e isto mudará de indivíduo para indivíduo. (DUTRA, 2016, p. 24)

A reflexão sobre a imigração no Brasil contemporâneo necessita da diferenciação dos conceitos sociais e jurídicos de estrangeiros, imigrantes e refugiados, para que se possa, então, compreender a complexidade da diáspora com os direitos humanos e as movimentações atuais no mundo global.

Neste sentido, segundo Schimanski *et al.* (2020), o conceito de estrangeiro é mais amplo:

Estrangeiro é o indivíduo que não está em seu Estado natal/natural. Assim, à medida que o estrangeiro migra para outro país e ali permanece, passa a ser um imigrante. Migração, portanto, refere-se ao fato de pessoas deixarem seus países de origem por conta de guerras, em busca de melhores condições econômicas, para encontrar seus entes queridos ou em virtude de questões ambientais, as quais têm sido muito comuns nas últimas décadas, como seca, fome e pobreza. Exemplo disso é o caso de

comunidades inteiras que abandonam suas vilas por conta da desertificação (Norte da África) ou, ainda, por cataclismos em decorrência de *tsunamis* e terremotos, como o do Haiti, em 2010, entre outros fenômenos naturais ou sociais. Distintamente, o conceito de refugiado abrange o deslocamento de indivíduos por questões políticas, religiosas, étnicas ou por pertencer a grupos específicos (SCHIMANSKI, 2020, p. 20).

Para Sanches e demais autores (2023), a atualidade do tema da imigração aponta que não se pode passar de forma incólume e indiferente sobre o que está acontecendo no mundo. As catástrofes, tanto políticas quanto ambientais, têm promovido um êxodo considerável de pessoas que buscam por alternativas para uma melhor qualidade de vida ou até de sobrevivência.

Tal fenômeno pode ser devido a diferentes razões, que vão desde a busca por melhores condições de vida, conflitos, guerras, violência, perseguição religiosa e, mais especificamente em relação aos imigrantes haitianos, por catástrofes ambientais.

Segundo Sanches e demais autores (2023), a migração diz respeito ao processo de entrada (imigração) e de saída (emigração), de uma pessoa ou de um grupo de pessoas que se muda de um país para outro ou de uma região para outra. E é denominado imigrante a pessoa que muda de país, cidade ou região, independente de seus motivos.

Edwards (2015), estabelece que existem diferenças entre conceitos de pessoas que se deslocam para outros países, de acordo com suas causas ou intenções. Para o autor, uma pessoa pode se deslocar para outro país em busca de melhores condições de vida, trabalho, educação, ou outras causas sem ameaça à vida, com a permanente proteção de seu governo. A esse grupo o autor denomina migrante. Por outro lado, quando a escolha por outro país se dá por segurança e proteção, devido à ameaça ou perseguição por motivos de raça, religião, nacionalidade, opinião política ou participação de grupos sociais, tem-se o que é caracterizado como refugiado.

O direito internacional define e protege os refugiados. A Convenção da ONU de 1951, sobre o Estatuto dos Refugiados e seu protocolo de 1967, assim como a Convenção da OUA (Organização da Unidade Africana) – pela qual se regularam os aspectos específicos dos problemas dos refugiados na África em 1969 – ou a Declaração de Cartagena de 1984 sobre os Refugiados continuam sendo a chave da atual proteção dos refugiados (EDWARDS, 2015, p.83).

O marco fundamental para a proteção dos direitos dos refugiados foi a criação do Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR), em 1950, que é uma organização humanitária, apolítica e social, criada para atender às necessidades das vítimas de perseguição, de violência, assim como de intolerância.

Silva e Lima (2016) ponderam que, na maioria das vezes, as pessoas que saem de seus países saem sempre em busca de melhores condições de vida, de emprego e de garantir um

futuro para sua família. Dificilmente uma pessoa que deixa seu país se encontra em boas condições financeiras; e, se sai, normalmente é porque tem motivos sérios para isso. No mesmo sentido Dutra (2016), para quem “o deslocamento de populações ao redor do mundo “ocorre quando grupos populacionais se transferem de suas regiões de origem para outras que apresentem condições mais promissoras relacionadas com a sobrevivência, com a qualidade de vida e com expectativas de progresso individual e coletivo” (DUTRA, 2016, p. 48).

No caso dos haitianos, o maior motivo para essas últimas imigrações foi a calamidade de 2010, que deixou parte do país, que já era turbulento, assolado (Silva e Lima, 2016). As pessoas ficaram sem as mínimas condições que um ser humano necessita para sobreviver, e, além disso, sem esperanças e nem forças para recomeçar. Por conta disso tudo, resolveram juntar suas economias e vir para o Brasil para tentar recomeçar. A intenção desses imigrantes era trabalhar e ajudar seus familiares, que ainda continuavam em Porto Príncipe. Nesse sentido,

A diáspora haitiana revela múltiplos caminhos e não apenas um destino, além de mostrar que **a imigração é um projeto familiar**, em que parentes dão suporte financeiro ao trânsito dos que permanecem ainda no Haiti. Os imigrantes tem a responsabilidade de **prover a família ou alguém que ficou no Haiti**. Atender a esse quase dever é talvez a maior preocupação dos imigrantes (DUTRA, 2016, p. 184).  
Grifos nossos.

De acordo com a OIM (Organização Internacional para as Migrações), migração laboral é o movimento de pessoas do seu Estado para outro Estado com a finalidade de aí encontrar emprego. A migração laboral está regulada nas leis sobre migração da maioria dos Estados. Além disso, alguns Estados desempenham um papel ativo na regulação da migração laboral externa e procuram oportunidades no estrangeiro para os seus nacionais.

Já, a migração ambiental, aplica-se a pessoas ou grupos de pessoas que, devido a alterações ambientais repentinas ou progressivas,, que afetam negativamente as suas vidas ou as suas condições de vida, veem-se obrigados a deixar as suas residências habituais, ou escolhem fazê-lo, temporariamente ou permanentemente, e que se deslocam dentro do próprio país ou para o estrangeiro (OIM, 2009).

Diante desse cenário, é possível apoiar-se na ideia de que a migração haitiana em direção ao Brasil foi um processo social motivado pela instabilidade política e econômica do país e, em segunda instância, agravada por fatores de ordem natural (NUNES; ANTONELLO, 2021, p.82). Para os autores, considerar a migração dos cidadãos haitianos para o Brasil dentro da tipologia que versa sobre o motivo invocado (trabalho) e dentro das catástrofes naturais é o mais coerente.

Invocando as conclusões de Sanches e demais autores (2023), a atualidade do tema da migração aponta que ela não pode ser negligenciada, como está acontecendo no mundo. Faz-se necessária a construção de uma política migratória fundada essencialmente nos direitos humanos, direcionada principalmente àqueles mais vulneráveis.

As catástrofes, tanto políticas quanto ambientais, têm promovido um êxodo considerável de pessoas que buscam por alternativas para uma melhor qualidade de vida. E o Brasil não ficou de fora desse movimento, tornando-se um país de acolhimento para as pessoas em vulnerabilidade, tanto social quanto econômica (SANCHES *et al.*, 2023, p.52).

Pensar em migrações hoje é pensar para além da simples visão de deslocamento desatrelado de contextos excludentes, nos quais a pobreza, a fome e a falta de oportunidades em geral constituem-se fatores de mobilização humana pelo globo.

As pessoas migram porque, na grande maioria das vezes, não há alternativas. A escolha, geralmente, não é pessoal, mas uma condição determinada pelo sistema social que condiciona a vida dos migrantes. Por conseguinte, o principal responsável pelos fluxos migratórios em massa é a exploração do capital, que leva milhares de seres humanos a sofrerem consequências desastrosas, afastando comunidades inteiras e contribuindo para a injustiça social e vulnerabilidade dessas pessoas (SCHIMANSKI, 2020, p.81).

Pensar a mobilidade humana e suas relações com os processos de saúde e adoecimento nos conduz a entender o próprio processo migratório como um determinante social de saúde altamente complexo, com impacto em ambos os polos do circuito: entre as populações migrantes, mas também entre as populações locais. No contexto contemporâneo onde as mobilidades se intensificaram, cabe estar vigilante aos fenômenos associados à saúde das populações tocadas pelo fenômeno das migrações (GRANADA *et al.*, 2017, p.134).

Segundo Granada e demais autores (2017), a migração pode ser entendida como um determinante social de saúde que afeta as múltiplas dimensões da vida desses indivíduos. O cenário de intenso fluxo migratório impõe questões sobre a garantia de direitos e de acesso aos serviços e políticas públicas para essa população.

Conclu-se esse sub-capítulo com a análise do psiquiatra espanhol Joseba Achotegui (*apud* PERUHYBE; STEFFENS; YURJA, p. 72, 2022), que é referência na temática da saúde mental dos migrantes, segundo o qual:

Imigrar nunca foi fácil. Mas não é a mesma coisa emigrar como era feito antes, em condições difíceis, de ir para outro país em condições extremas. Assim, se compararmos a foto de um grupo de imigrantes espanhóis da década de 1960 – [...] despedindo-se de seus familiares em um navio para ir para a América, cantando, emocionados diante das

expectativas e oportunidades de sua nova vida – com uma foto dos novos imigrantes chegando em um pequeno barco, exaustos e perseguidos às costas da Espanha, tudo está dito: não é o mesmo imigrar em um navio do que imigrar em um pequeno barco, não é o mesmo imigrar em condições difíceis do que imigrar em condições extremas (2012, p. 4, tradução das autoras).

Dessa forma, os processos migratórios conduzem a uma mudança na percepção e criação de políticas públicas no âmbito da saúde. Portanto, as políticas de saúde e os cuidados de saúde tanto a nível local e nacional, como internacional, têm de ser humanizados e sensíveis às necessidades, especificidades e aspirações dos indivíduos e das comunidades, culturalmente apropriados e adequados em termos de custos.

## **5. CONTEXTUALIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE MEDIANEIRA E SUA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE.**

### **5.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS DO MUNICÍPIO**

O presente capítulo visa descrever as principais características do município de Medianeira/PR, local onde a presente tese foi desenvolvida. Os dados históricos e demais características que entendemos pertinentes ao leitor foram colhidos junto à página oficial do município<sup>12</sup>, IBGE Cidades<sup>13</sup> e em análise do PMS 2022-2025 (Plano Municipal de Saúde de Medianeira/PR)<sup>14</sup>.

Segundo os dados disponibilizados na página oficial do Município, Medianeira teve seu nascimento planejado em 20 de Outubro de 1949, na cidade gaúcha de Bento Gonçalves, quando os fundadores da Colonizadora Industrial e Agrícola Bento Gonçalves Ltda. iniciaram os estudos para a implantação do projeto de fundação.

Desmembrado de Foz do Iguaçu, tornou-se município em 25/07/1960, pela Lei Estadual nº 4245, publicada no Diário Oficial do Estado do Paraná nº 119 de 28/07/1960.

A escolha do nome tem dupla justificativa, para alguns ocorreu para homenagear Nossa Senhora Medianeira de quem os colonizadores eram devotos, e também porque Medianeira significa “no meio” (entre) São Miguel do Iguaçu e Matelândia.

O município está situado na microrregião do Oeste Paranaense, a 60 km de Foz do Iguaçu e 577,30 km da capital Curitiba. Possui uma extensão geográfica de 328,732 km<sup>2</sup> de área terrestre. Tem como limites os municípios de: Missal e Ramilândia ao norte, ao leste Matelândia, ao oeste São Miguel do Iguaçu e Itaipulândia e ao sul Serranópolis do Iguaçu. O município é cortado pela rodovia BR 277, que liga o Estado do Paraná com a tríplice fronteira (Argentina e Paraguai).

Trata-se de um município predominantemente urbano, mas que possui 11 % de sua população vivendo em zonas rurais (4.427 habitantes). O interior do município está formado por 29 comunidades ao passo que a zona urbana possui 11 bairros além da região central.

---

<sup>12</sup> Disponível em: <https://www.medianeira.pr.gov.br/?historico>. Acesso em 02 dez. 2024.

<sup>13</sup> Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em 02 dez. 2024.

<sup>14</sup> Disponível em: [https://www.medianeira.pr.gov.br/arquivos/saude/pms\\_2022\\_2025.pdf](https://www.medianeira.pr.gov.br/arquivos/saude/pms_2022_2025.pdf). Acesso em 02 dez. 2024.

Segundo o último recenseamento (IBGE, 2022)<sup>15</sup>, a população total estimada para 2024 é de 57.120 pessoas, o que dá uma densidade demográfica de 165,39 habitantes por quilômetro quadrado.

Quanto às condições sociais sanitárias, relevante mencionar que Medianeira está localizada no centro da microrregião Oeste, entre Cascavel e Foz do Iguaçu, sendo depois dessas duas cidades, a maior cidade, em termos de população e de extensão. De acordo com o PMS 2022/2025, chama atenção que há uma menção à população itinerante, principalmente em função da presença de duas universidades e diversas indústrias, como atrativos para essas pessoas.

O município está em franca expansão e abriga diversas indústrias, uma universidade federal e uma privada, assim, temos uma população itinerante muito grande, de diversas regiões do país e **estrangeiros** (paraguaios, argentinos, **haitianos**). (PMS 2022/2025) Grifamos.

Há uma preocupação com a população de imigrantes, principalmente haitianos, pois o PMS em diversas passagens menciona esse movimento que tem se apresentado, a exemplo de demais regiões do país, também a nível local:

Pela **proximidade com a fronteira**, acabamos atendendo uma população proveniente do Paraguai, que vem somente para tratamentos médicos, principalmente obstétricos. Também, está tendo um **aumento da imigração haitiana. A cada semana, aumenta o número de haitianos se cadastrando no município**. (PMS 2022/2025). Grifamos.

Segundo dados do PMS 2022/2025, na área da saúde o Município possui hoje 09 Unidades Básicas de Saúde<sup>16</sup>, 01 UPA (Unidade de Pronto Atendimento), 01 CAPS I (Centro de Atenção Psicossocial), 01 CEO (Centro de Especialidades Odontológicas) além do Laboratório Municipal. O Município de Medianeira faz parte do CISI (Consórcio Intermunicipal de Saúde), para atendimento às especialidades médicas. Para transporte, conta com o SAMU, com duas ambulâncias, USA (Unidade de Suporte Avançado) e USB (Unidade de Suporte Básico).

No que diz respeito à Atenção Primária do município, fica evidente por meio de seu PMS que a Atenção Básica (recorte que escolhemos para estudar o acolhimento aos imigrantes haitianos),

Deve ser o primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema de saúde, constituída de equipe mínima que atua integrando, coordenando o cuidado e atendendo as necessidades de saúde da população de seu território, servindo como base para o

<sup>15</sup> Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/medianeira/pesquisa/23/25124>. Acesso em 02 dez. 2024.

<sup>16</sup> No momento atual o Município conta na verdade com 11 Unidades Básicas de Saúde, tendo em vista a inauguração no ano de 2024 de 02 unidades nos bairros Jardim Belo Horizonte e CSU. A informação presente no PMS está desatualizada pois ele foi elaborado em 2022, ocasião em que o município ainda possuía 09 UBS.

ordenamento da Rede de Atenção e para efetivação da integralidade. Para garantir a cobertura populacional pelas equipes de atenção básica é necessária e primordial a organização da atenção primária à saúde do município (PMS 2022/2025).

O município de Medianeira em sua rede de saúde, conta com 11 Unidades Básicas de Saúde em sua totalidade, sendo 9 Estratégias Saúde da Família, 1 Unidade Básica de Saúde e um Posto de Saúde Rural. O atendimento delas corresponde a 76,37% de cobertura da Atenção Básica. Há a necessidade de ampliação e fortalecimento da APS, aumentando sua qualidade e resolutividade e sendo a norteadora das ações de saúde pública, dentro do município (PMS 2022/2025).

O município de Medianeira conta com dois hospitais, sendo: 01 hospital filantrópico e contratualizado pelo Governo do Estado e Município, contendo 58 leitos utilizados pelo SUS. Além de 01 hospital particular sem convênio SUS o qual possui 39 leitos.

Outro destaque é que o PMS 2022/2025 dá ênfase, no capítulo concernente à Atenção Primária em Saúde, ao atendimento pensado às populações vulneráveis e imigrantes. Destacamos a vulnerabilidade por entender que os imigrantes haitianos se enquadram nessa dimensão, conforme contextualizado nos capítulos pretéritos da presente tese.

No que diz respeito a essas populações, o PMS assim se posiciona:

A promoção da equidade é a capacidade de “reconhecer as diferenças nas condições de vida e saúde nas necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender à diversidade” (FIOCRUZ, 2020a). Portanto, o objetivo da promoção da equidade em saúde é ampliar o acesso das populações vulneráveis no SUS. Essas populações apresentam maior risco de adoecimento, tendo em vista fatores como desigualdades sociais e distribuição de renda, orientação sexual, raça/cor e etnia, fluxo migratório, baixa escolaridade e dificuldade de acesso às principais políticas públicas. Para enfrentar os diversos desafios que expõem essas populações ao maior risco de adoecer, é necessário conhecer suas especificidades, desde a APS e os demais níveis de atenção do SUS, e inserir as temáticas na RAS em todas as linhas de cuidado (PMS 2022/2025).

Percebe-se que a PNH, a qual prevê o tratamento diferenciado para as populações vulneráveis, principalmente no que diz respeito à diretriz do acolhimento, é reconhecida pela gestão, que possui essa preocupação junto a seu plano.

Por fim, é importante destacar que a APS demonstra preocupação no que diz respeito ao tema das migrações, fatos que tem aumentado nos últimos anos, seja devido à disponibilidade de indústrias que ofertam empregabilidade, seja em função das instituições de ensino superior existentes no município.

De acordo com os dados levantados, estima-se que,

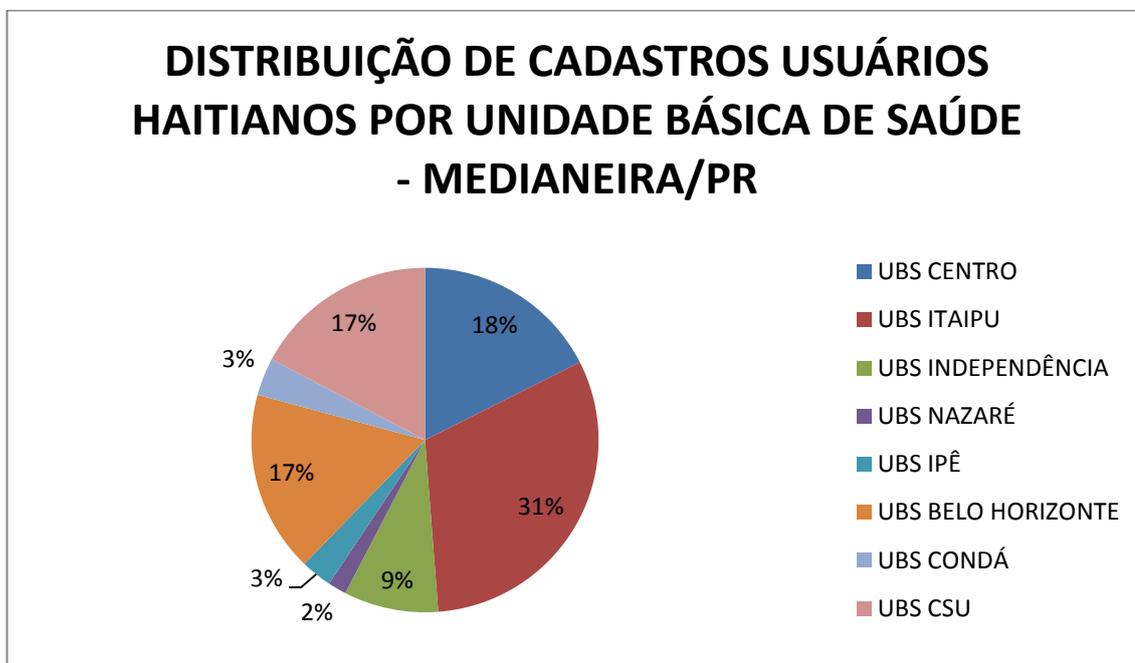
em Medianeira, **aproximadamente 2,2% da população seja de migrantes**, de diversas nacionalidades: paraguaios, argentinos, venezuelanos, **haitianos**, africanos etc. Por estarmos próximo a fronteira e termos no município indústrias de grande porte que geram empregos, acabam tendo um grande fluxo de estrangeiros no município.

A população migrante está exposta a muitas vulnerabilidades, como a falta de trabalho e/ou trabalho precário, moradia inadequada, dificuldade de comunicação, cultura diferente, preconceito, discriminação e várias formas de violência. Esses fatores contribuem para agravos na área da saúde, em especial de saúde mental (PMS 2022/2025).

Como se observou, a realidade da imigração haitiana está presente e em constante crescimento no município de Medianeira/PR, a exemplo de outras cidades localizadas na região oeste paranaense. Os dados que demonstram o crescimento desse segmento populacional são comprovados através do levantamento realizado junto ao Sistema de Informações em Saúde do Município de Medianeira (SIGSSAÚDE), o qual aponta um crescente número de imigrantes haitianos cadastrados nas UBS a partir de 2010, conforme gráfico a seguir.

O levantamento das informações foi autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde, conforme solicitação de acesso ao sistema SigssSaúde em anexo (ANEXO IV).

**Gráfico 1: Distribuição de cadastros usuários haitianos por UBS – Medianeira/PR**

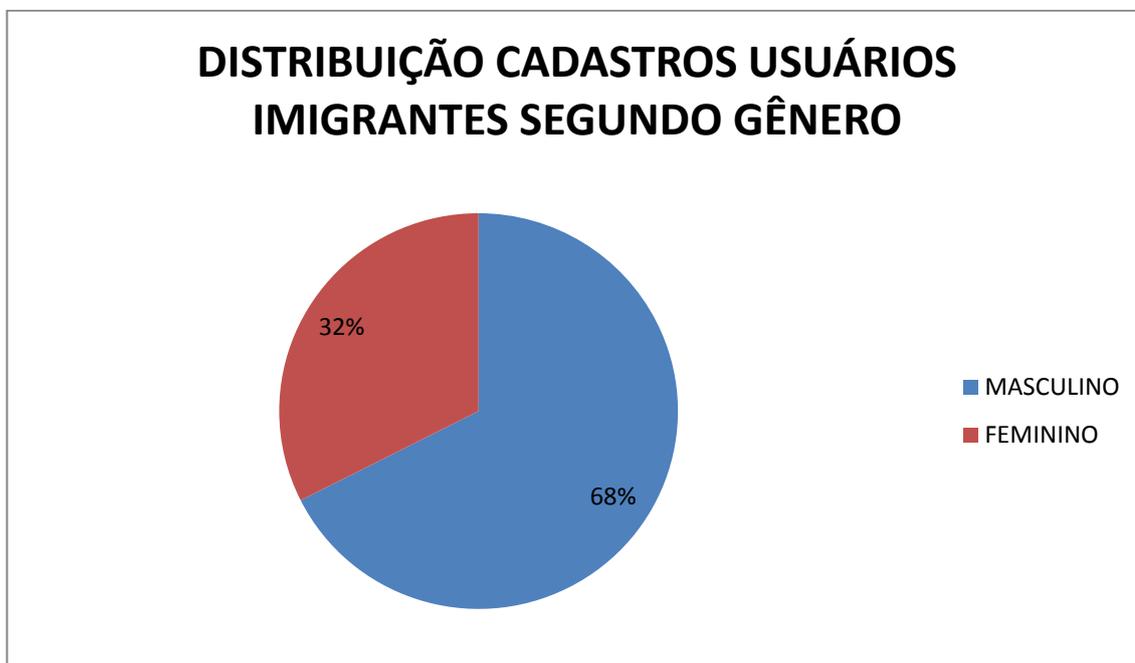


**Fonte:** Sistema de Informações em Saúde do Município de Medianeira (SIGSSAÚDE)

OBS: Entre as motivações dos imigrantes haitianos pela opção de residir em bairros específicos (maior concentração de cadastros), podemos citar a proximidade com os principais

frigoríficos empregadores do município e região, fato que também implica na redução de custos com o transporte em comparação com outros bairros mais distantes.

**Gráfico 2: Distribuição de cadastros de usuários imigrantes haitianos segundo gênero.**

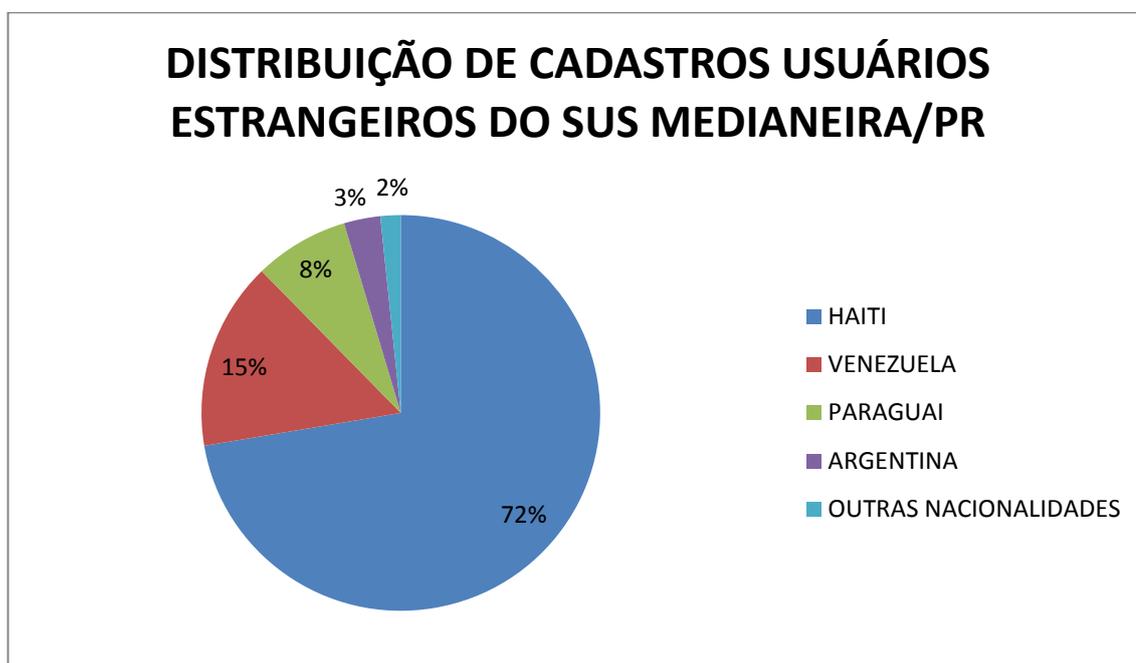


**Fonte:** Sistema de Informações em Saúde do Município de Medianeira (SIGSSAÚDE)

Conforme se observa no gráfico de distribuição de haitianos segundo gênero, no município a grande maioria são homens, os quais geralmente se deslocam primeiro que os demais familiares (esposas e filhos), eis que buscam estabelecer-se economicamente para na sequência enviar remessas financeiras para os que ficaram no Haiti ou para ajuda-los no deslocamento pela compra de passagens e demais despesas que implicam essa mudança de país.

O recorte histórico do Haiti demonstra que os homens são tidos como os responsáveis pela manutenção familiar, pois “os homens são considerados como sendo os chefes de família. Sua responsabilidade é trabalhar para sustentá-la” (DUTRA, 2016, p. 24). Já a mulher é vista em segundo plano, imperando uma cultura de submissão ao homem. A autora esclarece que “por uma questão cultural, a mulher haitiana está circunscrita a um conjunto de regras sociais em relação ao homem, como aquela que é responsável pelos cuidados do lar e dos filhos, enquanto ao homem cabe a responsabilidade de ser o provedor” (DUTRA, 2016, p. 173).

**Gráfico 3: Distribuição de cadastros de usuários estrangeiros no município de Medianeira/PR.**



**Fonte:** Sistema de Informações em Saúde do Município de Medianeira (SIGSSAÚDE) - Comparativo

Como se pode observar no gráfico anterior, a esmagadora maioria de estrangeiros cadastrados no município de Medianeira/PR é de haitianos. O dado é proporcional à grande empregabilidade nas duas maiores cooperativas locais, que juntas já contaram com o número de 835 haitianos no seu quadro laboral. A característica da migração laboral é fator marcante na decisão desses trabalhadores, conforme o gráfico a seguir.

**Gráfico 4: Distribuição de trabalhadores haitianos nas cooperativas locais**



**Fonte:** dados colhidos pelo próprio pesquisador em contato com o departamento de recursos humanos das cooperativas Lar e Frimesa (2024).

Como se observou, o município de Medianeira/PR demonstra importante consciência de sua realidade atual no que diz respeito ao tema das imigrações. Perfeitamente justificado pelo aumento no número de cadastros novos no sistema de saúde local e pela crescente contratação de empregados haitianos nas cooperativas locais.

Tal fato exige uma mudança de postura quanto às políticas públicas destinadas a esses novos usuários do SUS, notadamente no adequado acolhimento prestado pelos serviços de saúde, como meio de amenizar as dificuldades sofridas por essa população vulnerável, permitindo uma adequada assistência, universal, integral e promotora da saúde de todos.

## **6. HUMANIZASUS: A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO E SUA APLICABILIDADE NO ACOLHIMENTO AOS IMIGRANTES HAITIANOS.**

Criada em 2003, a Política Nacional de Humanização previu o acolhimento realizado em Unidades Básicas de Saúde, o qual deve ser norteado por princípios basilares, em respeito à valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão; estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos; fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional; atuação em rede com alta conectividade, de modo cooperativo e solidário e, por fim, utilização da informação, da comunicação, da educação permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos (BRASIL, 2004, p.71).

Para conhecer o contexto da criação e desenvolvimento da Política Nacional de Humanização no SUS e para alcançar os objetivos propostos na presente tese, que são direcionadas à população de imigrantes haitianos, faz-se necessário localizar o leitor acerca dos comandos constitucionais que norteiam quaisquer ações de saúde no território brasileiro, tendo em vista que a criação de eventuais normativas infra legais que os contrariem padecem do vício de inconstitucionalidade.

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 traz os fundamentos, diretrizes e atribuições do Sistema Único de Saúde (SUS) determinando os deveres do Estado e os direitos dos cidadãos. Os artigos 5º, 6º e 196, regras basilares do ordenamento constitucional, traçam a garantia dos direitos a todos os brasileiros e estrangeiros, dentre os quais está a garantia da proteção e assistência a saúde, nos seguintes termos:

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade (...);

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2010, p.71).

Sob o manto do artigo 5º da Constituição brasileira, em seu *caput*, fica estabelecido que todos os direitos fundamentais de que gozam os brasileiros natos ou naturalizados devem ser estendidos aos estrangeiros que aqui residam. O destaque do citado artigo fica por conta do

Princípio da Igualdade, o qual deve ser aplicado a todos sem distinção, inclusive aos estrangeiros, como expressamente previsto no dispositivo mencionado.

Moraes (2013), ao comentar o Princípio Constitucional da Igualdade esclarece que o tratamento desigual aos desiguais é exigência tradicional do próprio preceito de justiça, nos seguintes termos:

A Constituição Federal de 1988 adotou o princípio da igualdade de direitos, prevendo a igualdade de aptidão, uma igualdade de possibilidades virtuais, ou seja, todos os cidadãos têm o direito de tratamento idêntico pela lei, em consonância com os critérios albergados pelo ordenamento jurídico. Dessa forma, o que se veda são as diferenciações arbitrárias, as discriminações absurdas, pois, o tratamento desigual dos casos desiguais, na medida em que se desigualam, é exigência tradicional do próprio conceito de Justiça, pois o que realmente protege são certas finalidades, somente se tendo por lesado o princípio constitucional quando o elemento discriminador não se encontra a serviço de uma finalidade acolhida pelo direito, sem que se esqueça, porém, como ressaltado por Fábio Konder Comparato, que as chamadas liberdades materiais têm por objetivo a igualdade de condições sociais, meta a ser alcançada, não só por meio de leis, mas também pela aplicação de políticas ou programas de ação estatal (MORAES, 2013, p. 87).

Segundo Peruhype, Steffens e Yurja (2022), o crescimento dos fluxos migratórios internacionais realça a responsabilidade do Estado em garantir direitos sociais previstos constitucionalmente às populações imigrantes, como acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde para sua promoção, proteção e recuperação. Segundo as autoras, “essa concepção está ligada à construção de um cenário de justiça social, embasada na equidade. Isso implica o reconhecimento das necessidades específicas de determinados grupos, o que inclui tratamentos diferenciados no sentido da inclusão e do acesso individual e coletivo” (Peruhype; Steffens; Yurja, 2022, p.27).

Por sua vez, a saúde surge no comando do artigo 6º, no rol dos direitos sociais, que, segundo doutrina majoritária, são aqueles cujo Estado deve prover a todos os cidadãos, sem distinção. Conforme Cimino (2017), “é importante também, ao falarmos do sistema de saúde, pensarmos inicialmente na definição de saúde do ponto de vista legal. E é a Constituição Federal o diploma fundamental que melhor trata o tema da saúde, pois a define em seu artigo 196 como o ‘direito de todos e um dever do Estado’” (CIMINO, 2017, p. 44).

O autor, enfatizando o aspecto do dever do Estado, no que diz respeito à promoção e proteção da saúde, assim se posiciona:

Afinal, não há como se falar em promoção e proteção da saúde humana sem que o indivíduo tenha acesso a direitos básicos como alimentação balanceada, moradia digna, trabalho, transporte eficiente, saneamento adequado, entre outros. Por isso, dever do Estado. Esse entrelaçamento de responsabilidades e obrigações corrobora o que temos afirmados desde as primeiras linhas desta reflexão: não se pode alcançar o equilíbrio do sistema de saúde sem que haja uma rede de conexão entre os diversos segmentos da sociedade (CIMINO, 2017, p. 44)

Para Moraes (2013), os direitos sociais são direitos fundamentais do homem, caracterizando-se como verdadeiras liberdades positivas, de observância obrigatória em um Estado Social de Direito, tendo por finalidade a melhoria de condições de vida aos hipossuficientes, visando à concretização da igualdade social, e são consagrados como fundamentos do Estado democrático, pelo art. 1º, IV, da Constituição Federal.

O acesso universal e igualitário à saúde vem reforçado no comando 196 da CF/88, como sendo um dever do Estado provê-la, sem distinções, por meio de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, além de dar enfoque às ações e serviços que garantam aos usuários o acesso à promoção, proteção e recuperação de sua saúde.

Moraes (2013) preleciona que, de acordo com a Constituição Federal Brasileira, a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, “sendo de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou por meio de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado” (MORAES, 2013, p. 321).

A Constituição Brasileira de 1988 é, reconhecidamente, um diploma legal cujos alicerces estão ancorados na prevalência dos direitos humanos, na dignidade da pessoa humana, nos direitos sociais e fundamentais do cidadão, na erradicação da pobreza e na redução da desigualdade, no bem-estar social individual e coletivo, na cooperação entre os povos e no repúdio a qualquer tipo de discriminação. “O procedimento de uma saúde com humanização, antes de ir ao alcance de um resultado positivo no tratamento da doença, passa pela dignidade humana a que tem direito qualquer indivíduo; tanto mais se ele estiver fragilizado por uma doença” (CIMINO, 2017, p. 85).

Complementando o enfoque do respeito à dignidade da pessoa humana, Cimino (2017) assim se posiciona:

Se a preocupação primeira se volta para a saúde do paciente, não se pode esquecer, sob o risco de se tornar ineficiente, que o conceito de saúde, integrante dos direitos da dignidade da pessoa humana, não se restringe tão somente à integridade física, senão que alcança também a integridade psíquica e social. Cumpre salientar, inclusive, **que se deve levar em conta o aspecto da dignidade da pessoa humana a ser respeitado, de assaz importância também no que concerne à preocupação com as dimensões políticas e religiosas em que os usuários estejam inseridos ou sejam por elas influenciados** (CIMINO, 2017, p. 16) Grifos nossos.

Como se vê, o Brasil, desde a CF/88 tem apresentado uma evolução quanto aos amparos legais que abrangem os imigrantes.

De acordo com a ACNUR – Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (2014), o Brasil é signatário de diversos tratados internacionais de direitos humanos, dentre eles a Convenção das Nações Unidas de 1951, que rege sobre o Estatuto dos Refugiados e do seu protocolo de 1967. Além de integrar as principais convenções internacionais sobre o refúgio, o Brasil promulgou, em julho de 1997, a sua própria lei de refúgio (Lei nº 9.474/97).

Mais um marco significativo para a população de interesse do ACNUR foi conquistado com a aprovação da nova Lei de Migração (nº 13.445/2017). Em vigor desde 2017, a nova Lei trata o movimento migratório como um direito humano e garante ao migrante, em condição de igualdade com os nacionais, a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à segurança e à propriedade. Além disso, institui o visto temporário para acolhida humanitária, a ser concedido ao apátrida ou ao nacional de país que, entre outras possibilidades, se encontre em situação de grave e generalizada violação de direitos humanos – situação que possibilita o reconhecimento da condição de refugiado, segundo a Lei nº 9.474/1997.

Entretanto, a efetivação do acesso aos serviços e políticas públicas para a população imigrante vai além da existência de dispositivos legais, pois, na prática, tem sido marcada por barreiras relacionadas à comunicação, ao preconceito, ao racismo e às diferenças culturais (MS, Grupo Hospitalar Conceição, 2021).

O tema das migrações internacionais é complexo. Como se tem percebido, houve um avanço significativo na tentativa do trato às questões dos direitos humanos e da cidadania. Porém, há um árduo caminho pela frente. Não raro, o cidadão imigrante é tratado como um sujeito de segunda classe. A luta pela sobrevivência esbarra no preconceito e na falta de

igualdade social e de justiça social. Sem dúvida, a ideia legítima de justiça social e cidadania deve se sobrepor, sempre, ao preconceito.

## **7 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: ORGANIZAÇÃO E APLICABILIDADE NA POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO AOS IMIGRANTES.**

A Política Nacional de Humanização (PNH) existe desde 2003 para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários. A PNH deve se fazer presente e estar inserida em todas as políticas e programas do SUS. Promover a comunicação entre estes três grupos pode provocar uma série de debates em direção a mudanças que proporcionem melhor forma de cuidar e novas formas de organizar o trabalho (BRASIL, 2004, p.72).

Considerando que as relações que se estabelecem no processo do cuidar em saúde se dá entre seres humanos, porque falar em humanização?

Essa questão perpassa pela lógica de que, em geral, a sociedade como um todo entende que as iniciativas de humanização se apresentam, em geral, de modo vago e associadas a atitudes humanitárias, de caráter filantrópico, desempenhadas por uma rede de voluntários, com a simples conotação de bondade e um favor ao cidadão, não um direito.

Deslandes (2006), em revisão sobre a humanização nas décadas compreendidas nos anos 50 a 80 e posteriormente a partir dos anos 1990, indica que existem diferenças significativas no enfoque conceitual da temática. Segundo a autora,

No primeiro caso, entre as décadas de 50 a 80, a humanização é entendida em uma “perspectiva caritativa”. O paciente é mostrado como ser frágil, vulnerável e dependente, que desperta a piedade dos profissionais da saúde. Nestes, por sua vez, são valorizadas características como doçura, compaixão e espírito de caridade. Acrescenta-se ainda o reconhecimento do caráter divino da sua atuação. Em contrapartida, a concepção de humanização que emerge na década de 1990 caminha na direção da valorização dos sujeitos, de relações dialógicas e de trocas solidárias. Vislumbra-se, por essa via, a possibilidade de a humanização representar uma nova ordem relacional, pautada no reconhecimento da alteridade e no diálogo. Essa perspectiva reivindica o estabelecimento de relações saudáveis e responsáveis entre sujeitos que compartilham saber, poder, experiências de vida e o compromisso ético e político com intervenções seguras. (DESLANDES, 2006, p. 187)

Observa-se a tendência a se associar a humanização com uma assistência que valorize a qualidade técnica e ética do cuidado. Inscreve-se nessa ótica o reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e referências culturais, a valorização do profissional e do diálogo intra e intequipes. Nesse enfoque, segundo Deslandes (2006), a humanização é entendida como

um processo que vai além da melhoria da qualidade da relação profissional-usuário, pressupõe o desenvolvimento do sentido de cidadania e participação crítica.

Assim sendo, de acordo com a Política Nacional de Humanização (Brasil, 2004), para a construção de uma Política de Qualificação do SUS, a humanização deve ser vista como uma das dimensões fundamentais, não podendo ser entendida como apenas um “programa” a mais a ser aplicado aos diversos serviços de saúde, mas como uma política que opere transversalmente em toda a rede SUS.

Construir tal política impõe, mais do que nunca, que o SUS seja tomado em sua perspectiva de rede. Como tal, o SUS deve ser contagiado por esta atitude humanizadora, e, para isso, todas as demais políticas deverão se articular por meio desse eixo. Trata-se, sobretudo, de destacar os aspectos subjetivos e sociais presentes em qualquer prática de saúde (BRASIL, 2004, p.72).

Podemos dizer que a Rede de Humanização em Saúde é uma rede de construção permanente e solidária de laços de cidadania. Trata-se, portanto, de olhar cada sujeito em sua especificidade, sua história de vida, mas também de olhá-lo como sujeito de um coletivo, sujeito da história de muitas vidas (BRASIL, 2004, p.73).

Entre as múltiplas facetas do debate acerca da humanização em saúde, interessa ressaltar particularmente aquelas que remetem à valorização da atenção centrada no usuário. Esta perspectiva, segundo Deslandes (2006), pressupõe o reconhecimento do usuário como portador de singularidades subjetivas e socioculturais, bem como de interesses e necessidades específicos.

O termo humanização, portanto,

Se refere ao conjunto de valores, técnicas, comportamentos e ações que, construídas dentro de seus princípios, promovem a qualidade das relações entre as pessoas, com a inclusão das diferenças nos processos de gestão e de cuidado. Logo, os princípios da humanização são: participação das pessoas nas ações de gestão e atenção (com ênfase na autonomia do paciente); comunicação e dispositivos que favoreçam a interatividade; consideração à subjetividade e ao protagonismo das pessoas (ARAGÃO *et. al.*, 2022, p. 115).

A humanização é a valorização dos usuários, trabalhadores e gestores no processo de produção de saúde. O ato “humanizar” deve ser uma prática constante, mas individualizada para cada circunstância e momento (ARAGÃO *et. al.*, 2022). Valorizar os sujeitos é oportunizar uma maior autonomia, a ampliação da sua capacidade de transformar a realidade em que vivem,

através da responsabilidade compartilhada, da criação de vínculos solidários, da participação coletiva nos processos de gestão e de produção de saúde (BRASIL, 2004, p.73).

A humanização pode ser vista como uma política transversal a permear todos os programas e formas de atendimento do sistema. Deslandes (2006), ao analisar o texto oficial sobre humanização (Brasil, 2004), destaca sua definição representada pela oposição à violência, pela superação da negação do outro e pelo reconhecimento da alteridade, assim como pela capacidade de oferecer atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com o bom relacionamento. Finalmente, a humanização é vista como melhoria das condições de trabalho do cuidador. A ampliação do processo comunicacional como condição básica à humanização é também destacada pela autora nos textos oficiais.

Produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar, a PNH estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si (BRASIL, 2004, p.75).

Com base nos dispositivos acima demonstrados, percebe-se que em nosso país há bases legais que permitem incluir o imigrante e o refugiado nas Políticas Públicas, entre elas, o SUS. No entanto, tais políticas públicas, que são direcionadas a todos, quando aplicadas aos imigrantes haitianos ou de quaisquer outras nações, devem levar em conta a abordagem dos direitos humanos, vislumbrando o alcance e o respeito à dignidade de todos. A dignidade humana, como atualmente compreendida, “se assenta sobre o pressuposto de que cada ser humano possui um valor intrínseco e desfruta de uma posição especial no universo” (Barroso, 2012, pg. 47). A assertiva ilustra o posicionamento de que assim como os brasileiros são protegidos pelo princípio da dignidade da pessoa humana, também os imigrantes haitianos devem ser tratados com o respeito digno que lhes cabe.

Como bem apontado por Schimanski (2020),

No Brasil, país que tem incorporado, em sua lógica política, uma relação estreita com as imigrações, a crescente imigração tem trazido à tona o debate em torno da temática dos direitos humanos. Sobretudo, quando relacionado às imigrações, emergem questões sociais intrínsecas que levam à exclusão social e a uma retração dos direitos humanos (SCHIMANSKI, 2020, p. 12).

Dentre as questões sociais expressas pelo autor, suscitamos a questão da saúde, eis que elencada no rol dos direitos sociais perante o ordenamento constitucional. Nesse sentido, a crescente demanda em saúde por imigrantes haitianos, em especial nas Unidades Básicas de Saúde dos municípios acolhedores, demonstra a necessidade de qualificar o acolhimento realizado por todos os profissionais.

O acolhimento pode ser entendido como um dispositivo que perpassa os diferentes espaços e momentos do trabalho de um serviço de saúde, não se restringindo, portanto, a um espaço de recepção ou a um componente do fluxograma assistencial. Apresenta-se, principalmente, como uma etapa do processo de trabalho que os serviços de saúde desencadeiam na sua relação com o usuário (Deslandes, 2006). Nesse sentido, poderíamos dizer, genericamente, que o “acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre os trabalhadores de saúde e os usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de várias formas” (BRASIL, p. 19, 2013).

Ventura e Yujra (2019), ao analisar os principais enfoques da saúde dos migrantes e refugiados, dão destaque na ênfase da proteção das pessoas, pois para as autoras,

O enfoque dos direitos humanos considera a saúde como um direito de todos, independentemente da situação migratória (regular ou irregular). Conforme essa abordagem, os Estados têm a obrigação de promover os direitos dos migrantes, inclusive à saúde, sem nenhum tipo de discriminação. Restringir os direitos dos migrantes aumenta sua vulnerabilidade e cria ou amplifica iniquidades relacionadas à saúde, ao passo que reconhecer esses direitos facilita a integração, previne custos sociais e sanitários a longo prazo, e contribui para o desenvolvimento econômico e social do país de acolhida (VENTURA; YUJRA, 2019, p. 37).

Falar em humanização na saúde pode parecer a muitos, no mínimo, paradoxal (CIMINO, 2017, p.15). Afinal, o fato de seres humanos cuidarem de outros seres humanos, trabalhando pela saúde, parece humano o suficiente para que ainda se precise lançar mão de um debate como esse. Em princípio deveria ser, mas não o é. De acordo com Cimino (2017),

Não basta, tendo em vista haver um distanciamento na comunicação entre profissionais e usuários do sistema de saúde e, entre outros aspectos, uma verticalização que não permite interação do corpo clínico, de forma que trabalhem conjuntamente, ouvindo uns aos outros, sendo todos corresponsáveis pelo êxito do tratamento (CIMINO, 2017, p. 15).

É para a consciência da necessidade dessa mudança de atuação verticalizada no cenário profissional e institucional que surge a PNH e suas diretrizes, inseridas no Sistema Único de

Saúde, sugerindo ações e práticas de saúde que repensem a forma de gestão tradicional, especialmente preparando melhor seus gestores.

A humanização pode ser compreendida, sobretudo, pelo aspecto da boa comunicação com o usuário e o ganho de sua confiança, oferecendo-lhe o melhor atendimento, sendo necessário, para isso, demonstrar a segurança que a rede de saúde oferece. Esses fatores definem bem a humanização, pois não há como seguir com equilíbrio sem que haja a corresponsabilidade de todos os trabalhadores do sistema de saúde e, para que isso se efetive, é preciso uma mudança de paradigma na atenção prestada aos usuários e na gestão dos processos de trabalho.

De acordo com Cimino (2017), as diretrizes da PNH oferecem as sugestões para que haja esse entrelaçamento entre os profissionais e o sistema, e entre eles e o usuário, possibilitando até mesmo a criação de outras novas, pois, segundo o autor, para que se alcance o êxito esperado, é pertinente que se possibilite pensar em dispositivos que acompanhem o contexto de cada região. Entre as diretrizes propostas encontram-se a cogestão, a valorização do trabalhador, a clínica ampliada, o fomento das redes, ambiência e o acolhimento.

Por todo o exposto, é saudável pensar que o projeto de humanização vai além da preocupação com a saúde dos pacientes, uma vez que leva em consideração também a do profissional, a comunicação deste com seus pares e com as equipes e o ambiente de trabalho, considerando, sobretudo, a gestão do sistema de saúde como um todo. Ele preserva, portanto, a integridade física e psíquica dos indivíduos nele inseridos.

## 7.1 CONHECENDO AS REDES DE ATENÇÃO EM SAÚDE – RAS

Para atender aos comandos constitucionais, o SUS organiza-se em redes regionalizadas e hierarquizadas em todo do território nacional, com direção única em cada esfera de governo. As RASs (Redes de Atenção à Saúde), de acordo com Mendes, “constituem uma nova forma de organizar o sistema de atenção à saúde em sistemas integrados que permitam responder, com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade, às condições de saúde da população brasileira” (MENDES, 2011, p. 18).

Assim, compreende-se que as RASs “são a organização da atuação da saúde em ações e serviços que atuam em conjunto com diferentes especialidades tecnológicas em prol de um atendimento integral” (BUSATO, 2019, p.76).

De acordo com a Portaria n. 4.279/2010 do Ministério da Saúde, que regulamenta a RAS,

Caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos. (BRASIL, 2010)

Para Mendes (2011), as redes foram formadas para uma melhor administração de poucos recursos e de uma demanda complexa, mas buscam estabelecer padrões nas inter-relações. As RASs, segundo o autor, têm como vantagem a relação custo-benefício, que, em longo prazo, apresenta baixo custo e um grande privilégio: a inter-relação entre os participantes do processo.

Assim sendo, passa a ser dever do Estado, em cada ente da federação, prover acesso à saúde a brasileiros e estrangeiros em todos os níveis de atenção, por meio dos princípios e atribuições do SUS. Para isso, os sistemas de saúde até então vigentes, fragmentários e que não são capazes de ofertar uma atenção contínua, longitudinal e integral (MENDES, 2011, p.33), devem ser substituídos pelas RASs, sistemas integrados, que se propõem a prestar uma atenção à saúde no lugar certo, no tempo certo, com qualidade certa, com o custo certo e com responsabilização sanitária e econômica por uma população adstrita. Nos dizeres de Peruhybe, Steffens e Yurja (2022), “é necessário um olhar mais atento para cada território em sua singularidade, pois é nele que se manifestam os determinantes sociais da saúde e que atuam os serviços de APS sob uma perspectiva descentralizada, capilarizada, como coordenadora do cuidado e ordenadora da RAS” (PERUHYBE; STEFFENS; YURJA, p. 50, 2022).

De acordo com Busato (2019), o debate sobre a atenção primária à saúde surge após a Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, em setembro de 1978, na cidade de Alma-Ata, antiga União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS). Na declaração de Alma-Ata consta que

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e metodologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. **Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde**, pelo qual os cuidados de saúde são

levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência (OMS, 1978, citado por BUSATO, 2019, p. 63) Grifos nossos.

A atenção básica trabalha com uma ampla lista de procedimentos que não requerem grandes e complexos investimentos financeiros e tem o intuito de abranger o atendimento à saúde, fazendo jus ao princípio da universalidade, por isso é considerada como o nível de saúde mais próximo do usuário. Essas unidades atuam com a demanda espontânea, mas buscam principalmente, trabalhar com a promoção da saúde. Para isso, elas têm como prioridade estabelecer um vínculo entre profissionais e usuários. As equipes de saúde da atenção básica, seus trabalhadores, “têm que estar abertos para perceber as peculiaridades de cada situação que se apresenta, buscando agenciar os tipos de recursos e tecnologias (leves, leve-duras e duras) que ajudem a: aliviar o sofrimento, melhorar e prolongar a vida, evitar ou reduzir danos, (re)construir a autonomia, melhorar as condições de vida, favorecer a criação de vínculos positivos, diminuir o isolamento e abandono”. (BRASIL, 2013, p. 15).

A Atenção Primária à Saúde “é uma estratégia de organização e reorganização dos sistemas de saúde, nos quais representa o primeiro nível de atenção, e também um modelo de mudança da prática clínico-assistencial dos profissionais da saúde” (BRASIL, MS, Grupo Hospitalar Conceição, 2021, p. 18). Orienta-se por eixos estruturantes que, na literatura internacional, recebem o nome de atributos essenciais: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação; e atributos derivados: orientação familiar e comunitária e competência cultural.

A APS constitui-se como a principal porta de entrada do usuário na Rede de Atenção à Saúde (RAS) do Sistema Único de Saúde (SUS) e está organizada a partir dos princípios da universalidade, equidade e integralidade e tem como diretrizes a longitudinalidade do cuidado, resolutividade, cuidado centrado na pessoa, coordenação do cuidado, territorialização, a população adstrita, regionalização e hierarquização, ordenação da rede, participação da comunidade (BRASIL, MS, 2017).

Dentre esses princípios e diretrizes, destacam-se como norteadores do acolhimento e cuidado da saúde dos imigrantes, os da universalidade, integralidade, equidade e resolutividade, além do atributo da competência cultural. Nessa perspectiva, destacamos o caráter estruturante e estratégico que a Atenção Básica (ou Atenção Primária em Saúde) pode e deve ter na

constituição das redes de atenção à saúde, “na medida em que (a atenção básica) se caracteriza pela grande proximidade ao cotidiano da vida das pessoas e coletivos em seus territórios, pois as unidades básicas são o tipo de serviço de saúde com maior grau de descentralização e capilaridade” (BRASIL, 2013, p. 14).

Para que o acesso seja adequado, urge repensar a Atenção Primária à Saúde (APS), cujo objetivo é organizar os serviços de saúde para resolver satisfatoriamente as necessidades de saúde de uma determinada população. A população, primeiro elemento constitutivo das RASs, é vista como elemento essencial e a razão de ser das RASs e, por esta razão discute-se a atenção à saúde baseada na população (MENDES, 2011, p.89).

Busato e outros (2019), defendem que o grande desafio do SUS é a tomada de decisão na luta para a eficiência dos serviços diante de uma necessidade populacional. Deve-se buscar estruturar o sistema de tal forma que alcance o avanço tecnológico, mas, acima de tudo, atue tecnicamente na resolução de problemas que podem determinar situações de riscos e de danos à saúde da população.

O modelo assistencial designa a maneira como a saúde é organizada em uma sociedade (BUSATO, 2019, p.65). A elaboração de um modelo assistencial de saúde deve considerar a cultura popular, além das questões socioeconômicas e políticas vivenciadas no momento. Esses fatores influenciam não apenas a formulação do modelo assistencial, mas também sua manutenção.

Nesse sentido, a APS passa a ser a porta de entrada ao sistema de saúde, tendo a capacidade de responder a maior parte das necessidades em saúde, por meio de serviços preventivos, curativos, reabilitadores e de promoção da saúde. Além de ser uma das principais portas de entrada do sistema de saúde, “a atenção básica tem que se constituir numa ‘porta aberta’ capaz de dar respostas ‘positivas’ aos usuários, não podendo se tornar simplesmente um lugar burocrático e obrigatório de passagem para outros tipos de serviços” (Brasil, 2013, pg. 14).

Ramos (2008), esclarece que

A saúde e a doença correspondem a um processo complexo e dinâmico a compreender na globalidade de um indivíduo, nas suas relações com os diferentes contextos em que está inserido (contexto ecológico-cultural, sócio econômico, familiar, político) nos seus comportamentos e crenças sobre a saúde, a doença e as modalidades terapêuticas, na acessibilidade aos serviços de saúde e no projeto político vigente na sociedade (RAMOS, 2008, p. 51).

Na visão da autora, a crescente diversidade e interculturalidade que se verifica, especialmente no campo da saúde, tem conduzido os órgãos responsáveis pelas redes de atenção à reformulação nas estratégias e políticas sociais e de saúde, com o objetivo de melhorar a qualidade e o acesso aos serviços de saúde dos grupos minoritários e majoritários. Para ela, quaisquer se sejam as particularidades dos contextos sociais e culturais, as concepções de saúde e doença e as modalidades de intervenção,

Alguns princípios éticos deverão estar presentes, tais como: a saúde é um direito de todos; todos os indivíduos têm um valor equivalente e deverão ser respeitados nas suas diferenças; o utente, nacional ou migrante, é um cidadão que não deverá ser discriminado, seja qual for a sua origem social ou étnica, a natureza de sua doença, a sua esperança de vida, a sua situação legal (RAMOS, 2008, p. 51).

É importante destacar que,

“A despeito de a atenção básica não ser capaz de oferecer atenção integral, isoladamente, em todas as situações, ela pode dar conta de grande parte dos problemas e necessidades de saúde das pessoas e grupos populacionais, articulando diversos tipos de tecnologias, desde que tenha (ou construa) disposição e capacidade de identificar/compreender as variadas demandas/problemas/necessidades de saúde e de intervir nessas situações de forma resolutiva e abrangente” (BRASIL, 2013, p. 14).

Como se observa, destaca-se a importância de discutir as questões que permeiam as migrações relacionadas aos Direitos Humanos, pois configuram a humanização em meio à situações que são muitas vezes desumanas.

A população imigrante não possui as mesmas trajetórias que a população brasileira em relação aos serviços de saúde, destacando-se a ausência de conhecimento do funcionamento do SUS, de seus serviços e ações (LANZA *et al.*, 2018, p.156). Desse modo, nos atendimentos a essa população, deve-se criar estratégias que considerem as diferenças e a diversidade entre sujeitos, suas condições de vida e de saúde.

São essas, entre outras questões que nos permitem pensar as migrações em um contexto que propicie a construção de uma identidade com o local, que edifique novos laços sociais e culturais que o permita reconhecer-se dentro de um projeto de construção da cidadania.

## 7.2 ACOLHIMENTO: UMA ESTRATÉGIA DE APLICAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NO SUS.

As diretrizes da Política Nacional de Humanização estão especificadas de acordo com o nível de atenção, quais sejam: diretrizes na atenção básica, na urgência e emergência, na atenção especializada e na atenção hospitalar.

Como o presente capítulo dedica-se à análise da Política Nacional de Humanização no que concerne à atenção básica, eis que o acolhimento ao imigrante haitiano se dá em nível de Unidades Básicas de Saúde, que são a porta de entrada para o sistema, não serão analisados os demais níveis de atenção presentes nas diretrizes acima mencionadas.

De acordo com a PNH (Brasil, 2004), cabe à Atenção Básica elaborar projetos de saúde individuais e coletivos para usuários e sua rede social, considerando as políticas intersetoriais e as necessidades de saúde.

Como se depreende da primeira diretriz, para que a humanização em saúde contemple não apenas os nacionais, mas também os usuários imigrantes haitianos, toda a Rede de Atenção em Saúde dos municípios brasileiros deve prever protocolos de atendimento voltados a essa população.

Tal recomendação diretiva decorre do fato de que suas necessidades individuais ou até mesmo coletivas, devido à sua condição de imigrantes, devem prever as particularidades que usualmente se apresentam quando do acesso ao serviço de saúde: linguagem diferenciada, acesso à comunicação efetiva, documentos necessários para a correta identificação e cadastro, doenças pré-existentes, respeito à cultura e seus modos de ser e de viver, crenças, entre outros.

Segundo Tôndolo e Jesus (2019), a comunicação é uma das principais fragilidades identificadas no processo de vinculação do imigrante à equipe e/ou unidade de saúde. Na APS, experiências apontam que essa barreira atua de forma que a utilização desses serviços, pelos usuários haitianos, é restrita, revelando desconhecimento dos usuários sobre as ações que a UBS oferta e, nessas situações, prejudicam a efetivação do princípio da integralidade.

Com relação à diretriz que prevê o incentivo às práticas promocionais de saúde (Brasil, 2004), há que se ponderar que grande parte das campanhas de saúde voltadas à população local não tem o condão de atingir populações específicas, como é o caso dos imigrantes, pois são

produzidas e voltadas a toda a população. Aqui, podemos nos deparar com o risco de ferir o princípio da igualdade e da integralidade, normas basilares da construção do SUS.

A igualdade no sentido de que por serem desiguais, por diversas questões já esplanadas na tese, os imigrantes precisam de um tratamento desigual, que leve em consideração suas reais necessidades. Para a promoção da saúde a Rede de Atenção deverá prever meios eficientes que atinjam esse segmento da população. Ademais, a integralidade da assistência torna-se fragmentada na medida em que não são levadas em conta as reais necessidades da população.

Estabelecer formas de acolhimento e inclusão do usuário que promovam a otimização dos serviços, o fim das filas, a hierarquização de riscos e o acesso aos demais níveis do sistema é a terceira diretriz da PNH.

O acolhimento pode ser entendido como um dispositivo que perpassa os diferentes espaços e momentos do trabalho de um serviço de saúde, não se restringindo, portanto, a um espaço de recepção ou a um componente do fluxograma assistencial (Deslandes, 2006). Apresenta-se, principalmente, como uma etapa do processo de trabalho que os serviços de saúde desencadeiam na sua relação com o usuário.

De acordo com os preceitos do Ministério da Saúde sobre o tema, existem várias definições de acolhimento, tanto nos dicionários quanto em setores como a saúde. A existência de várias definições revela os múltiplos sentidos e significados atribuídos a esse termo, de maneira legítima, como pretensões de verdade. De acordo com Brasil (2013),

O mais importante não é a busca pela definição correta ou verdadeira de acolhimento, mas a clareza e explicitação da noção de acolhimento que é adotada ou assumida situacionalmente por atores concretos, revelando perspectivas e intencionalidades. Nesse sentido, poderíamos dizer, genericamente, que o acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas (“há acolhimentos e acolhimentos”). Em outras palavras, ele não é, a priori, algo bom ou ruim, mas sim uma prática constitutiva das relações de cuidado. Sendo assim, em vez (ou além) de perguntar se, em determinado serviço, há ou não acolhimento, talvez seja mais apropriado analisar como ele se dá. O acolhimento se revela menos no discurso sobre ele do que nas práticas concretas. (BRASIL, 2013, p. 19).

Nesse sentido, o acolhimento e a inclusão dos imigrantes haitianos na porta de entrada do SUS é atitude que deve ser adequadamente prevista por meio de protocolos específicos nas unidades básicas de saúde, que sejam pensados em rede, com a participação dos diversos

segmentos sociais e, inclusive, a participação do imigrante, como forma de privilegiar a participação social e a escuta qualificada de suas necessidades.

Por fim, a quarta diretriz prevista na PNH para a atenção básica, prevê o comprometimento com o trabalho em equipe, visando aumentar o grau de corresponsabilidade, e com a rede de apoio profissional, visando a maior eficácia na atenção em saúde.

O propósito que se percebe nessa diretriz é o de atingir um público de diversas categorias profissionais, que atuam ou pretendem atuar em diferentes espaços de atenção à saúde e da gestão do SUS, contribuindo para a qualificação de todos os trabalhadores da saúde, especialmente no que diz respeito ao enfrentamento de barreiras específicas dos migrantes e refugiados no acesso à saúde. Nos dizeres de Ventura e Yujra (2019), uma das formas de enfrentar essas barreiras é sanar o déficit de formação e informação sobre a saúde de migrantes e refugiados.

Segundo Deslandes (2006), há uma evidente superposição e uma estreita relação entre os conceitos de humanização, acolhimento e vínculo. Para a autora, a humanização é uma estratégia política e gerencial mais abrangente, que contém as possibilidades do acolhimento e do vínculo, como dispositivos práticos ligados às formas imediatas de cuidado social e individual.

Para nós, o conceito de vínculo, caracterizado em sua dimensão coletiva, contém o acolhimento como potencial, quando articulado à ideia de uma população adscrita ou vinculada a uma determinada equipe profissional, com um sentido de território. Essa possibilidade de um território populacional estar ligado organicamente a uma equipe contribui para um sentido de permanência, de constância, de regularidade e de confiança que fortalece a noção de vínculo intersubjetivo, a qual abrange a ideia de acolhimento. É importante salientar aqui a ideia de uma relação intersubjetiva sedimentada na confiança, para além da ideia de território (DESLANDES, 2006, p. 207).

Na sequência, a autora acima apontada traz uma compreensão interessante sobre o acolhimento baseada em sua percepção como uma rede de conversações.

O acolhimento seria um complexo acolhimento-diálogo verificado no interior do cuidado. O primeiro termo corresponde à disposição de promover uma escuta atenta e de acolher uma demanda de atendimento como direito moral, e o segundo refere-se à conversação envolvida na identificação e priorização de necessidades. O atendimento a essas necessidades pode se dar por meio de alternativas de intervenção tecnológica, subjetiva e social. O pressuposto de que a base do trabalho inerente à prestação de serviços médicos é a conversa apoia essa percepção de acolhimento. (DESLANDES, 2006, p. 207).

Segundo Cimino (2017), o acolhimento vai além de bem receber o paciente que já se encontra em um estado fragilizado. Para o autor,

Acolhimento traduz-se, sobretudo no conhecimento que o profissional busca quanto ao universo em que esteja inserido o usuário. Relaciona-se a todo o contexto que o formou no passado e que o influencia no presente. Refere-se ao padrão cultural em que ele reconhece sua individualidade, o meio social que transita, convive e dele extrai seus anseios. É a diversidade que o caracteriza como pessoa, por seu convívio familiar. (CIMINO, 2017, p. 81).

Acolhimento é, por tudo isso, “a atitude pela qual o profissional ouve o que o paciente tenha a dizer, e respeitando todas as premissas anteriormente colhidas em momento singular, o acolhe de forma mais adequada, como convém a um paciente já fragilizado, encaminhando-o para a especialidade que se apresente” (CIMINO, 2017, p. 81)

No contexto do imigrante haitiano, é preciso entender que acolhimento não é um paciente em uma ficha médica, mas a importância que este recebe como pessoa, sendo conhecida por todo o contexto que a caracterize. Atitudes como estas despertam um nível de atenção no paciente que somente é conquistado mediante essa segurança, sendo possível estabelecer e dar continuidade a uma linha de tratamento adequada. É de suma importância que haja o engajamento do paciente. Há uma corresponsabilidade de todos os envolvidos.

Desta feita, será preponderante em sua situação de saúde a existência e a acessibilidade a serviços de saúde efetivamente preparados para atender migrantes e refugiados. A urgente necessidade de se qualificar o acolhimento aos imigrantes junto aos serviços de saúde ampara-se na prevenção de possíveis situações de sofrimento e dificuldade de acesso aos serviços por parte dessa população vulnerável.

Como se pode observar, o acolhimento é formado a partir de um contexto em que todos os trabalhadores da saúde, em conjunto ao usuário e seus familiares, possam programar a implantação dessa diretriz com eficiência, tornando eficazes os resultados mediante discussões incansáveis, tanto quanto sejam necessárias para se alcançar o desiderato esperado, e também por planejamentos coerentes que delas venham a surgir, ocasionando práticas as mais diversas possíveis.

De acordo com Brasil (2013),

A atenção básica, para ser resolutiva, deve ter tanto capacidade ampliada de escuta (e análise) quanto um repertório, um escopo ampliado de ofertas para lidar com a complexidade de sofrimentos, adoecimentos, demandas e necessidades de saúde às quais as equipes estão constantemente expostas. Paradoxalmente, aqui reside o desafio e a beleza do trabalho na atenção básica e, ao mesmo tempo, algumas chaves para sua efetivação e legitimação na sociedade. Neste contexto, o “acolhimento” é um dos temas que se apresentam com alta relevância e centralidade (BRASIL, 2013, p. 15).

Como expressa Cimino, “acolhimento é a palavra de ordem na humanização da saúde” (CIMINO, 2017, p. 93). De fato, se tomarmos por base as diretrizes e dispositivos que formam e sustentam a PNH, que possuem uma só razão de existência, qual seja, o acolhimento do paciente, observaremos que através do acolhimento correto se contribui para que o usuário compreenda a necessidade de uma adesão completa ao tratamento proposto em busca da cura para a doença, mas, sobretudo, proporciona que a comunicação que conscientiza o usuário da nova direção pela qual se tem trabalhado para mudar o entendimento de saúde no país.

Busca-se, nesse subcapítulo, apresentar informações para melhor preparar os profissionais de saúde para um atendimento voltado às necessidades das populações de imigrantes haitianos e dentro dos moldes previstos na PNH, sem esgotar as possibilidades de temas e situações. O objetivo foi contribuir para problematizar junto aos profissionais às suas práticas de acolhimento para que eles ofereçam uma escuta atenta e interessada e atuem de forma a combater estereótipos sobre nacionalidades, grupos étnicos, gênero, grupos etários, religiosos, etc. Afinal, como bem lembrado por PERUHYBE; STEFFENS; YURJA (2022), basta ser humano para compreender que um atendimento sensível gera acolhimento, segurança e conforto!

## 8. PERFIL DOS ENTREVISTADOS E ANÁLISE DOS RESULTADOS.

**Tabela 1: Especificações dos entrevistados**

Entrevistado	Idade	Gênero	Atuação	Nível de formação	Tempo de atuação na área	Tempo de atuação no município
1	40/49 anos	Feminino	Assistência e gestão	Especialização	+ 15 anos	7 a
2	40/49 anos	Feminino	Assistência e gestão	Especialização	11/15 anos	7 a
3	40/49 anos	Feminino	Assistência e gestão	Especialização	11/15 anos	12 a
4	40/49 anos	Feminino	Assistência	Especialização	6/10 anos	8 a
5	40/49 anos	Feminino	Assistência	Especialização	+ 15 anos	- 1 a
6	30/39 anos	Feminino	Assistência	Especialização	6/10 anos	- 1 a
7	40/49 anos	Feminino	Assistência e gestão	Mestrado	+ 15 anos	15 a
8	40/49 anos	Feminino	Assistência e gestão	Especialização	11/15 anos	9 a
9	30/39 anos	Feminino	Assistência e gestão	Especialização	11/15 anos	11 a
10	18/29 anos	Feminino	Assistência	Especialização	3/5 anos	1 a
11	40/49 anos	Feminino	Assistência e gestão	Especialização	+ 15 anos	8 a
12	30/39 anos	Feminino	Assistência e gestão	Especialização	+ 15 anos	15 a
13	40/49 anos	Feminino	Assistência e gestão	Especialização	11/15 anos	8 a
14	18/29 anos	Feminino	Assistência	Especialização	3/5 anos	1 a

**Fonte: Pesquisa de campo 2024 – elaborada pelo autor**

O público de enfermeiros é formado por mulheres em sua totalidade. Fato que, embora não seja a regra, é característica histórica da profissão ser constituída por sua grande maioria pessoas do sexo feminino.

A faixa etária das entrevistadas é variável, mas prepondera a margem de 40/49 anos. Já com relação à escolarização, 13 entrevistadas (92,8%) possuem pós-graduação na área

(especialização *lato sensu*) e 1 entrevistada (7,2%) possui especialização em nível de mestrado (especialização *stricto sensu*).

Das 14 entrevistadas, 5 (35,7%) desempenham unicamente a função assistencial, ao passo que 9 delas (64,3%) acumulam assistência e a gerência da UBS. Não há enfermeiras exclusivamente gerenciais, ou seja, todas, de uma forma ou outra, atendem imigrantes haitianos.

Sobre a experiência profissional, a grande maioria 10 (71,4%) das entrevistadas atua há mais de 11 anos na área, com poucas entrevistadas recém-formadas (14,3% %). Já em relação ao tempo de atuação nas UBS do município, 10 entrevistadas estão há mais de 7 anos no desempenho de suas funções (70%), ao passo que apenas 4 enfermeiras (30%) atuam entre menos de 1 a 2 anos. Portanto, a grande maioria goza de vasta experiência na Atenção Primária em Saúde.

As perguntas específicas da temática acerca ao acolhimento/atendimento ao imigrante haitiano foram as seguintes:

1. A UBS em que você trabalha atende ou já atendeu imigrantes haitianos?
2. A UBS possui fluxos pré-definidos de acolhimento aos usuários em geral?
3. A UBS possui fluxo de atendimento específico para imigrantes haitianos?
4. A sua equipe relata alguma dificuldade no acolhimento e/ou atendimento ao imigrante haitiano? Se sim, qual (ais)?
5. O imigrante haitiano atendido na UBS relata algum tipo de dificuldade durante o atendimento? Se sim, qual (ais)?
6. Qual ou quais as maiores dificuldades que você enquanto enfermeiro da UBS percebe ou vivencia no seu dia a dia no que diz respeito ao atendimento de imigrantes haitianos?
7. Na sua opinião, as formas de acolhimento direcionadas ao imigrante haitiano atendem ao preconizado pela Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS?

A partir das questões norteadoras da entrevista, foi possível elencar importantes e sérios aspectos que dificultam o atendimento desses usuários, os quais optamos em denominar como sendo “Barreiras”, que impedem ou dificultam a atenção integral e humanizada aos imigrantes haitianos, e também porque esse termo tem sido comumente utilizado na literatura consultada.

Emergiram ao todo seis aspectos relevantes na análise das falas das profissionais, as quais foram agrupadas de acordo com a frequência de aparecimento e relevância no que toca especificamente as questões de acolhimento aos imigrantes haitianos.

Dos temas que surgiram, podemos mencionar: 1. Dificuldades com o idioma dos usuários haitianos; 2. Desconhecimento dos aspectos culturais dessa população; 3. Despreparo da equipe para atender esse público; 4. Vulnerabilidade econômico social; 5. Falta de documentação e conhecimento dos fluxos da rede de saúde local; 6. Preconceito institucional; 7. Desconhecimento da Política Nacional de Humanização do SUS.

A análise da questão 01, permite concluir que 100% das UBS do município atendem ou já atenderam imigrantes haitianos, ou seja, essa é uma realidade que está presente em todo o território de abrangência do município e que, portanto, afeta a todos os entrevistados e suas respectivas equipes de saúde.

Da mesma forma, a questão 02 demonstrou também que 100% das UBS possuem fluxos pré-definidos de acolhimento aos usuários em geral. No entanto, no que diz respeito à existência de fluxos específicos para acolhimento dos imigrantes haitianos nenhuma UBS (0%) possui.

Essa é uma questão que gera preocupação e merece especial atenção nesta investigação, tendo em vista o extenso referencial teórico que demonstrou a necessidade de atenção diferenciada (princípio da equidade) para os imigrantes haitianos, levando-se em conta as peculiaridades e vulnerabilidades marcantes dessa população.

No que se referiu às dificuldades apontadas pela equipe de saúde sobre o acolhimento e atendimento ao imigrante haitiano (questão 04), 93% apontaram que de fato a equipe tem dificuldades com esse público. Apenas uma UBS (7%) referiu não ter dificuldades na equipe. O dado corrobora a necessidade de adequação e implementação de políticas de acolhimento para esses imigrantes, reforçada pela questão anteriormente levantada, qual seja, a ausência de fluxos específicos para acolhimento e atendimento.

Já, a respeito de eventual dificuldade apontada pelo usuário imigrante haitiano durante o seu atendimento (questão 05), metade das entrevistadas (50%) negou quaisquer tipos de dificuldades relatadas pelos imigrantes, ao passo que a outra metade pontuou como principal dificuldade a questão da comunicação (idioma) e conseqüentemente o entendimento/compreensão das orientações repassadas pela equipe.

É possível observar que, como apontado no referencial teórico, muitos usuários não costumam reclamar do serviço prestado, mesmo que tenham dificuldades, eis que consideram o atendimento superior ao que tinham em seu país de origem. Ademais, eventuais dificuldades ou reclamações podem ser vistas pelo imigrante como margem para acentuar o estigma e a discriminação por parte das instituições. Além disso, é preciso ter em mente que a própria dificuldade comunicacional é um impeditivo, um limitador para eventuais queixas por parte dos pacientes.

São destaques da questão 06 as maiores dificuldades que o próprio entrevistado percebia ou vivenciava no seu dia a dia no que diz respeito ao atendimento aos imigrantes haitianos.

Dessas falas surgiram os principais pontos de categorização e análise. Foram eles em sua totalidade (100%) o idioma dos imigrantes haitianos (*creoule* ou francês), aspectos culturais desses usuários (70%), despreparo da equipe para atender/acolher (70%), e em menor menção as questões concernentes à vulnerabilidade econômica e social desse público (40%), falta de documentação e conhecimento dos fluxos da rede de saúde local (14%) e preconceito institucional (14%).

Por fim, questionadas se as formas de acolhimento direcionadas aos imigrantes haitianos atendem ao que é preconizado pela Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS, 4 entrevistadas (28,6%) que acreditavam que sim, que o acolhimento direcionado está dentro das diretrizes da PNH. Porém, a grande maioria – 8 entrevistadas (57,2%), percebia que o acolhimento prestado não atendia à PNH e 2 (14,2%) não souberam responder.

Uma das entrevistadas, embora não soubesse responder, manifestou sua opinião no sentido da possível solução para melhorar ou minimizar as barreiras encontradas, pois, segundo ela, “*montar um protocolo direcionado aos imigrantes, um trabalho com a equipe de saúde, para que possam ter uma melhor comunicação seria o ideal*” (Enf. 13, 2024). (Sublinhados nossos).

Na visão de outra entrevistada, foi semelhante o pensamento, no sentido da necessidade de pensar estratégias para melhorar o acolhimento, pois de acordo com suas palavras, “*Acredito que ainda falta manejo adequado [...]. Precisamos evoluir nesse acolhimento*” (Enf. 11, 2024). Sublinhamos. Percebemos que isso é um aspecto positivo da pesquisa, eis que a temática mexeu com o pensamento da entrevistada.

Como se observou, de fato, a grande maioria das entrevistadas tinha consciência de que as atuais formas de acolhimento direcionadas aos imigrantes haitianos não atendiam à PNH, o que, pelo teor das respostas, duas situações preocupantes se destacaram: ou a entrevistada não conhecia a política pública de Humanização em Saúde, ou tinha uma falsa percepção do que é o atendimento humanizado, confundindo-o com questões puramente humanitárias, de compaixão, de amor ao próximo, de atender bem, de atender a todos sem distinções. Não que isso seja uma percepção ruim, mas em análise técnica está aquém do que preconiza a PNH.

Uma das entrevistadas entendia que a política de humanização era aplicada aos imigrantes haitianos, pois segundo ela: *“sim, os imigrantes são acolhidos de acordo com as diretrizes. Independente das dificuldades encontradas, são atendidos como um todo, priorizando necessidades conforme avaliação de risco, assim como é feito com os cidadãos brasileiros”* (Enf. 3, 2024) – Sublinhamos.

Já, para outra entrevistada, a questão sobre política de humanização aplicada ao usuário haitiano, obteve a seguinte resposta: *“sim, pois abrange os princípios legais do SUS, que não discrimina esses usuários”* (Enf. 1, 2024) – (Sublinhado pelo autor da tese).

Nesse ponto, é necessário ponderar que nem sempre tratar os desiguais da mesma forma que os demais usuários é garantia de humanização, ao contrário, pode ensejar a prática de violação ao princípio da equidade, nos moldes percorridos no referencial teórico, segundo o que, de acordo com a majoritária doutrina, o tratamento desigual aos desiguais realmente é a efetivação do princípio da igualdade, previsto na norma constitucional brasileira.

Essa questão perpassa pela lógica de que, em geral, a sociedade como um todo entende que as iniciativas de humanização se apresentam, em geral, de modo vago e associadas a atitudes humanitárias, de caráter filantrópico, desempenhadas por uma rede de voluntários, com a simples conotação de bondade e um favor ao cidadão, não um direito.

Ademais, pensar que a pura e simples aplicação dos princípios legais do SUS é suficiente para responder às diretrizes da Política Nacional de Humanização é no mínimo uma forma fácil de solucionar um problema que vai muito além de não discriminar esses usuários.

Por outro lado, é preciso relativizar a menção apontada pela entrevistada, tendo em vista que a maioria dos trabalhadores da saúde não tem tido momentos de formação para compreender e aprofundar estas questões.

## 8.1 CATEGORIZAÇÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS

### 8.1.1 Comunicação: a primeira barreira no acolhimento e atendimento ao usuário haitiano

Esta categoria emergiu de todas as falas apresentadas nas 14 entrevistas, dado relevante e ao mesmo tempo preocupante no que diz respeito à temática da prestação de serviços em saúde para os haitianos. O idioma foi citado como o primeiro obstáculo a ser superado pelos imigrantes haitianos e profissionais de saúde nos atendimentos. Os imigrantes haitianos são os “novos usuários” dos serviços de saúde de Medianeira/PR, revelando um cenário de dificuldades de comunicação com os trabalhadores e profissionais dessa área.

No que concerne à análise das entrevistas aplicadas às enfermeiras das UBSs do município, ficou evidenciado, na totalidade das respostas, que o idioma era uma barreira no acolhimento e na prestação do serviço como um todo em relação à dificuldade dos profissionais ao atender os pacientes imigrantes haitianos. Tal situação evidencia que essa barreira comprometia a assistência, podendo gerar baixos índices de adesão ao tratamento, desestímulo ao imigrante em buscar a unidade de saúde, riscos inerentes ao uso errado do tratamento prescrito e outros fatores que derivam das falhas de comunicação.

Consideramos barreira como um limite ou obstáculo que uma pessoa encontra, impedindo-a de chegar onde quer ou ter o que precisa. No entanto, de acordo com Mota e Marinho (2014),

Algumas barreiras podem se aplicar a todos, enquanto outras se restringem a algumas pessoas. Populações de imigrantes e refugiados têm algumas características particulares (uma língua diferente, por exemplo) que podem causar barreiras ao cuidado, não experimentadas por outros cidadãos. [...] é importante lembrar que devemos evitar generalizações, uma vez que as pessoas são diferentes entre si, as culturas de onde vêm são diversas e cada país que recebe o imigrante também tem suas próprias características. Devemos então, avaliar os contextos e situações específicos antes de tomar as barreiras como regra (MOTA; MARINHO, 2014, p. 176).

Importante considerar que o não conhecimento do idioma nativo do país de destino “é uma importante barreira à integração ou mesmo à sobrevivência” (DUTRA, 2016, p. 228). As dificuldades do processo de comunicação se evidenciaram quando os pacientes haitianos procuravam os serviços de saúde e nem sempre conseguiam externar os motivos pelos quais

buscavam a UBS. Ou, o que é ainda mais perigoso, não conseguiam entender as orientações, condutas e tratamento que a equipe planejava, comprometendo a qualidade e resolutividade da assistência e do próprio serviço.

De acordo com uma das entrevistadas,

*“Uma das principais situações no atendimento/acolhimento é a dificuldade de comunicação devido ao idioma, tanto por parte dos profissionais quanto dos pacientes, o que dificulta as orientações desde a recepção, acolhimento, consulta médica, procedimentos de enfermagem, odontologia” (Enf. 8, 2024).*

Ficou constatada a dificuldade de comunicação e a vulnerabilidade dos profissionais em atender adequadamente os imigrantes haitianos em função da barreira da língua falada no Haiti, quer sejam o francês ou o crioulo. Nesse contexto, essa dificuldade fragilizava o trabalho, dificultava o atendimento e o diagnóstico das necessidades de saúde desses usuários, além de dar margem à responsabilização ética e judicial contra trabalhadores e profissionais de saúde.

Durante as entrevistas, perceberam-se situações de dificuldade da população haitiana no que diz respeito a compreender como são os fluxos e as rotinas da unidade. Essas situações geravam desconforto e insegurança aos usuários assim como na equipe de assistência envolvida. Transcrevemos, nesse contexto, as seguintes falas:

*“Eu acredito que o idioma é o principal problema para a equipe. Os haitianos que estão há pouco tempo no Brasil não falam nada em português, precisam de alguém que já esteja há mais tempo para ajudar na comunicação” (Enf. 3, 2024).*

*“Dificuldade com a língua. Apresentam dificuldade no entendimento da língua portuguesa” (Enf. 2, 2024).*

*“Com relação ao idioma, dificuldade de entendimento, dificuldade de definir diagnóstico pela anamnese prejudicada pelo idioma” (Enf. 11, 2024).*

*“A maior dificuldade é com o idioma, de desenvolver um diálogo, de conseguir realizar uma orientação, mesmo que for algo simples” (Enf. 9, 2024).*

*“Eu acredito que é a falta de compreensão mútua: paciente versus profissional, dificultando a comunicação” (Enf. 5, 2024).*

*“Ausência de acompanhantes, algum conhecido brasileiro que possa intervir na interpretação” (Enf. 4, 2024).*

As falas transcritas evidenciaram uma das dificuldades vividas no dia a dia dos profissionais de saúde no atendimento aos imigrantes haitianos. O desconhecimento do idioma comprometia a comunicação e, conseqüentemente, a assistência integral. No entanto, é preciso ponderar que tal situação não pode impedir o acesso ao tratamento, embora o dificulte. Diante disso, é perceptível que os profissionais careciam de formação para compreender e aprofundar essas questões, subsidiando suas práticas frente a esses usuários especificamente.

Ventura e Yujra (2019) preceituam que o idioma é uma das primeiras barreiras a ser identificada tanto pelo usuário quanto pelo trabalhador durante um atendimento intercultural, pois segundo as autoras,

A comunicação, quando o usuário ainda não domina o idioma local e quando o trabalhador desconhece totalmente outros idiomas, dificulta e limita um atendimento de saúde, seja este programado e de acompanhamento, seja pontual, como é o caso de um acolhimento ou atendimento emergencial. Entretanto, em nenhuma circunstância esta barreira pode se tornar um impedimento do fazer saúde (VENTURA, YUJRA, 2019, p. 67)

De fato, segundo algumas respostas das entrevistadas, embora ocorra essa dificuldade comunicacional, ela não é necessariamente um impedimento para o atendimento ao imigrante haitiano, apesar dos sabidos riscos de erros comunicacionais que possam comprometer a assistência. Colacionamos alguns depoimentos que convergem para essa problemática e as possíveis soluções apontadas:

*“As mulheres geralmente não falam nada em português. Os homens que já estão há mais tempo acabam acompanhando as consultas para traduzir, mas mesmo assim é uma situação que nem sempre esclarece bem as queixas do problema de saúde que ela apresenta” (Enf. 6, 2024).*

*“Quando não consigo entender peço ajuda ao ‘pai Google’” (Enf. 3, 2024).*

*“A maior parte do tempo a gente faz gestos e aponta lugares do corpo para saber onde dói ou onde está o problema” (Enf. 5, 2024).*

*“Quando ninguém da equipe consegue resolver o problema, pedimos para o paciente escrever em uma folha de papel ou para desenhar, às vezes ajuda” (Enf. 1, 2024).*

*“Eu costumo falar bem devagar e mostrar partes do corpo, fazer mímicas e gestos que ajudam. Mas mesmo assim sinto que nem sempre consigo resolver o problema do paciente. É frustrante” (Enf. 9, 2024).*

*“Temos um médico na unidade que não atende sem alguém da equipe que possa ajudá-lo a entender o paciente. Sempre chama para ajudar a traduzir e explicar o que precisa ser feito” (Enf. 7, 2024).*

Dos relatos acima apontados, podemos perceber que as profissionais utilizavam recursos não verbais para minimizar o problema da comunicação. Como mencionados nas entrevistas, gestos, mímicas, desenhos e sites de tradução eram ferramentas largamente utilizadas para auxiliar no processo comunicacional. Percebeu-se que essa era uma prática solidária de compreender o problema e tentar amenizá-lo.

Nesse viés, podemos nos apropriar das considerações de Hall (2016), ao estabelecer que essas diferentes formas de produção e transmissão da linguagem operam por meio de representação. Segundo o autor, elas são sistemas de representação:

Essencialmente, podemos afirmar que essas práticas funcionam “como se fossem línguas” não porque elas são escritas ou faladas (elas não são), mas sim porque todas se utilizam de algum componente para representar ou dar sentido àquilo que queremos dizer e parar expressar ou transmitir um pensamento, um conceito, uma ideia, um sentimento. [...] Eles constroem significados e os transmitem (HALL, 2016, p. 24).

Coriolano-Marinus e demais autores (2014) preceituam que a comunicação, seja ela verbal ou não verbal, é um espaço fundamental no cuidado à saúde,

É por meio dela que o paciente poderá ser informado das diversas etapas de tratamento, poderá esclarecer dúvidas, relatar dificuldades e anseios, criar vínculos de confiança e responsabilidades, entre inúmeras características dessa interação, que pode ser benéfica ou não para o serviço e para o usuário. Porém, uma comunicação só será adequada quando os profissionais estiverem capacitados adequadamente para a interação com diversas comunidades (CORIOLANO-MARINUS *et al*, 2014, p. 1356).

E o autor enfatiza que,

O processo comunicativo é definido como um ato caracterizado não por relações de poder, mas por atitudes de sensibilidade, aceitação e empatia entre os sujeitos, em um

universo de significações que envolvem tanto a dimensão verbal como a não verbal (postura e gestos). Nesse processo, é relevante o interesse pelo outro, a clareza na transmissão da mensagem e o estabelecimento de relações terapêuticas entre trabalhadores e usuários (CORIOLANO-MARINUS *et al*, 2014, p. 1361)

Sanches e demais autores (2023), esclarecem que a comunicação é um processo no qual as pessoas trocam experiências e ideias, com o objetivo claro de partilhar. Segundo os autores,

A comunicação, necessariamente, precisa de um emissor e um receptor. Emissor é quem transmite a mensagem e receptor é quem recebe. A mensagem é o resultado dessa troca entre emissor e receptor. E para tanto, o domínio do código usado é condição *sine qua non* para que o processo comunicativo aconteça, pois o código deve ser acessível [...] para que o processo de comunicação entre os indivíduos seja efetivo. Se um participante do diálogo tem o domínio do código e o outro não, a comunicação não acontece de forma efetiva, mesmo que haja esforço de ambos os lados. (SANCHES *et al*, 2023, s/p.).

Para o autor, o termo código é a língua/idioma em que ocorre o processo de comunicação entre as partes. No caso dos imigrantes haitianos, consideramos um conflito no uso/entendimento do código, qual seja, de um lado o *creoule* ou francês, de outro a língua portuguesa.

Para esses autores, se os pacientes, com o domínio do código, a comunicação já é difícil, quando suas queixas não são acolhidas e compreendidas, imagine-se isso para quem o código é totalmente desconhecido. Para essa população há um sentimento de frustração e exclusão por não poderem se fazer entender em suas necessidades. No mesmo sentido, percebeu-se a frustração também entre os profissionais por entenderem que não conseguiam ultrapassar a barreira da comunicação efetiva apesar dos esforços utilizados. O relato a seguir exprime esse sentimento:

*“Eu costumo falar bem devagar e mostrar partes do corpo, fazer mímicas e gestos que ajudam. Mas mesmo assim sinto que nem sempre consigo resolver o problema do paciente. É frustrante” (Enf. 9, 2024).*

A língua é considerada um obstáculo muito importante em diferentes contextos. “Uma vez que o paciente não tenha o seu problema compreendido pelo profissional da saúde, ele não receberá tratamento e orientação adequados, o que será frustrante tanto para o paciente quanto para o profissional” (MOTA; MARINHO, 2014, p. 177).

A comunicação é a ferramenta principal no relacionamento entre os trabalhadores da saúde e os usuários do sistema. Ela está pautada por práticas humanizadas, que buscam o bem estar de quem os procura (SANCHES *et al*, 2023. p. 86). A nosso ver, é o norte, o guia que leva ao sucesso na prestação do serviço de qualidade e com resolutividade.

As entrevistadas mencionaram que em inúmeras ocasiões recorrem a colegas com fluência na língua estrangeira ou utilizavam aplicativos de tradução, além de em sua grande maioria, se comunicarem por meio de gestos e mímicas, o que nem sempre se mostrava uma estratégia eficaz.

Na entrevista, surgiram apontamentos sobre esses recursos, nos seguintes termos:

*“Quando não consigo entender peço ajuda ao ‘pai Google’” (Enf. 3, 2024).*

*“A maior parte do tempo a gente faz gestos e aponta lugares do corpo para saber onde dói ou onde está o problema” (Enf. 5, 2024).*

*“Quando eles falam francês eu joga no Tradutor em áudio, e consigo entender quase tudo” (Enf. 14, 2024).*

*“Fazendo desenhos ou gestos dá para ter uma noção boa” (Enf. 12, 2024).*

Também mencionaram que muitos imigrantes haitianos compareciam às UBSs acompanhados por intérpretes (geralmente outros haitianos que estão há mais tempo no país e que dominam a língua local), o que facilitava o acolhimento. No entanto, é preciso ponderar que a presença de intérpretes é uma solução comum, porém eles nem sempre estão disponíveis.

*“Eu acredito que o idioma é o principal problema para a equipe. Os haitianos que estão há pouco tempo no Brasil não falam nada em português, precisam de alguém que já esteja há mais tempo para ajudar na comunicação” (Enf. 3, 2024).*

*“Ausência de acompanhantes, algum conhecido brasileiro que possa intervir na interpretação” (Enf. 4, 2024).*

*“As mulheres geralmente não falam nada em português. Os homens que já estão há mais tempo acabam acompanhando as consultas para traduzir, mas mesmo assim é uma situação que nem sempre esclarece bem as queixas do problema de saúde que ela apresenta” (Enf. 6, 2024).*

Por outro lado, segundo Mota e Marinho, “quando o intérprete pertence ao círculo social do paciente, podemos ter outros problemas, como por exemplo: o paciente não revela informações para não ser julgado ou por não confiar que o tradutor manterá sigilo” (MOTA; MARINHO, 2014, p. 178). Assim, a solução de um problema pode gerar o aparecimento de outro.

A linguagem não verbal surge como primeira opção para enfrentar a barreira comunicacional entre as entrevistadas. No que diz respeito ao uso de meios alternativos como gestos, desenhos e escritas, merecem destaque as seguintes falas:

*“A maior parte do tempo a gente faz gestos e aponta lugares do corpo para saber onde dói ou onde está o problema” (Enf. 5, 2024).*

*“Quando ninguém da equipe consegue resolver o problema, pedimos para o paciente escrever em uma folha de papel ou para desenhar, as vezes ajuda” (Enf. 1, 2024).*

*“Eu costumo falar bem devagar e mostrar partes do corpo, fazer mímicas e gestos que ajudam. Mas mesmo assim sinto que nem sempre consigo resolver o problema do paciente. É frustrante” (Enf. 9, 2024).*

No que concerne à linguagem não verbal, ela pode ser útil e até momentaneamente resolutive, a depender da situação que se apresenta. Porém, não pode tornar-se a única ferramenta no processo de acolhimento, sob pena de suprimir algumas informações importantes acerca das condições de saúde dos imigrantes haitianos e principalmente, ocultar dados relevantes para a tomada de decisão dos profissionais.

Os erros de comunicação interculturais podem impedir o estabelecimento de um relacionamento terapêutico, elemento fundamental nas práticas de acolhimento humanizado. Diversos são os fatores que podem contribuir para o não acolhimento, conseqüentemente para a não adesão do paciente ao tratamento. Entre eles o próprio relacionamento entre o profissional e o usuário, “frio e distante na maioria das vezes, oferecendo inquestionável desconforto para o paciente já fragilizado” (CIMINO, 2017, p. 89). A comunicação a que se tem feito menção até o presente momento, como uma diretriz responsável pela solidez dos objetivos da Política Nacional de Humanização de Saúde, é fator preponderante para a sua consecução.

No contexto comunicacional, “há muitas dificuldades em relação à língua, o acesso a intérpretes e, quando há um tradutor, ele pode ser despreparado, fato que pode dificultar a relação com o paciente” (MOTA; MARINHO, 2014, p. 179). Quando o profissional fala a língua do paciente mas não a domina e não sabe os termos médicos ou populares adequados, pode haver mal-entendidos, conseqüentemente, baixa eficácia terapêutica e maiores riscos à saúde do usuário.

Uma das soluções apontadas, para minimizar essa barreira, seria o investimento da gestão em cursos de formação para os servidores, como por exemplo, curso de línguas (creole e francês), oportunizando aos interessados o ensino de frases ou palavras-chave que seriam úteis na primeira abordagem, o que facilitaria o diálogo e traria maior segurança e conforto ao usuário, por sentir o interesse e a familiaridade dos servidores com o seu idioma.

A criação de painéis ou folders ilustrativos nas versões creole e francês também aparecem como uma sugestão que pode facilitar a comunicação inicial e minimizar os problemas com o idioma. O uso de imagens ilustrativas com as partes do corpo humano e termos específicos no idioma do imigrante, como por exemplo, “dor” (*doulè*), “fraqueza” (*feblès*), “febre” (*lafyè*), “enjoo” (*mal manmè*), “coçar” (*grate*), “tosse” (*touse*), “tontura” (*vètij*), “sangue” (*san*), “medo” (*pè*), e muitos outros termos que indicam sinais e sintomas físicos que fazem parte das queixas cotidianas em serviços de saúde, poderiam ser úteis para uma abordagem mais acolhedora e humanizada.

A comunicação entre trabalhadores e profissionais da saúde com imigrantes haitianos, utilizando ferramentas acessíveis e adequadas, a exemplo de capacitação em cursos da língua nativa (creole, francês), tem o potencial de reduzir as vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas que envolvem o processo de trabalho em saúde, assim como humanizar a atenção e o cuidado à população de imigrantes haitianos.

Partindo desse princípio, e considerando que não seria possível ter todos os trabalhadores bilíngues no campo de práticas, tampouco que todos os idiomas fossem contemplados, é necessário discutir de que maneira seria possível realizar um atendimento à saúde, ultrapassando a barreira de uma comunicação não fluida.

Nesse viés é fundamental a incorporação de políticas de ações de educação permanente para os profissionais de saúde e desenvolvimento de outras formas de comunicação além da

linguagem verbal, que possam melhorar o acesso desse grupo populacional aos serviços de saúde.

Na busca de adequação e com o intuito de ultrapassar a barreira linguística, sugerimos algumas ações que podem ser implementadas pelo poder público, tais como:

1. Identificação de profissionais bilíngues dentro dos equipamentos de saúde como referências em situações de primeiro acesso ou urgências para uma interlocução e, quando necessário, criação de fluxos específicos de acolhimento nos quais, antes do atendimento propriamente dito, o paciente receba informações da rotina em seu idioma materno verbalmente ou por escrito;

2. Promoção de cursos de formação dos trabalhadores para familiarização com outros idiomas, em especial aqueles mais comuns entre os usuários (francês e crioulo);

3. Busca e recrutamento de intérpretes comunitários para acompanhamento dos usuários nos casos mais agudos;

4. Elaboração de *banners* e cartilhas informativas em outros idiomas para divulgação de fluxos da unidade e promoção da saúde;

5. Encorajamento do uso de comunicação escrita (que pode ser previamente elaborada pelo paciente em seu domicílio e com auxílio de outras pessoas) e uso de dispositivos tecnológicos de tradução simultânea para as orientações mais difíceis.

No entanto, mesmo com as dificuldades de comunicação devido ao desconhecimento do idioma, ficou evidenciado nas entrevistas que isso acontece de alguma forma, pois os servidores demonstram seu empenho e criatividade na hora de acolher, usando estratégias diversas para se comunicar com os haitianos e assim favorecer a humanização e a integração na dinâmica das UBSs.

### **8.1.2 As barreiras culturais e o desafio dos profissionais da saúde na superação das diferenças**

Considerando que os elementos culturais têm sido mencionados nas falas das entrevistadas durante as abordagens sobre o acolhimento, partimos da ideia de que fatores

étnico-culturais podem estar relacionados à produção de desigualdades em saúde ao exporem segmentos da população a uma condição de maior vulnerabilidade. A barreira cultural emerge como a segunda maior dificuldade enfrentada pelos servidores no acolhimento e atendimento desses usuários.

Nesse sentido, entendemos que “saúde e doença não são questões unicamente pessoais, mas socioculturais” (GUALDA, 2004, p. 25). Nesta perspectiva, saúde e doença produzem experiências pessoais intensas, ao mesmo tempo em que possibilitam a construção de eventos socialmente significativos. Saúde e doença são fenômenos socialmente padronizados e a posição pessoal do indivíduo tem importância nas experiências.

A partir disso, temos que a prestação do serviço de saúde em si é um sistema cultural e “as realidades da clínica médica devem ser analisadas a partir da perspectiva transcultural” (LANGDON, WIJK, 2010, p. 175). Nos dizeres de Rotoli e Cocco, “quando se pensa em doença, é fundamental pensar em cultura e sociedade, analisando o significado atribuído pelo próprio doente e para as pessoas que o rodeiam” (ROTOLI; COCCO, 2007, p. 13).

Segundo Langdon e Wiik,

Cultura pode ser definida como um conjunto de elementos que mediam e qualificam qualquer atividade física ou mental, que não seja determinada pela biologia, e que seja compartilhada por diferentes membros de um grupo social. Trata-se de elementos sobre os quais os atores sociais constroem significados para as ações e interações sociais concretas e temporais, assim como sustentam as formas sociais vigentes, as instituições e seus modelos operativos. A cultura inclui valores, símbolos, normas e práticas (LANGDON, WIJK, 2010, p. 175).

Garcia considera cultura um “amplo conjunto de conceitos, símbolos, valores e atitudes que modelam uma sociedade e abrange o que pensamos, fazemos e temos como membros de um grupo social” (GARCIA, 2014, p. 13). Segundo a autora, envolve aspectos que levam gerações para serem constituídas, impregnando as formas de agir e compreender o mundo dos grupos sociais.

Nas entrevistas aplicadas, percebeu-se a dificuldade encontrada pelas profissionais e sua equipe, no que diz respeito ao enfoque cultural anteriormente mencionado:

*“A cultura de alguns imigrantes haitianos muitas vezes dificulta a assistência adequada a ser prestada” (Enf. 2, 2024).*

*“Percebo a falta de informação dos profissionais de saúde frente à diversidade cultural” Enf. 12, 2024).*

*“É muito difícil fazer os pacientes seguir os tratamentos. Eu acho que é cultural. Eles apenas querem um alívio momentâneo para os sintomas” (Enf. 6, 2024).*

Assim, na tentativa de compreender e analisar saúde e doença, em qualquer sociedade, comportamentos individuais, interações e estrutura social precisam ser pensados em um contexto cultural. Gestores e profissionais envolvidos na política de saúde precisam “reconhecer as diferenças culturais e desenvolver competência cultural a fim de concretizar o acolhimento e a inclusão de diferentes grupos” (PERUHYBE; STEFFENS; YURJA, 2022, p.59).

Stuart Hall (2016) trabalha o conceito de cultura por meio da representação. Para o autor, esta é uma das práticas centrais que produz a cultura e se apresenta como um momento-chave naquilo que tem sido chamado de “circuito da cultura”. Segundo o autor, colocando em termos simples, “cultura diz respeito a significados compartilhados” (HALL, 2016, p. 17).

Segundo Hall,

Cultura é um dos conceitos mais complexos das ciências humanas e sociais, e há várias maneiras de precisa-lo. Nas definições tradicionais do termo, “cultura” é vista como algo que engloba “o que de melhor foi pensado e dito” numa sociedade. [...] Nos últimos anos, porém, em um contexto mais próximo das ciências sociais, a palavra cultura passou a ser utilizada para se referir a tudo o que seja característico sobre o “modo de vida” de um povo, de uma comunidade, de uma nação ou de um grupo social, o que veio a ser concebido como uma definição antropológica (HALL, 2016, p. 19).

Assim sendo, a cultura, na visão do autor, não é tanto um conjunto de coisas, mas sim um conjunto de práticas. Basicamente, a cultura diz respeito à produção e ao intercâmbio de sentidos, o compartilhamento de significados entre os membros de um grupo ou sociedade.

No que diz respeito às práticas culturais vivenciadas pelos imigrantes haitianos, que em muitos momentos são diferentes do que se opera no serviço de saúde brasileiro, nas noções de saúde e doença idealizadas pela medicina tradicional, há que se levar em conta que em toda cultura há sempre uma grande diversidade de significados a respeito de qualquer tema e mais de uma maneira de representá-lo ou interpretá-lo. Além disso, a cultura, nos dizeres de Hall (2016), se relaciona a sentimentos, a emoções, a um senso de pertencimento, bem como a conceitos e ideias.

Nesse sentido, por mais que fiquem evidentes eventuais dificuldades apontadas pelos prestadores de saúde no que diz respeito às ditas barreiras culturais no trato da saúde da população imigrante, tal situação deverá ser analisada sob diferentes enfoques, de acordo com a realidade que se apresenta no momento da abordagem aos usuários, respeitando e aproveitando suas experiências pretéritas no que concerne aos seus modos de viver e cuidar da saúde.

Cultura de uma forma resumida representa o conhecimento compartilhado e aprendido de uma sociedade. A sociedade geralmente consiste de pessoas que compartilham uma área geográfica específica na qual interagem guiados pela cultura. Cultura guia o que as pessoas vivem o que é geralmente acreditado e valorizado, como se comunicam, quais são seus hábitos, costumes e gostos. A cultura guia ainda as formas que as pessoas buscam ou preenchem suas necessidades na sociedade. Prescreve rituais, expressões de arte, lazer e vida diária. Nos dizeres de Gualda, “Cultura é um tipo de conhecimento que usamos como base para o agir” (GUALDA, 2004, p. 26).

Segundo Garcia,

Aos profissionais de saúde interessa, sobretudo, respeitar valores e comportamentos culturais e compreender os aspectos culturais que caracterizam seu território de trabalho em saúde. Na atenção básica, essas questões são mais evidentes e a compreensão dos valores culturais presentes nas famílias, na comunidade em geral, é fundamental para nortear parte das ações de saúde, mediar conflitos terapêuticos e potencializar ferramentas sociais. As identidades sociais e pessoais, os rituais, as cerimônias, as práticas populares e os papéis nas comunidades devem ser identificados, compreendidos e respeitados. A cultura oferece instrumental para atuação de qualquer profissional de saúde. Os usuários apresentam comportamentos e pensamentos singulares quanto à experiência da doença, assim como noções particulares sobre saúde e terapêutica. Tais particularidades não advêm das diferenças biológicas, mas sim das diferenças socioculturais. A cultura determina essas particularidades. Igualmente, sustenta-se que as questões inerentes à saúde e à doença devem ser pensadas a partir dos contextos socioculturais específicos nos quais as mesmas ocorrem (GARCIA, 2014, p. 14).

Um sistema de saúde deve valorizar a diversidade, ter a capacidade de autoavaliação cultural, estar consciente das dinâmicas inerentes à interação cultural, ter conhecimento cultural divulgado dentro da própria instituição e desenvolver adaptação à diversidade. “Um profissional deve estar atento a crenças e comportamentos em saúde do paciente e integrá-los à sua prática, ter conhecimento sobre questões culturais, ser capaz de separar fatores culturais e sociais, estar ciente de seus próprios preconceitos e desenvolver habilidades de comunicação” (MOTA; MARINHO, 2014, p. 188).

No mesmo sentido, Peruhye, Steffens e Yurja (2022) entendem que nos encontros interculturais em saúde, necessário se faz estabelecer a comunicação com o migrante considerando língua, gestos, entonação, rituais e outros meios, com vistas a “respeitar a singularidade dos indivíduos e possibilitar a escuta empática, o acolhimento, a compreensão das necessidades e as mensagens silenciosas da comunicação não verbal” (PERUHYBE; STEFFENS; YURJA, 2022, p.46). Para as autoras, os profissionais de saúde necessitam considerar para sua intervenção, principalmente, as diferenças culturais e os desafios no processo comunicativo para maior resolutividade das ações. Para isso é importante que compreendam que o traço cultural de um povo perpassa por diversas questões, tais como econômicas, sociais, linguísticas, religiosas, psicológicas e de gênero, idade e/ou classe social.

Ao considerarmos as diferenças culturais é sempre importante refletir sobre a adequação do modelo das nossas intervenções em saúde, aproximando-as, quando possível, da expectativa e da realidade de vida das comunidades migrantes atendidas, para aumentar a eficiência das ações. Por isso, “o mais importante é comunicar-se com a pessoa migrante de forma clara e horizontal, para que se possa entender quais partes daquela cultura fazem sentido para o atendimento daquela pessoa” (PERUHYBE, STEFFENS; YURJA, 2022, p.63).

O profissional de saúde que atua no campo do acolhimento e acompanhamento do usuário, neste caso o haitiano, ao se deparar com costumes presentes em outra cultura precisa tentar entender seu porquê. Uma comunicação eficiente pressupõe o reconhecimento do papel desempenhado por todas as partes envolvidas na interação, exigindo um esforço para minimizar possíveis ruídos. Essa é uma perspectiva antropológica apresentada por Langdon e Wiik, segundo a qual

Quando se deparar com culturas diferentes, não se faça julgamentos de valor tomados com base no próprio sistema cultural, passando a olhar as outras culturas segundo seus próprios valores e conhecimentos – através dos quais expressam visão de mundo própria que orienta as suas práticas, conhecimentos e atitudes. A esse procedimento se denomina relativismo cultural. É ele que permite compreender o porquê das atividades e os sentidos atribuídos a elas de forma lógica, sem hierarquiza-los ou julgá-los, mas somente, e sobretudo, reconhecendo-os como diferentes (LANGDON, WIİK, 2010, p. 178).

Portanto, de acordo com os autores acima mencionados, “as questões relativas à saúde e à doença não podem ser analisadas de forma isolada das demais dimensões da vida social, mediadas ou permeadas pela cultura que confere sentido a essas experiências” (LANGDON, WIİK, 2010, p. 180).

A utilização da medicina tradicional haitiana é percebida nas entrevistas, como sendo um aspecto cultural diferenciado que exige uma postura do profissional para que essa questão passe a ser uma aliada na assistência e não um aspecto que possa colocá-la em risco. Isso pôde ser percebido nas seguintes falas:

*“Eu percebo que por mais que a gente explique os cuidados e prescrições médicas, a importância de usar adequadamente os medicamentos e os tratamentos indicados, muitos deixam de seguir as orientações por medo ou por acreditar que alguns problemas podem ser resolvidos com o uso de chás e simpatias. Eles não aceitam alguns procedimentos invasivos como aplicação de medicamentos injetáveis ou soro. Isso ocorre com bastante frequência.” (Enf. 5, 2024).*

No mesmo sentido, outro entrevistado também menciona a dificuldade na adesão à medicina científica por parte dos imigrantes haitianos, pois segundo ele,

*“É muito difícil fazer os pacientes seguir os tratamentos. Eu acho que é cultural. Eles apenas querem um alívio momentâneo para os sintomas” (Enf. 6, 2024).*

*“Muitas crianças vêm com a carteira de vacinas desatualizada, com poucas doses aplicadas no país de origem e muitas vezes de difícil entendimento de qual vacina e para qual doença foi aplicada. Mesmo assim os pais têm resistência em aceitar o calendário vacinal do Brasil. A gente explica a importância mas sempre precisa fazer busca ativa para que não ocorram atrasos. Os pais simplesmente deixam de vacinar nas datas aprazadas. Essa falta de adesão é da cultura desses usuários, pois não levam em consideração o que a gente explica” (Enf. 8, 2024).*

*“Um problema é a carteira de vacinas. Não é o mesmo esquema aqui do Brasil. Muitos pais não compreendem ou não querem aplicar mais doses pois possui algumas doses registradas na carteirinha” (Enf. 13, 2024).*

Embora possam ser encarados como desafios na assistência, os costumes tradicionais e práticas culturais não podem ser menosprezados. É preciso conhecer e respeitar esse estilo de vida, não cancelá-lo. O respeito às práticas tradicionais é um espaço de reconhecimento da importância científica cultural desses saberes e de compartilhamento de práticas de forma a conferir-lhes proteção e legitimação efetiva.

Apesar da predominância do modelo biomédico na saúde, e embora presenciemos hoje um grande avanço científico e tecnológico no setor saúde, que, dotado de modernos e eficientes recursos, oferece a possibilidade de cura para muitas doenças antes consideradas incuráveis, inúmeras pesquisas têm mostrado que as práticas populares de cura persistem em nossa sociedade. Gualda (2004) esclarece que,

Essas práticas não restringem-se às regiões rurais ou afastadas, ao contrário, a medicina popular não apenas é extensamente praticada no meio urbano, como constitui uma alternativa que faz concorrência à medicina oficial, considerada pelas classes dominantes a única legítima. (GUALDA, 2004, p. 95).

Em pesquisa realizada com populações haitianas, Rocha e demais autores (2020) esclarecem que a segunda barreira mais citada pelos participantes é o conflito com a medicina tradicional haitiana – arte de curar passada de geração em geração que mescla conhecimentos indígenas locais e de escravos africanos. Segundo os autores, “o uso de ervas e magia é prática conhecida pela população, assim como rituais espirituais do vodu, realizados por curandeiros que invocam espíritos para tratar a saúde” (ROCHA *et al.*, 2020, p. 386). Na visão dos autores, no Haiti algumas doenças estão associadas à feitiçaria e são consideradas imunes à medicina fundamentada no método científico.

Precisa-se ter em mente que os estudos apontados reforçam a ideia de que não temos como mudar isso. Trata-se de uma maneira de preservar a cultura identitária de uma nação. Podemos nos apropriar dos estudos de Hall, segundo o qual “nação não é apenas uma entidade política, mas algo que produz sentidos – um sistema de representação cultural” (HALL, 2006, p. 49). Para o autor,

As pessoas não são apenas cidadãos/ãs legais de uma nação; elas participam da ideia da nação tal como representada em sua cultura nacional. Uma nação é uma comunidade simbólica e é isso que explica seu “poder para gerar um sentimento de identidade e lealdade” (HALL, 2006, p. 49).

O autor conclui seu pensamento ao enfatizar que “as culturas nacionais, ao produzir sentidos sobre a nação, sentidos com os quais podemos nos identificar, constroem identidades” (HALL, 2006, p.51). Para ele, esses sentidos estão contidos nas histórias que são contadas sobre a nação, memórias que conectam seu presente com seu passado e imagens que dela são construídas, afinal, segundo o autor, a identidade nacional é uma “comunidade imaginada”.

Assim sendo, no que diz respeito às tradições haitianas apontadas como uma eventual barreira cultural, segundo restou demonstrado nas falas das entrevistadas, faz-se necessário

ponderar que esses aspectos devem ser levados em consideração nos atendimentos, visando à redução de danos e ao aproveitamento das práticas populares dessa população como algo positivo e somatório ao serviço da medicina tradicional aplicada nas unidades de saúde.

Gualda (2004), refere-se à medicina popular como uma prática de cura solidária e democrática, uma das formas de prestação serviços de cura, de fé e de assistência de baixo custo, de fácil acesso e como parte das estratégias de respostas aos problemas concretos vividos cotidianamente. A autora assinala que a medicina popular é constituída por um amplo e heterogêneo espectro de concepções de vida e de valores que possuem um sentido e um significado forte e verdadeiro para aqueles que a utilizam.

Tais aspectos influenciam diretamente as práticas terapêuticas a serem prescritas. Nos dizeres de Peruhya, Steffens e Yurja (2022), considerar as especificidades culturais dos indivíduos atendidos contribui para que estes sejam enxergados em sua complexidade e, inclusive, para a previsão de práticas terapêuticas mais adequadas às situações.

No meio profissional, observamos uma intensa valorização da tecnologia e um privilegiamento da competência técnica, prevalecendo a concepção da proporcionalidade da qualidade da assistência ao uso da tecnologia, considerando que os profissionais serão mais qualificados quanto mais consumo tecnológico possam operar.

Esta concepção leva o enfermeiro a adotar, na maioria das vezes, um papel paternalista e uma postura de detentor do saber e de superioridade ao paciente, o qual é considerado como receptor passivo de cuidado, instituindo-se a ideia de que somente o profissional está qualificado para determinar o que constitui problema para o indivíduo e o tratamento adequado.

Portanto, partimos da premissa de que as diferenças podem interferir na comunicação e aproximação enfermeiro-cliente durante o processo de assistência. Para Gualda (2004),

Os enfermeiros, ao se utilizarem apenas de concepções legitimadas pela ciência, estabelecendo uma relação de superioridade com o cliente, podem promover um distanciamento profissional-cliente, com a possibilidade desta relação ocorrer através de um monólogo, ou o que poderíamos chamar de “um diálogo de surdos”, visto que tal postura nega a existência de outros saberes, o que inviabiliza o diálogo intercultural (GUALDA, 2004, p. 102).

Nesse sentido, a autora nos esclarece que estando a assistência embasada apenas no que o profissional acredita ser a necessidade de saúde e de cuidado, a satisfação em relação à

assistência prestada está sujeita a ser apenas do profissional, mesmo que este tenha se esforçado em prestar o melhor cuidado aos seus clientes. Por isso, a autora considera que

O conhecimento dos modelos explicativos que predominam em um grupo, facilita a comunicação com os indivíduos desse grupo e permite a realização de intervenções que sejam compreensíveis e aceitáveis para eles, duas condições essenciais para o sucesso de qualquer programa de saúde (GUALDA, 2004, p. 102).

Nessa situação, percebe-se o não reconhecimento da importância da cultura como coadjuvante no processo saúde-doença. Os profissionais não estão acostumados com as práticas vivenciadas pelos imigrantes haitianos, o que pode inviabilizar sua adesão aos tratamentos propostos pela medicina científica. Muitas são as falas das entrevistadas em que se percebe uma certa discriminação no que diz respeito aos hábitos culturalmente aceitos pelos haitianos, que são utilizados pelas diversas comunidades locais que não possuem acesso ao sistema de saúde.

*“Eles dificilmente aceitam as orientações. Muitos hipertensos não seguem os cuidados alimentares e uso correto dos medicamentos. Para alguns fazer chá e benzer é o suficiente” (Enf. 1, 2024).*

*“Eu sinto que muitos deixam de comprar os medicamentos prescritos, só levam se tiver disponível na farmácia básica da UBS. Não demonstram muito interesse no tratamento prescrito” (Enf. 11, 2024).*

*“As gestantes demoram a abrir o pré-natal, muitas chegam na unidade em idade gestacional avançada, sem exames e com pouca ou nenhuma consulta. É difícil fazer elas entender que as consultas devem ser uma rotina. Muitas só buscam a unidade próximo ao trabalho de parto”. (Enf. 10, 2024).*

É preciso entender que historicamente, o Haiti é um país que possui graves falhas no sistema público de saúde, que praticamente não existe, ou quando ofertado, não alcança toda a população. É a falta de acesso ao serviço público haitiano que colabora para que a assistência não faça parte da rotina da população. Nesse contexto, “terapeutas espirituais são mais acessíveis ou o único meio de tentar restabelecer a saúde” (ROCHA *et al.*, 2020, p. 386). De alguma forma, os imigrantes haitianos deixam evidente que compartilham de outros modos de ver e viver o mundo. Assim, “a cultura, definida geralmente de uma maneira superficial e estereotipada, é imediatamente implicada nas explicações, justificativas e sentimentos em relação a essas pessoas” (SILVEIRA *et al.*, 2018, p. 31).

Precisamos levar em conta, quando se discute a saúde dos imigrantes haitianos, que as pessoas não se movem apenas entre fronteiras nacionais, mas também entre formas de organização da rede de saúde e sistemas diferenciados. De acordo com Ventura e Yujra (2019),

O estranhamento e a desconfiança iniciais de comunidades migrantes e refugiadas, quando buscam o atendimento de algum profissional da saúde, advêm muitas vezes do fato de que em diversos países do mundo os sistemas de saúde não são universais e gratuitos. Assim, nos Estados em que o acesso à saúde é eminentemente privado ou exclusivo dos trabalhadores formais, ainda são amplamente difundidas na população as práticas da medicina popular e dos cuidados alternativos. Por exemplo, não é difícil encontrar migrantes e refugiados que nunca haviam sido atendidos por um médico. Como esse paciente poderia em um ou mais acessos entender a imensa gama de códigos e fluxos inerentes às Redes de Atenção à Saúde? (VENTURA; YUJRA, 2019, p. 72).

Somada a esse panorama, segundo as autoras, “a prática nacional da religião vodu, na qual o uso da agulha adquire um significado diferenciado, pode fazer com que exames invasivos, como a coleta de sangue e vacinação, tornem-se um aspecto muito sensível no atendimento dessa população” (VENTURA; YUJRA, 2019, p. 72). No Haiti, populações distantes da capital, por vezes, só têm acesso ao cuidado no âmbito religioso, e algumas doenças são associadas à feitiçaria, havendo o entendimento corrente de que certos agravos não são passíveis de tratamento pela medicina.

Por esse motivo, a frequência aos serviços de saúde não é uma prática comum entre os haitianos, que procuram as unidades apenas em situações que consideram graves.

As falas a seguir transcritas demonstram como esse aspecto tem dificultado a assistência integral e preventiva nas UBS:

*“Eles geralmente procuram a unidade de saúde apenas quando sentem dor, ou para alguma situação que não conseguem resolver por conta própria. Dificilmente aderem a programas de prevenção como quando são convidados a participar de grupos de palestras ou campanhas preventivas. A gente percebe que muitas vezes eles só querem mesmo o atendimento no momento e depois evitam retornar para dar continuidade aos tratamentos” (Enf. 5, 2024).*

*“Procuram atendimento no SUS para encaminhamentos a especialistas já com quadro muito alterado, alto risco, como diabetes, fraturas, puérperas com complicações ou vêm para o nascimento do bebê, sem pré-natal” (Enf. 8, 2024).*

No Brasil, assim como em outros países, a vida dos imigrantes geralmente é focada no trabalho, motivo pelo qual a saúde raramente é pensada como algo central em seu cotidiano. Talvez por essa razão seja comum observar nos espaços de saúde discursos de trabalhadores que ressaltam as dificuldades em trabalhar na prevenção de alguns problemas de saúde dessas populações. Uma das entrevistas bem esclarece essa dificuldade na abordagem ao imigrante haitiano:

*“Demora de alguns imigrantes em procurar atendimento, muitos residem tempo no bairro e procuram a unidade algum tempo depois, para urgências, por não querer faltar no trabalho” (Enf. 14, 2024).*

Acerca da questão acima apontada, evitar faltar ao trabalho é uma das características dessa população, tendo em vista que em sua grande maioria a migração se deu por motivos laborais. A necessidade de manutenção da família que ficou no Haiti é um dos objetivos principais dos trabalhadores imigrantes. O envio de remessas financeiras para o país de origem exprime essa característica de evitar atestados ou quaisquer formas de afastamento em decorrência de problemas de saúde.

Assim, as populações em deslocamento internacional possuem características e contextos específicos em comparação às populações nacionais. Por isso, “necessitam de um atendimento mais acolhedor, que considere tais indivíduos de uma forma multidimensional, sendo a sua cultura parte de tal processo” (PERUHYBE; STEFFENS; YURJA, 2022, p.60).

Para que o problema seja minimizado, faz-se necessário sensibilizar os profissionais da saúde quanto a essas diferenças culturais. A aceitação da diferença como uma possibilidade de aprendizado, conscientizando os profissionais acerca das situações que se apresentam culturalmente é capaz de diminuir os impactos negativos que possam surgir no acolhimento e atendimento a essa população específica.

Para Rotoli e Cocco (2007),

O que se observa atualmente é que a maioria dos programas de saúde partem do pressuposto de que a informação gera uma transformação automática dos comportamentos das populações frente às doenças, desconsiderando diferentes fatores sociais e culturais que interferem nas condutas das pessoas. [...] os programas de educação e planejamento em saúde devem possuir um conhecimento prévio das formas de pensar e agir das populações nas quais se quer intervir, para que se possa estar desenvolvendo ações que venham ao encontro dos aspectos sociais e culturais das comunidades (ROTOLI; COCCO, 2007, p. 17).

Embasadas nas entrevistas e no referencial teórico consultado, é possível dizer que a falta de informação ou habilidades para lidar com a diversidade, especialmente tratando-se de comunidades de outros países e culturas, torna a população imigrante vulnerável a preconceitos e discriminação, inclusive étnico racial e religiosa.

Para Peruhybe, Steffens e Yurja (2022),

Intensificam as dificuldades de acesso aos serviços de saúde fatores como o pouco envolvimento dos profissionais em saúde, desde a frágil formação na temática da migração até o exercício profissional limitado quando se pensa em populações específicas, como a de migrantes internacionais; a ausência do olhar para a dimensão intercultural; a escassa capacitação dos profissionais para atendimento, acolhimento e orientação (a partir de uma perspectiva intersetorial); e a fugaz compreensão do território como um espaço em movimento de produção de vida (PERUHYBE; STEFFENS; YURJA, p. 51, 2022).

Nas palavras de Silveira et al. (2018),

No contexto dos serviços de saúde, é importante refletir sobre a maneira como esses imigrantes estão sendo tratados. As concepções dos profissionais de saúde se fundamentam no modelo biomédico (mas não exclusivamente nele) e, em situação de contato intercultural, opõem-se a um “outro”. Vale dizer que ambos se enxergam de maneira imprecisa (SILVEIRA *et al.*, 2018, p. 33).

Com isso, o fomento de práticas de formação aos profissionais que atuam direta ou indiretamente no acolhimento e assistência ao imigrante haitiano, a fim de enaltecer a multiculturalidade como uma riqueza e não como um problema, por si só, já constitui uma forma de acolhimento humanizada. Essa discussão precisa compor também a agenda de debate dos profissionais que atuam nos espaços dos territórios, com vistas a “formar e fortalecer uma rede intersetorial que corrobore à inserção desse cidadão no território sem anular suas experiências, crenças e valores próprios, mas enriquecendo e dando novo sentido aos territórios de destino” (PERUHYBE; STEFFENS; YURJA, 2022, p. 51).

Acredita-se que o conhecimento do outro em sua totalidade dar-se-á ao procurarmos compreendê-lo como indivíduo pertencente a um grupo social com características peculiares, que são coletivamente construídas e aceitas e que influenciam na sua forma de perceber seus problemas de saúde e sua terapêutica. Apontamos para a importância da adoção de uma postura que permita conhecer o imigrante haitiano na sua relação com o social em que vive e

compreender o sentido que ele mesmo dá às suas ações, numa tentativa de estabelecer um diálogo entre a teoria nativa e a teoria científica.

Pressupomos que, esta forma, pode ser uma tentativa de estabelecer uma relação de aprendizagem mútua, fruto de um diálogo intercultural, entre enfermeiro e cliente, durante o processo de acolhimento e assistência, levando a uma maior humanização e participação efetiva do profissional no processo de busca de soluções para os problemas de saúde dos indivíduos.

O acolhimento vai além de bem receber o paciente que já se encontra em um estado fragilizado. Acolhimento traduz-se, sobretudo no conhecimento que o profissional busca quanto ao universo em que esteja inserido o usuário. Nas palavras de Cimino, “Relaciona-se a todo o contexto que o formou no passado e o influencia no presente. Refere-se ao padrão cultural em que ele reconhece sua individualidade, o meio social que transita, convive e dele extrai seus anseios. É a diversidade que o caracteriza como pessoa” (CIMINO, 2016, p. 81).

O objetivo da discussão que se apresentou, relativa à categoria barreiras relacionadas às diferenças culturais, não foi preparar o profissional para ao atendimento de qualquer tipo de cultura, idioma, religiosidades, hábitos de vida, etc. Afinal, conforme bem esclarecido por Peruhybe, Steffens e Yurja, “essa seria uma tarefa inglória e não teria êxito, pois, se a dinamicidade é mote da definição de cultura, é impossível conhecer tudo ou mesmo fazer uma previsão de quais grupos seriam atendidos” (PERUHYBE; STEFFENS; YURJA, 2022, p.79).

Apresentam-se questões e informações para auxiliar os profissionais de saúde para um atendimento culturalmente humano, sem esgotar as possibilidades de temas e situações. Buscamos aqui problematizar e ouvir esses profissionais para que as diferenças passem a ser vistas através de uma escuta atenta e interessada, livre de estereótipos pré-existentes acerca de nacionalidades, grupos étnicos, gênero, grupos etários, religiosos e tantos outros.

Entende-se que devem ser consideradas diferentes estratégias que visem intervir no campo da representação cultural, de modo a contestar as imagens negativas apreendidas pelos profissionais da saúde no trato dessas questões junto aos imigrantes, e direcionar as práticas representacionais sobre a cultura para um caminho mais positivo. Trata-se de algo complexo e, especialmente quando lida com a “diferença”, envolve sentimentos, atitudes, emoções e mobiliza os medos e ansiedades do profissional em níveis mais profundos do que podemos explicar de forma simples, com base no senso comum.

Finalizamos esse tópico reforçando que “Etnias, culturas, crenças, costumes, tradições, idiomas e vivências precisam ser valorizadas na perspectiva de troca equitativa e na convivência democrática, sem anular as diversidades” (Peruhybe, Steffens e Yujra, 2022, pg. 134). Portanto, há que considerar no atendimento prestado as particularidades de cada indivíduo e cada território em que viveu e em que passará a viver.

### **8.1.3 O preparo da equipe para acolher os imigrantes haitianos: necessidade de formação para o servidor**

Um apontamento importante que foi trazido nas entrevistas por algumas profissionais diz respeito à carência de formação em saúde para as temáticas das migrações e acolhimento aos imigrantes. Realmente, como ficou demonstrado anteriormente, a ausência de preparo dos servidores quanto ao acolhimento diferenciado, quanto ao idioma de difícil entendimento e quanto à diversidade cultural é uma situação que deve ser pensada visando melhorar a assistência em saúde como um todo. Até há pouco tempo, este desafio não existia em relação aos imigrantes, agora é preciso repensar esta atuação por parte do poder público.

De fato, urge a necessidade de informar e preparar os profissionais de saúde acerca de temas que surgem com o advento das migrações, visando minimizar os efeitos desastrosos que uma atenção em saúde não qualificada possam surgir, em prejuízo aos usuários e aos próprios servidores.

De acordo com Peruhybe, Steffens e Yujra,

Intensificam as dificuldades de acesso aos serviços de saúde fatores como o pouco envolvimento dos profissionais da saúde, desde a frágil formação na temática da migração até o exercício profissional limitado quando se pensa em populações específicas, como a de migrantes internacionais; a ausência do olhar para a dimensão intercultural; a escassa capacitação dos profissionais para atendimento, acolhimento e orientação; e a fugaz compreensão do território como um espaço em movimento de produção de vida (PERUHYBE; STEFFENS; YUJRA, 2022, p. 51).

Segundo as autoras, esse contexto subsidia a discussão das políticas públicas inclusivas destinadas a migrantes internacionais, com o intuito de que se busque e alcance uma atenção integral e de qualidade para essa população.

A mobilidade humana, como um fenômeno em constantes transformações, requer novos olhares para a compreensão de sua dinâmica. Esse contexto exige a qualificação dos gestores e trabalhadores de saúde que lidam com a temática, bem como um sistema e redes de serviços inclusivos e humanizados de assistência à população migrante.

De acordo com a fala a seguir é perceptível que os profissionais desejam fazer um bom acolhimento, mas sofrem limitações relativas à falta de tempo, desconhecimento do idioma e dos fatores culturais que permeiam a vida dos haitianos, e também pela falta de esclarecimentos acerca da Política Nacional de Humanização, tendo em vista que esse assunto muitas vezes não é tratado na graduação, ou quando é, é feito de forma superficial e abreviada. Para elas:

*“Eu acredito que a equipe deveria receber mais informações, cursos ou capacitações para melhorar o atendimento aos imigrantes de modo geral” (Enf. 11, 2024).*

*“Não recebemos nenhum tipo de treinamento para lidar com esse tipo de situações, é difícil compreender os haitianos que estão morando há pouco tempo no Brasil. Falta conhecimento da equipe sobre a cultura desse povo e sobre os modos de viver” (Enf. 5, 2024).*

Nas falas acima, ficou evidente que as práticas educativas são relevantes e necessárias para a sensibilização e acolhimento. As entrevistadas deixaram evidente o interesse em receber mais informações de como atuar com essa população específica e da necessidade de conhecer melhor a realidade que os circunda.

Foi possível verificar ainda, que as profissionais identificaram a necessidade de estabelecer práticas de acolhimento, de acordo com a realidade da população imigrante, no sentido de oferecer assistência de qualidade e resolutiva. No entanto, a carência informacional e a falta de tempo têm sido apresentadas como entraves nesse processo.

*“Às vezes eu até gostaria de ter mais tempo e conhecer melhor os pacientes, mas nem sempre é possível pela dificuldade de pessoal suficiente e pela quantidade de coisas que temos que resolver na UBS” (Enf. 9, 2024).*

*“O atendimento dos imigrantes é mais demorado, e não estamos preparados para compreender as situações que os levam a buscar a UBS. Eu gostaria muito de ter*

*mais conhecimento para poder melhorar o atendimento. Mas nem sempre isso é possível” (Enf. 3, 2024).*

*“Eu sinto que algumas pessoas da equipe não gostam de atender os haitianos, talvez isso acontece por falta de informação ou de dificuldade de entender o que eles realmente precisam” (Enf. 7, 2024).*

Uma questão importante nesse diapasão e que está diretamente vinculada ao acolhimento é o fator de como encontrar tempo para ouvir o que o usuário tenha a dizer. De acordo com Cimino (2017), essa necessidade deve ser suprida pelo tanto que promove a valorização do paciente como foco principal dos projetos que precisem ser desenvolvidos em seu favor. O primeiro ouvidor para o usuário é a própria equipe que por ele se corresponsabiliza durante o tratamento. E isso é crucial nos serviços de saúde: ouvir a dor do outro com interesse.

O propósito dessa discussão é o de atingir um público de diversas categorias profissionais, que atuam ou pretendem atuar em diferentes espaços da atenção à saúde e da gestão do SUS, contribuindo para a qualificação de todos os trabalhadores de saúde, especialmente no que diz respeito ao enfrentamento de barreiras específicas dos migrantes e refugiados no acesso à saúde. Uma das formas de enfrentar essas barreiras é sanar o déficit de formação e informação sobre a saúde dos migrantes e refugiados. De acordo com Ventura,

Quando o profissional da saúde está diante de um migrante ou refugiado, compreender o contexto em que essa pessoa se move pode ser um fator decisivo para tal encontro, em particular para a sua capacidade de colocar-se no lugar do outro. O senso comum é apenas um dos obstáculos ao cuidado adequado da pessoa humana, mas não se trata de um obstáculo qualquer: as ideias equivocadas, por força da repetição, naturalizam-se, podendo marcar a acolhida dessas pessoas e de suas famílias nos diferentes espaços de atenção à saúde (VENTURA, 2019, p.12).

Segundo a autora, o trabalhador da saúde não pode ser subestimado e não deve ser condenado à formação tecnicista que ainda permeia a área da saúde. Ao contrário, este sujeito-ator deve ser formado, informado e estimulado a refletir sobre os acontecimentos do mundo e sua relação com a saúde. Com base em tais reflexões, “demonstramos que a realidade da circulação de pessoas é bem diferente da que se costuma pensar, e ela está intimamente relacionada à saúde das pessoas e famílias que se movem” (VENTURA, 2019, p.12).

Acredita-se que orientações para os servidores sobre as características desse grupo de usuários, com traços distintos dos brasileiros, poderão minimizar o impacto negativo da assistência, reduzir as barreiras de acolhimento e melhorar a qualidade dos serviços prestados.

Sarreta (2009) esclarece a questão relativa à necessidade de formação e qualificação dos servidores, a partir da problematização das práticas cotidianas com relação a esse público de atendimento:

Os processos de formação e qualificação dos trabalhadores da saúde devem, portanto, se estruturar a partir da problematização das práticas cotidianas e problemas – os nós críticos – que impedem a atenção integral e a qualidade do atendimento. Esse processo permite a reflexão do mundo do trabalho e dos problemas vivenciados na área da saúde, sendo que essas dificuldades, ou problemas, são objeto da Política de Educação Permanente em Saúde (SARRETA, 2009, p.173).

A educação permanente e em serviço é um grande avanço, pois ela contribui significativamente para a formação pessoal, profissional e também para o melhor desempenho do trabalho dentro do serviço de saúde. De acordo com Sarreta, “é compreendida como uma necessidade para melhorar as relações entre os sujeitos envolvidos na saúde e ampliar a participação dos atores sociais da saúde” (SARRETA, 2009, p.170).

De acordo com Brasil (2014), a educação permanente em saúde tem como marco conceitual o reconhecimento do trabalho no SUS como campo de aprendizagem cotidiana e comprometida com os coletivos, e destaca o papel dos atores do cotidiano dos serviços de saúde como “os principais detentores da tomada de decisão sobre acolher, respeitar, ouvir, cuidar e responder com elevada qualidade” (BRASIL, 2014, p. 2).

No que diz respeito especificamente à educação permanente em saúde para o atendimento aos imigrantes haitianos, ela surge como uma forma de “transcender o pensamento tradicional, ainda vigente na prática dos serviços de saúde, para promover a reflexão das condições materiais de vida e seus laços fecundos na saúde” (SARRETA, 2009, p.171).

Para a autora, a educação permanente prioriza a relação ensino-aprendizagem movida pelo debate crítico e discussões das exigências presentes no cotidiano dos serviços de saúde, o que significa que o ponto de partida são os problemas ou a problematização da realidade concreta.

Nas entrevistas, ficou evidente que a falta de conhecimentos dos profissionais acerca do idioma e da cultura dos usuários haitianos é um problema a ser superado. Uma das soluções apontadas pelas próprias sujeitas da pesquisa é o desenvolvimento de cursos/formações visando qualificar os servidores. Assim, ao problematizar a construção do conhecimento, será possível refletir sobre determinadas situações que se apresentam na rotina de atendimento aos imigrantes haitianos, questionando os fatos, fenômenos, ideias, compreendendo os processos e propondo

soluções. Nos dizeres de Sarreta, “ao refletir sobre a situação concreta de trabalho, as propostas de soluções passam a ser mais reais, viáveis e, sobretudo, descentralizadas e compartilhadas” (SARRETA, 2009, p.173).

A necessidade de novas ferramentas de educação permanente para os trabalhadores que atuam no acolhimento e no atendimento à população de imigrantes haitianos é premente. Peruhye, Steffens e Yurja expressam que:

Intensificam as dificuldades de acesso aos serviços de saúde fatores como o pouco envolvimento dos profissionais de saúde, desde a **frágil formação na temática da migração** até o exercício profissional limitado quando se pensa em populações específicas, como a de migrantes internacionais; a ausência do olhar para a dimensão intercultural; **a escassa capacitação dos profissionais para o atendimento, acolhimento e orientação** (PERUHYBE; STEFFENS; YURJA, 2022, p.51) Grifos nossos.

Infelizmente, o que se observou nas entrevistas é que muitos profissionais saíram dos bancos da faculdade sem ter conhecimento dessa temática. Uma parte porque muitos já eram formados antes mesmo do fenômeno migratório aqui apontado. Outros porque, embora formados após a criação da PNH e do aumento dos fluxos migratórios para o Brasil e para nossa região, muitas universidades não contemplam em sua grade curricular questões sociais como os fenômenos migratórios e as questões que os circundam, a exemplo das dificuldades linguísticas e culturais que surgem nesse contexto.

Nesse sentido, o reforço do poder público em aplicar recursos em formação continuada e permanente a todos os profissionais de saúde no que diz respeito à temática aqui trazida é uma opção para melhorar a atuação de todos nas práticas de acolhimento e atendimento humanizado aos usuários, especialmente aos imigrantes.

Sarreta (2009), considera que a educação permanente em saúde destina-se à transformação do modelo de atenção, fortalecendo a promoção e a prevenção em saúde, para que a atenção integral seja a referência do trabalho visando à autonomia dos sujeitos na produção da saúde. Para tanto, busca a formação de um profissional crítico, criativo, com capacidade para “aprender a aprender”, e que “considere a realidade social para oferecer atendimento ético, humanizado e de qualidade, contribuindo para a qualidade do atendimento” (SARRETA, 2009, p.180).

Ainda, segundo a autora,

A educação permanente estimula a reflexão no mundo do trabalho e pode contribuir para melhorar a qualidade da assistência, incorporando nas ações de saúde os princípios e valores do SUS – da integralidade da atenção, da humanização do cuidado e do reconhecimento da autonomia e dos direitos dos usuários dos serviços de saúde. A construção desse aprendizado é necessária para um novo modelo de fazer saúde (SARRETA, 2009, p.24).

Compreende-se que a educação permanente tem papel fundamental no processo de reflexão sobre o trabalho. Por meio dela novas formas de intervenção em saúde surgem, aproximando questões técnicas, teóricas e práticas, contribuindo para o processo de acolhimento humanizado pelos serviços de saúde.

Apresentadas as análises, restou demonstrada a necessidade dos profissionais de saúde serem melhor preparados (formados) pela gestão da APS. Questões sobre quem são os imigrantes, o contexto em que ocorrem as migrações, quais as realidades locais do país da migração, os motivos que levam os haitianos a deixar o país, e principalmente informações sobre seus hábitos culturais e o idioma falado por esses usuários, precisam ser aprofundadas e debatidas.

Assim, percebemos que os profissionais da saúde que atuam diretamente no acolhimento e atendimento aos imigrantes haitianos poderão contribuir para os processos de adaptação no novo território, entendendo suas vulnerabilidades e auxiliando na resolução de suas demandas em saúde. Esse é um grande e especial serviço de alteridade para com os imigrantes.

#### **8.1.4 A vulnerabilidade informativa e econômica dos imigrantes haitianos**

Um traço marcante na análise dos imigrantes haitianos é a questão relativa à sua vulnerabilidade tanto informativa quanto econômica. Sabemos que o desconhecimento dos fluxos de atendimento da rede de saúde local é uma situação esperada pelos novos usuários, que emigram de locais onde por vezes sequer existem unidades de saúde para a prestação de serviços. No Haiti, especificamente falando, a grande parte da saúde é privada, com escassos sistemas de saúde financiados pelo governo.

Segundo Dutra (2016),

Quase 50% da população não têm acesso à saúde. Os serviços dessa área na Capital, Porto Príncipe, têm falta de infraestrutura, água e provisões em geral. Os problemas de

água e saneamento no país são enormes. 45% da população não tem acesso à água potável e 83% da população não dispõem de serviços de saneamento. Cerca de 60% da população é subnutrida; uma em cada quatro crianças sofre de retardo no crescimento (DUTRA, 2016, p. 173).

Dessa maneira, tais usuários apresentam dificuldades em entender o modelo assistencial prestado no Brasil, e principalmente compreender que as UBS atuam em caráter preventivo, com estratégias voltadas à promoção da saúde, e não meramente ações curativas.

A busca pelo atendimento muitas vezes se dá apenas com o surgimento da doença, da situação agravada, como dor, lesão, hipertensão, hipertermia, ou seja, eventos agudos. Percebe-se que não há uma busca pelo atendimento em caráter preventivo, mas apenas momentaneamente. A falta de adesão às campanhas e demais serviços de prevenção que fazem parte da rotina da saúde pública é característica marcante desses usuários.

As falas a seguir transcritas confirmam essa preocupação dos serviços de saúde com relação aos imigrantes haitianos:

*“Eles geralmente procuram a unidade de saúde apenas quando sentem dor, ou para alguma situação que não conseguem resolver por conta própria. Dificilmente aderem a programas de prevenção como quando são convidados a participar de grupos de palestras ou campanhas preventivas. A gente percebe que muitas vezes eles só querem mesmo o atendimento no momento e depois evitam retornar para dar continuidade aos tratamentos” (Enf. 5, 2024).*

*“Procuram atendimento no SUS para encaminhamentos a especialistas já com quadro muito alterado, alto risco, como diabetes, fraturas, puérperas com complicações ou vêm para o nascimento do bebê, sem pré-natal” (Enf. 8, 2024).*

Percebemos que alguns entrevistados ponderaram em suas falas essa dificuldade que os haitianos têm quanto a compreender as informações acerca dos fluxos da UBS.

*“Muitos acabam indo na UPA para os atendimentos clínicos. Não sabem distinguir o que consideramos eletivo e urgência/emergência. Eu acho que, assim como grande parte da população, não conhecem os fluxos de atendimentos” (Enf. 11, 2024).*

*“Trabalhamos com agendamento prévio de consultas clínicas e outros procedimentos. Mas sempre reservamos alguns atendimentos para a demanda espontânea. Os haitianos dificilmente agendam as consultas. Eles só buscam o serviço quando estão com alguma situação aguda, como por exemplo febre, dor, vômitos” (Enf. 7, 2024).*

*“Por mais que a gente explique como funciona a UBS, alguns imigrantes haitianos acabam fazendo confusão e não buscam o serviço no momento adequado ou no local adequado” (Enf. 1, 2024).*

*“A falta de documentação é um problema. Muitos não têm ou não trazem consigo o Cartão Sus ou outro documento de identificação” (Enf. 8, 2024).*

Essa característica de carência de informações está atrelada a própria característica da barreira comunicacional, pois como não compreendem as orientações fornecidas na língua portuguesa, conseqüentemente, terão dificuldades em compreender os fluxos de atendimento.

Para algumas entrevistadas, além da vulnerabilidade informativa, se destaca a vulnerabilidade econômica, eis que os recém-chegados muitas vezes não possuem reserva orçamentária para sua manutenção nos primeiros meses no Brasil, além de nem sempre conseguirem de imediato ingresso no mercado de trabalho.

*“Eu sinto que muitos deixam de comprar os medicamentos prescritos, só levam se tiver disponível na farmácia básica da UBS. Não demonstram muito interesse no tratamento prescrito” (Enf. 11, 2024).*

*“Eles têm muita dificuldade em adquirir a medicação prescrita quando não disponível na farmácia da unidade. As dificuldades financeiras são muito sérias para alguns recém chegados. Precisamos muitas vezes acionar a rede de proteção social como o CREAS para ajudar os pacientes” (Enf. 1, 2024)*

A dependência de recursos financeiros faz com que muitos usuários não consigam adquirir medicamentos ou demais terapias quando não fornecidas pela rede SUS. Como se sabe, nem todos os municípios conseguem fornecer toda a medicação prescrita quando ela não faz parte da REMUME (Rede Municipal de Medicamentos) ou da RENAME (Rede Nacional de Medicamentos). Em alguns casos específicos, algumas medicações são fornecidas apenas após o preenchimento da LME (Laudo para Solicitação/Autorização de Medicamentos do Componente

Especializado), os quais exigem documentos para que o Estado avalie se há a possibilidade ou não da dispensação da terapia prescrita. E por fim, determinadas situações são obtidas apenas por via judicial, contra a União ou o Estado, o que, para esse grupo, é quase impossível.

Por consequência, muitos imigrantes que não possuem documentação em dia ou sequer compreendem as orientações básicas para a aquisição de tais medicamentos, ficam à mercê de tratamentos alternativos ou daquilo que é fornecido pela rede local, nem sempre fazendo um tratamento completo de acordo com a prescrição médica.

Grande parte da remuneração dos imigrantes haitianos é enviada para auxiliar a família que ficou no país de origem. É comum a presença de homens que se deslocaram sozinhos para conseguir renda e posteriormente trazer esposa e filhos ou demais familiares. Por isso, é preciso ter em mente que a vulnerabilidade informacional e econômica é uma barreira que dificulta o atendimento integral dos haitianos, e, conseqüentemente, exige um esforço de toda a rede de saúde em planejar a assistência dentro das condições financeiras que esses usuários possuem.

O fato é que tal realidade não é exclusiva dos imigrantes haitianos, mas de toda a população em geral, pois cada vez mais pessoas que antes tinham planos de saúde ou que usavam serviços privados têm migrado para o atendimento público, fato de crises financeiras, desemprego, aumento das despesas com aluguel, alimentação, energia elétrica e demais serviços que são custeados pelas pessoas para sobreviver.

### **8.1.5 | Acolhimento em unidades básicas de saúde e a política nacional de humanização: o pouco ou nenhum conhecimento acerca da temática por parte das equipes de saúde.**

Pela análise das entrevistas, outra questão que merece destaque é o desconhecimento, pelos profissionais da atenção básica, da Política Nacional de Humanização. Como se observou, 57,2% das entrevistadas afirmou não conhecer a PNH, ou, apenas menções superficiais ao tema.

A pesquisa demonstrou que, de fato, a grande maioria tem consciência de que as atuais formas de acolhimento direcionadas aos imigrantes haitianos não atende à PNH, o que, a nosso ver e pelo teor das respostas, duas situações preocupantes se destacam: ou a entrevistada não conhece a Política Pública de Humanização em Saúde, ou tem uma falsa percepção do que é o atendimento humanizado, confundindo-o com questões humanitárias, de compaixão, de amor ao próximo, de atender bem, de atender a todos sem distinções.

Tal situação merece especial atenção pois para que o acolhimento aos imigrantes haitianos ocorra dentro dos moldes da PNH, é necessário traçar meios para que todos os profissionais da Atenção Básica conheçam tal política, suas diretrizes e, conseqüentemente, apliquem no seu dia a dia. Nesse sentido, a gestão deve prover meios de difundir o tema entre os servidores da saúde e formar todos, visando melhorar a assistência e a qualidade do serviço prestado especialmente aos imigrantes haitianos.

De acordo com Brasil (2003),

A Política Nacional de Humanização (PNH) existe desde 2003 para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários. A PNH deve se fazer presente e estar inserida em todas as políticas e programas do SUS. Promover a comunicação entre estes três grupos pode provocar uma série de debates em direção a mudanças que proporcionem melhor forma de cuidar e novas formas de organizar o trabalho (BRASIL, 2003, s/p).

Nos termos apresentados pela política ministerial, a humanização é a valorização dos usuários, trabalhadores e gestores no processo de produção de saúde. Valorizar os sujeitos é oportunizar uma maior autonomia, a ampliação da sua capacidade de transformar a realidade em que vivem, através da responsabilidade compartilhada, da criação de vínculos solidários, da participação coletiva nos processos de gestão e de produção de saúde.

Assim sendo, ao produzir mudanças nos modos de gerir e cuidar, a PNH estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si.

Para efetivar a aplicabilidade nas práticas cotidianas, a PNH guia-se através de três princípios: 1. Transversalidade; 2. Indissociabilidade entre atenção e gestão e 3. Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos.

Por transversalidade, de acordo com Brasil (2003), entende-se que

A Política Nacional de Humanização (PNH) deve se fazer presente e estar inserida em todas as políticas e programas do SUS. A PNH busca transformar as relações de trabalho a partir da ampliação do grau de contato e da comunicação entre as pessoas e grupos, tirando-os do isolamento e das relações de poder hierarquizadas. Transversalizar é reconhecer que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele que é assistido. Juntos, esses saberes podem produzir saúde de forma mais corresponsável (BRASIL, 2003, s/p).

Já o segundo princípio adotado pela PNH esclarece que

As decisões da gestão interferem diretamente na atenção à saúde. Por isso, trabalhadores e usuários devem buscar conhecer como funciona a gestão dos serviços e da rede de saúde, assim como participar ativamente do processo de tomada de decisão nas organizações de saúde e nas ações de saúde coletiva. Ao mesmo tempo, o cuidado e a assistência em saúde não se restringem às responsabilidades da equipe de saúde. O usuário e sua rede sócio-familiar devem também se corresponsabilizar pelo cuidado de si nos tratamentos, assumindo posição protagonista com relação a sua saúde e a daqueles que lhes são caros (BRASIL, 2003, s/p).

Por fim, no que diz respeito ao terceiro princípio da PNH, tem que

Qualquer mudança na gestão e atenção é mais concreta se construída com a ampliação da autonomia e vontade das pessoas envolvidas, que compartilham responsabilidades. Os usuários não são só pacientes, os trabalhadores não só cumprem ordens: as mudanças acontecem com o reconhecimento do papel de cada um. Um SUS humanizado reconhece cada pessoa como legítima cidadã de direitos e valoriza e incentiva sua atuação na produção de saúde. (BRASIL, 2003, s/p).

Como se observa, a PNH caminha no sentido da inclusão, nos processos de produção de saúde, dos diferentes agentes implicados nestes processos. Com isso, espera-se que surjam os seguintes efeitos: Redução de filas e do tempo de espera, com ampliação do acesso; Atendimento

acolhedor e resolutivo baseado em critérios de risco; Implantação de modelo de atenção com responsabilização e vínculo; Garantia dos direitos dos usuários; Valorização do trabalho na saúde; Gestão participativa nos serviços (BRASIL, 2003, p.23).

Por sua vez, a PNH é orientada por sete diretrizes, as quais “expressam o método da inclusão no sentido da: Clínica Ampliada; Co-gestão; Acolhimento; Valorização do trabalho e do trabalhador; Defesa dos Direitos do Usuário; Fomento das grupidades, coletivos e redes; Construção da memória do SUS que dá certo” (BRASIL, 2010, p.25).

No que diz respeito aos objetivos dessa pesquisa, escolhemos a diretriz norteadora do acolhimento na aplicação das entrevistas, de modo a compreender se ele existe e como se dá nas UBSs de Medianeira. Ocorre que o resultado demonstrou que não há acolhimento específico voltado às populações migrantes, especialmente aos haitianos. Como consequência, a necessidade de informar e formar os trabalhadores de saúde sobre a temática é proposta a ser desenvolvida ao final da tese.

Muitos profissionais de saúde confundem acolhimento com triagem de risco, ou também conhecida como classificação de risco. Tal carência informativa merece ser corrigida, para que esteja claro para todos o que são e quais suas finalidades, no dia a dia do trabalho de prestação de saúde.

O Ministério da Saúde define acolhimento como sendo um

Processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde que implica responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde a sua chegada até a sua saída. Ouvindo sua queixa, considerando suas preocupações e angústias, fazendo uso de uma escuta qualificada que possibilite analisar a demanda e, colocando os limites necessários, garantir atenção integral, resolutiva e responsável por meio do acionamento/articulação das redes internas dos serviços (visando à horizontalidade do cuidado) e redes externas, com outros serviços de saúde, para continuidade da assistência quando necessário (BRASIL, 2010, p. 51).

Pela análise do conceito acima encartado, podemos dizer que acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/populações. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva.

De acordo com Brasil (2010), o acolhimento pode se dar através de uma escuta qualificada oferecida pelos trabalhadores às necessidades do usuário. Através dele é possível garantir o acesso oportuno desses usuários a tecnologias adequadas às suas necessidades, ampliando a efetividade das práticas de saúde. Isso assegura, por exemplo, que todos sejam atendidos com prioridades a partir da avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco.

Já a triagem, ou classificação de risco, é mero procedimento que está inserido no acolhimento, como fase importante e necessária na condução do atendimento, porém, em grau de menor extensão e complexidade se comparado com o acolhimento. A prática de triagem observada em unidades de saúde ou unidades de pronto atendimento se presta para aferir se aquele usuário deve ser priorizado, a depender do grau de risco, em relação aos demais pacientes.

Pode-se concluir que não existe uma fórmula ou receita pronta para a realização do acolhimento em saúde. Ele pode ocorrer de diversas maneiras, de acordo com o momento e as peculiaridades de cada caso concreto. É necessário ter em mente que o mais importante não é a busca pela definição correta ou verdadeira de acolhimento, mas a clareza e explicitação da noção de acolhimento que é adotada ou assumida situacionalmente por atores concretos, revelando perspectivas e intencionalidades.

Nesse sentido, de acordo com Brasil (2013), poderíamos dizer, genericamente, que o acolhimento:

É uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas (“há acolhimentos e acolhimentos”). Em outras palavras, ele não é, a priori, algo bom ou ruim, mas sim uma prática constitutiva das relações de cuidado. Sendo assim, em vez (ou além) de perguntar se, em determinado serviço, há ou não acolhimento, talvez seja apropriado analisar como ele se dá. O acolhimento se revela menos no discurso sobre ele do que nas práticas concretas (BRASIL, 2013, p. 19).

Conforme foi amplamente demonstrado pela função de todos os mecanismos da Política Nacional de Humanização da Saúde, suas diretrizes e seus dispositivos, mudanças de paradigmas de gestão e também de comportamentos individualistas, conservando aquilo que tem demonstrado eficácia no processo de atendimento, o fim para todas essas transformações é, de fato, o paciente; mas, também, e sobretudo, a melhora da educação nos processos de saúde, incluindo-se, lógico, o alcance de uma medicina muito mais preventiva no futuro.

Apropriando-se das palavras de Cimino, acolhimento é, por tudo isso, “a atitude pela qual o profissional ouve o que o paciente tem a dizer, e respeitando todas as premissas anteriormente colhidas em momento singular, o acolhe de forma mais adequada, como convém a um paciente já fragilizado, encaminhando-o para a especialidade que se apresente” (CIMINO, 2016, p. 81).

“Assumir efetivamente o acolhimento como diretriz é um processo que demanda transformações intensas na maneira de funcionar a atenção básica. Isso requer um conjunto de ações articuladas, envolvendo usuários, trabalhadores e gestores, pois a implantação do acolhimento dificilmente se dá apenas a partir da vontade de um ator isolado” (BRASIL, 2013, p. 25). Quaisquer que sejam as ações, é fundamental termos arranjos organizacionais que se adaptem à demanda real de cada situação. Assim sendo, a capacidade de acolhida e escuta das equipes aos pedidos, demandas, necessidades e manifestações dos imigrantes nas unidades de saúde é um elemento chave, protagonizando um espaço de trocas e valorização das relações humanas.

## **9. PROPOSIÇÕES PARA ADEQUAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE VISANDO A MELHORA NAS PRÁTICAS DE ACOLHIMENTO AO IMIGRANTE HAITIANO**

### **9.1 A CRIAÇÃO DE UM PROTOCOLO PARA ACOLHIMENTO DOS PACIENTES HAITIANOS**

Recomenda-se que os serviços de saúde organizem seus atendimentos baseados em procedimentos/rotinas, de acordo com as demandas e necessidades de cada localidade, levando-se em consideração as características do serviço e o público atendido. A investigação a que se propôs a presente tese demonstrou que as Unidades Básicas de Saúde do Município de Medianeira/PR não possuem um protocolo direcionado ao acolhimento dos imigrantes haitianos. Portanto, como contribuição e resposta a uma demanda relevante que surgiu ao longo do trabalho de investigação, a partir desse momento propomos a criação de um protocolo, de acordo com as principais barreiras apontadas pelas enfermeiras no que diz respeito ao acolhimento dos imigrantes haitianos.

De acordo com Pimenta, “procedimentos/rotinas são descrições minuciosas de um cuidado de enfermagem direto (assistencial) ou indireto. Detalham os passos a serem executados e os materiais a serem utilizados. Devem ser elaborados dentro dos princípios da prática baseada em evidências” (PIMENTA, 2015, p. 11).

Para tanto, uma das ferramentas facilitadoras na criação dos procedimentos e rotinas dos serviços são os protocolos de atendimentos. De acordo com Pimenta,

Protocolo é a descrição de uma situação específica de assistência/cuidado, que contém detalhes operacionais e especificações sobre o que se faz, quem faz e como se faz, conduzindo os profissionais nas decisões de assistência para a prevenção, recuperação ou reabilitação da saúde. Pode prever ações de avaliação/diagnóstica ou de cuidado/tratamento, como o uso de intervenções educacionais, de tratamentos com meios físicos, de intervenções emocionais, sociais e farmacológicas, que a enfermagem desempenha de maneira independente ou compartilhadas com outros profissionais da equipe de saúde. Um protocolo contém vários procedimentos (PIMENTA, 2015, p. 11).

Na visão da autora, o uso de protocolos tende a aprimorar a assistência, favorecer o uso de práticas cientificamente sustentadas, minimizar a variabilidade das informações e condutas entre os membros da equipe de saúde, estabelecer limites de ação e cooperação entre os diversos

profissionais. Os protocolos são instrumentos legais que oferecem as melhores opções disponíveis de cuidado.

Importa salientar que a proposição de um protocolo não anula a autonomia profissional: o profissional é sempre responsável pelo que faz ao utilizar ou não um protocolo. Pimenta (2015) esclarece que, ao optar por não seguir um protocolo institucional, o profissional deve ter bem claras as razões para não fazê-lo, quais evidências científicas dão suporte a essa decisão e compreender que responderá individualmente pela sua conduta.

Por outra banda, se o profissional seguir um protocolo institucional também continuará sendo responsável pelo que faz, mas nesse caso, terá o endosso da instituição.

Na maioria das vezes, os protocolos são multiprofissionais e interdisciplinares, pois visam ao atendimento integral do ser cuidado. “O avanço científico e tecnológico se contrapõe com trabalhos isolados, fragmentados, onde ganha ênfase o trabalho em equipe multiprofissional” (COREN/SE, p. 01, s/d).

Nesta concepção, o protocolo vem refletir o desejo de um trabalho compartilhado, consolidado e que aponta para resultados que irão trazer um grande diferencial ao processo de trabalho. Um protocolo deve ser construído de maneira coletiva, com bases sólidas ético, legais e científicas.

Para tanto, a sugestão do protocolo (ANEXO V), seguiu alguns princípios, de acordo com as recomendações do Conselho Regional de Enfermagem (COREN), tendo em vista que foi elaborado com a participação das enfermeiras que atuam nas UBSs do Município de Medianeira/PR.

Dentre os princípios estabelecidos para a construção e validação do protocolo, destacam-se a definição clara do foco, da população a que se destina, quem é o executor das ações, qual a estratégia de revisão de literatura e análise das evidências utilizadas. Além disso, o protocolo deve descrever também a forma de validação pelos pares, estratégias de implementação e os resultados esperados.

De acordo com Carefy (2022), os protocolos assistenciais, quando seguidos, tornam a atuação das equipes muito mais assertiva e padronizada. No entanto, se a equipe não adotar o hábito de consultar, atualizar, e, mais importante, seguir esses processos, eles podem não surtir os efeitos positivos na otimização de tempo e de recursos.

Assim sendo, a primeira orientação é conscientizar a equipe de que esses processos são importantes e visam ajudar a todos a economizar tempo e fornecer um atendimento de qualidade aos pacientes. A outra orientação é permitir à equipe condições para criar e atualizar esses processos conforme a realidade da atuação no dia a dia.

Entendemos que a criação de um protocolo de acolhimento humanizado para imigrantes haitianos na área da saúde é uma iniciativa crucial que deve levar em conta diversos aspectos culturais, sociais e econômicos. É fundamental reconhecer as particularidades dos imigrantes haitianos, incluindo suas experiências de sofrimento, traumas e desafios enfrentados durante o processo migratório. Um acolhimento humanizado deve priorizar a empatia, o respeito e a dignidade, criando um ambiente seguro onde as pessoas possam se sentir à vontade para expressar suas necessidades e preocupações.

Além disso, é importante que os profissionais de saúde recebam capacitação específica para lidar com as questões culturais e linguísticas que podem surgir. Entendemos que ambos, protocolo e capacitação, andam lado a lado, pois é fundamental que os servidores estejam previamente preparados para utilizarem-se dos protocolos que são apresentados como forma de otimizar e qualificar o serviço prestado.

O protocolo deve também considerar a diversidade de práticas tradicionais de saúde que os haitianos podem trazer, buscando integrar esses conhecimentos ao atendimento formal. Outro ponto essencial é a promoção de uma abordagem multiprofissional, envolvendo não apenas médicos e enfermeiros, mas também assistentes sociais, psicólogos e outros profissionais que possam oferecer suporte integral. Isso inclui atenção à saúde mental, visto que muitos imigrantes podem apresentar quadros de ansiedade, depressão e estresse pós-traumático.

Por fim, a participação da comunidade haitiana na elaboração e implementação do protocolo é vital. Isso garante que as vozes e experiências dos imigrantes sejam ouvidas e respeitadas, contribuindo para um sistema de saúde mais justo e eficaz.

O acolhimento humanizado não é apenas uma questão de atendimento médico, mas sim um compromisso com a promoção de direitos humanos e a construção de uma sociedade mais inclusiva. Em suma, a construção de um protocolo de acolhimento humanizado aos imigrantes haitianos em saúde deve ser um esforço coletivo, que respeite a dignidade e a diversidade cultural, promovendo o bem-estar e a qualidade de vida dessa população.

## 9.2 SUGESTÕES PARA A IMPLANTAÇÃO DE UM SERVIÇO DE FORMAÇÃO CONTINUADA EM ACOLHIMENTO E HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE PARA OS SERVIDORES QUE ATENDEM IMIGRANTES HAITIANOS.

Outra proposta que surge na presente investigação é a promoção de formação continuada para os profissionais voltada para a Política Nacional de Humanização e o Acolhimento em saúde.

A implantação de um serviço de formação continuada em acolhimento e humanização da saúde para os servidores que atendem imigrantes haitianos é fundamental para garantir um atendimento de qualidade e respeito às especificidades culturais dessa população.

Tal sugestão ficou evidenciada pela investigação tendo em vista que as discussões acerca das temáticas envolvendo migrações e acolhimento, além da humanização em saúde, não fazem parte do dia a dia dos profissionais.

Diante disso, propomos ao gestor municipal a criação de um programa de formação continuada em etapas e para todos os servidores, idealizado a partir da elaboração de mini cursos que serão oferecidos aos profissionais das UBSs, visando provocar reflexões e melhorias na atuação, minimizando danos aos usuários e contribuindo para um serviço eficiente e resolutivo.

Diante de tal necessidade que ficou evidenciada na investigação, elencamos os principais temas que entendemos ser necessários para o alcance de uma mudança de postura e melhoria na qualidade da prestação do atendimento. São eles:

a) **Tema 1.** Conhecendo conceitos acerca dos processos migratórios e sua ocorrência a nível local: Migração, Imigração e Emigração. Quem é o imigrante? Porque migram? Globalização e mobilização das populações.

b) **Tema 2.** Haiti. Características geopolíticas e históricas. Origens das migrações haitianas (contexto político e ambiental). Os idiomas do Haiti. A rede de serviços de saúde no Haiti. A cultura do povo haitiano. Principais vulnerabilidades da população haitiana no Brasil. Principais vulnerabilidades dos servidores de saúde no atendimento ao imigrante haitiano.

c) **Tema 3.** Acolhimento em saúde. Definições. O que é acolhimento? Importância do acolhimento humanizado. Tipos de acolhimento. Diferenciação de acolhimento e triagem de classificação de risco. Técnicas de acolhimento.

d) **Tema 4.** Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS. Criação e objetivos da PNH. Aspectos históricos e necessidade da elaboração de uma política pública em humanização. Eixos de atuação da PNH. Como se dá a implantação da PNH. Por que humanizar?

e) **Tema 5.** Alteridade, modos de vida e identidade do outro. Formação sobre alteridade, empatia, acolhimento, práticas culturais e meios de vida, respeito ao próximo, modos de viver e identidade do outro, linguagem corporal e não verbal.

A formação continuada em saúde é fundamental para garantir que os profissionais estejam sempre atualizados em relação às melhores práticas, inovações e avanços na área. No entanto, essa formação não pode se limitar apenas ao aprimoramento técnico e científico; é essencial que inclua uma ampla compreensão das diversidades culturais, sociais e individuais que permeiam o contexto da saúde. O respeito à diversidade deve ser um pilar central na formação continuada, uma vez que a saúde não é uma experiência homogênea. Diferentes grupos populacionais apresentam necessidades específicas, que podem ser influenciadas por fatores como etnia, gênero, classe social, orientação sexual, e condições de vida. Portanto, a capacitação dos profissionais de saúde deve incluir conhecimentos sobre como essas variáveis impactam o bem-estar e o acesso a serviços de saúde.

A formação continuada deve promover também a reflexão crítica sobre preconceitos e estigmas que podem estar presentes nas práticas de saúde, principalmente no que diz respeito às populações imigrantes, como é o caso dos haitianos.

No que diz respeito à implantação da formação sugerida, fica a critério da Administração analisar a proposta, sugerir adequações caso entender necessário, viabilizar local e recursos tecnológicos para a realização dos encontros e disponibilizar datas e liberação dos servidores que estejam interessados em participar.

A contribuição do pesquisador tem por objetivo devolver ao serviço público os resultados de sua investigação, pois entendemos que essa devolutiva é um dos principais aspectos de uma pesquisa científica. Visa-se com isso sair da teoria e viabilizar a aplicação prática, qual seja, uma mudança para melhorar a prestação de um serviço público de saúde.

Entendemos que a formação continuada deve enfatizar não apenas aspectos técnicos da saúde, mas também a promoção de habilidades interpessoais e culturais que favoreçam a empatia e a compreensão das experiências vividas por esses imigrantes. A formação continuada deve ser vista como investimento não apenas na capacitação dos servidores, mas também na saúde e na dignidade dos imigrantes haitianos e de toda a comunidade.

O preparo dos profissionais deve ser um processo contínuo, com avaliações regulares e atualizações sobre as melhores práticas de atendimento a imigrantes, considerando a dinâmica cultural e as necessidades que podem mudar ao longo do tempo. Ao integrar esses elementos na formação e atualização dos profissionais de saúde, será possível oferecer um atendimento mais acolhedor, eficaz e humanizado para os imigrantes haitianos, respeitando suas singularidades e promovendo uma melhor qualidade de vida.

## **10 CONSIDERAÇÕES FINAIS (ou Conclusão/ões?)**

O término de uma jornada pode ser o começo de outra. Na academia sempre haverá o início de novos ciclos, novas investigações, novas descobertas. O interesse científico não se acaba, ele se aperfeiçoa. O percurso de um doutorado é uma jornada intensa e transformadora, marcada por desafios, descobertas e crescimento pessoal e profissional. A busca por respostas a perguntas complexas e a contribuição para o avanço do conhecimento em uma área específica exigem dedicação, rigor e criatividade.

Durante essa investigação inúmeras dúvidas antes nebulosas foram esclarecidas. O que parecia um sonho distante, alcançar o tão desejado título de doutor, hoje se torna realidade, concretude. Estudar o Haiti, seu povo e a trajetória migracional para o Brasil pode abarcar diversas perspectivas, e nesse sentido optamos estudar a perspectiva da saúde.

A migração traz com ela inúmeras consequências, seja para quem chega, seja para quem recebe. Consequências essas que podem ser extremamente difíceis, sob diversos pontos de vista, ou plenamente saudáveis, construtivas, incorporadoras de experiências novas e mudanças de comportamentos nos dois polos da relação.

Ousar falar de um país, uma população, com suas características sociais, econômicas e culturais é um desafio que demanda dedicação, conhecimento, empatia e respeito. Colocar-se no lugar do outro, ou colocar em prática a alteridade, é uma postura que exige ética e, principalmente, compreensão de uma gama de fatores que são intrínsecos a uma nação, inerentes a cada ser humano na sua individualidade.

Quando se optou por investigar o acolhimento dos imigrantes haitianos em unidades básicas de saúde, sob a perspectiva da humanização, não imaginávamos a quão árdua e ao mesmo tempo gratificante seria essa missão. Sim, árdua, pois demanda tempo, dedicação, interesse, abdicação de inúmeras tarefas diárias para compreender e justificar a necessidade de mudança de postura que nós brasileiros temos em relação aos imigrantes haitianos. E sim, gratificante, pois quando alcançamos nossos objetivos, promovemos o bem ao próximo, humanizamos qualquer relação entre pessoas, corrigimos os erros do passado, modificamos o pensamento e as atitudes inadequadas de nossas formas de agir em saúde, nos inflamamos com a grata sensação de dever cumprido. A capacidade de resiliência e adaptação se torna uma competência essencial, não apenas para a conclusão do curso, mas para a vida profissional.

Durante essa jornada, que se iniciou com breves considerações sobre o Haiti e suas características geopolíticas, foi possível entender que o mundo é um espaço de muitas diferenças.

Percebemos o quanto alguns países, a exemplo do Haiti, sofrem com pobreza extrema, instabilidades climáticas e governanças corruptas que perpetuam suas cobiças ao longo de décadas, através de governos autoritários e vitalícios, que resultam em vulnerabilidades extremas para seus habitantes. Saber que no mundo existem pessoas que comem terra para disfarçar a fome é no mínimo doloroso, repulsivo e indignante. Mas é uma realidade que não está distante de nós, que temos saúde e possibilidades muito além de milhões de pessoas ao redor do mundo, um mundo que nos separa apenas por fronteiras físicas, mas que está ao nosso lado em milésimos de segundos graças à evolução tecnológica.

Falar dos imigrantes haitianos (e de quaisquer outros imigrantes que diariamente chegam ao nosso país), sob o viés da saúde, é tarefa que demanda sensibilidade e respeito às diferenças, afinal, sob o manto da lei, todos são iguais, independentemente de sua origem ou seu status migracional. Mas essa trajetória de pesquisa buscou mostrar a você leitor que essa igualdade nem sempre é respeitada, nem sempre é dada como um direito e uma garantia a quem mais dela precisa: os desiguais. Por isso enfatizamos ao longo dessa investigação que os imigrantes precisam ser vistos e respeitados sob o enfoque da equidade material, pois para os desiguais, o tratamento deve ser desigual, na exata medida de suas necessidades.

E essas necessidades são inúmeras. Buscamos demonstrar (e quiçá, sensibilizar) que os imigrantes haitianos possuem diversas necessidades que são inerentes à sua condição migracional e às inúmeras vulnerabilidades que aqui foram apontadas, a exemplo da extrema pobreza a que estão expostos em seu país de origem, ao pouco ou nenhum acesso aos bancos escolares, às escassas opções de atendimento em redes de saúde pública com qualidade e resolutividade, sem falar da discriminação social, cultural e racial a que estão expostos ao longo de suas (dolorosas) vidas.

Nesse sentido, falar em humanização em saúde, no ato de acolher e prestar o serviço público, é mais do que uma necessidade, é uma obrigação para todos nós, profissionais da saúde, pessoas que tiveram a oportunidade de escolher uma formação e optaram por cuidar do outro. O ato de cuidar é inerente das profissões da saúde, e exige que todos sejam vistos e respeitados como seres humanos que são, como pessoas que precisam e buscam nosso serviço diariamente, seja nas unidades básicas de saúde, nos pronto atendimentos, hospitais, clínicas ou quaisquer outros locais onde se promove a saúde. Onde se busque a concretização dos princípios fundantes do Sistema Único de Saúde: universalidade, integralidade e gratuidade.

A imigração haitiana para o Brasil, especialmente após o terremoto devastador de 2010, trouxe à tona uma série de desafios e oportunidades para o país. A chegada de haitianos foi

motivada por uma busca por melhores condições de vida e trabalho, e o Brasil se tornou um destino atrativo devido à sua política de acolhimento e à demanda por mão de obra em diversas regiões, a exemplo do Município de Medianeira/PR, berço de grandes indústrias agropecuárias e inúmeras outras possibilidades de trabalho e renda.

Medianeira, município localizado no oeste do Estado do Paraná, tem se destacado nos últimos anos pelo acolhimento de imigrantes haitianos, refletindo um compromisso com a diversidade e a inclusão social. Esse fenômeno migratório trouxe consigo desafios e oportunidades, especialmente na área da saúde.

Essa imigração também trouxe à luz importantes questões de saúde pública. O acolhimento a imigrantes haitianos em unidades básicas de saúde deve enfatizar a importância de uma abordagem humanizada e inclusiva, que leve em conta as especificidades culturais e sociais desse grupo. É imprescindível que o município programe ações que considerem essas especificidades, promovendo uma atenção à saúde que respeite essas particularidades. Nesse sentido, restou demonstrado que a formação de profissionais de saúde para lidar com as barreiras linguísticas e culturais é essencial. Programas de capacitação e sensibilização podem contribuir para que os trabalhadores da saúde se tornem mais aptos a atender uma população diversa, promovendo um ambiente acolhedor, humano e eficaz. O acolhimento respeitoso e empático é, portanto, uma responsabilidade compartilhada que deve ser priorizada em todas as esferas de atenção à saúde.

É fundamental reconhecer a complexidade das experiências enfrentadas por esses imigrantes, que muitas vezes envolvem traumas, barreiras linguísticas e dificuldade de adaptação. É necessário que as unidades de saúde implementem políticas que promovam a inclusão, garantindo que todos os indivíduos, independentemente de sua origem, tenham acesso equitativo aos serviços de saúde. Isso pode incluir o investimento da Administração na formação das equipes de saúde para lidar com questões linguísticas e culturais, assim como a disponibilização, quando possível, de intérpretes e materiais informativos em *creoule*, o idioma predominante dos haitianos.

Constatou-se que a barreira do idioma representa um dos principais desafios enfrentados pelos imigrantes haitianos no acesso ao sistema de saúde. Essa dificuldade de comunicação não apenas limita a capacidade de entender informações essenciais sobre cuidados médicos, mas também pode levar a mal-entendidos, diagnósticos imprecisos e, em última instância, a um agravamento da saúde dos indivíduos. Além das consequências diretas na saúde, a barreira do

idioma pode contribuir para o medo e a desconfiança em relação aos serviços de saúde, resultando em uma menor utilização dos mesmos.

No que concerne às barreiras culturais enfrentadas pelos imigrantes haitianos no acesso à saúde, que são multifacetadas, exigem dos profissionais uma abordagem compreensiva para serem efetivamente superadas. Primeiramente, é fundamental reconhecer que a cultura haitiana possui suas próprias práticas, crenças e tradições, que podem influenciar a forma como os indivíduos percebem e tratam a saúde. Outro aspecto importante é a discriminação e o preconceito que muitos imigrantes enfrentam, o que pode levar ao afastamento dos serviços de saúde por medo de estigmatização. A promoção de um ambiente acolhedor e respeitoso, que valorize a diversidade cultural, é crucial para construir a confiança necessária entre os profissionais de saúde e as comunidades haitianas.

As barreiras econômicas e informacionais enfrentadas pelos imigrantes haitianos no acesso à saúde também surgem como temas complexos, que refletem uma interseção de fatores sociais, culturais e estruturais. Muitos imigrantes chegam a novos países em busca de melhores oportunidades, mas frequentemente enfrentam dificuldades financeiras que limitam seu acesso a serviços de saúde. A situação econômica precária pode resultar em uma priorização de necessidades imediatas, como habitação e alimentação, em detrimento da saúde, levando a um ciclo de vulnerabilidade. Além disso, a falta de informação sobre os serviços disponíveis, somada à desconfiança em relação ao serviço de saúde devido a experiências passadas, pode levar à evasão de cuidados médicos essenciais.

Diante de todo esse cenário, a Política Nacional de Humanização no contexto do acolhimento de imigrantes haitianos em saúde revela a importância de uma abordagem que respeite a diversidade cultural, promova a equidade e valorize os direitos humanos. A PNH propõe um modelo de atenção à saúde que prioriza o vínculo, a escuta ativa e a construção de redes de apoio, fatores essenciais para garantir um acolhimento digno e humanizado aos imigrantes. O acolhimento de haitianos, que muitas vezes enfrentam diversas barreiras com as acima mencionadas, exige uma atenção redobrada das equipes de saúde. É ponto pacífico que se deva promover a capacitação dos profissionais para que possam lidar com as especificidades dessa população, garantindo que suas necessidades de saúde sejam compreendidas e atendidas de forma adequada. Além disso, e como coadjuvante na melhoria do acolhimento a essa população por parte dos profissionais de saúde, essa investigação demonstrou a necessidade de criação de um protocolo específico para acolhimento dos haitianos em unidades básicas de saúde. Entende-se que a criação de um protocolo de acolhimento humanizado para imigrantes haitianos é uma

iniciativa fundamental para garantir o acesso digno e igualitário a serviços de saúde. Assim sendo, propusemos a sugestão de um protocolo que se encontra anexo a essa pesquisa, como modelo para guiar as ações e servir de apoio para os profissionais de saúde que encontrem dificuldades no trato dessa população em sua rotina de trabalho. Enfatiza-se que o modelo sugerido ao final da investigação é baseado nas principais conclusões a que chegamos após as entrevistas de campo, mas que é aberto a novas possibilidades e ideias de todos que queiram contribuir para o seu aperfeiçoamento.

Compreende-se que a Política Nacional de Humanização em saúde representa um avanço significativo na forma como os serviços de saúde são oferecidos e percebidos. A PNH busca promover uma atenção mais humanizada, respeitando a dignidade do paciente e enfatizando a relação entre profissionais de saúde e usuários. Importa destacar a sua importância na construção de um sistema de saúde mais equitativo e acessível. A humanização no atendimento não se resume apenas a um trato mais gentil e acolhedor, mas envolve uma compreensão mais ampla das necessidades dos indivíduos, considerando suas experiências, histórico cultural e condições sociais. A PNH deve ser vista como um processo contínuo de reflexão e aprimoramento das práticas de saúde. A avaliação constante das ações e a escuta ativa dos usuários são fundamentais para garantir que a humanização se torne uma realidade em todos os níveis de atendimento.

Por fim, é vital que a humanização na saúde seja acompanhada por políticas públicas que assegurem a equidade no acesso aos serviços de saúde. A desumanização frequentemente está atrelada a desigualdades sociais, e, portanto, é crucial trabalhar para eliminar barreiras que possam impedir o acesso dos imigrantes a um atendimento de qualidade. Trata-se de um processo contínuo e multifacetado que exige a colaboração de todos os atores envolvidos, desde gestores até os próprios usuários. Promover a humanização é não apenas uma questão de melhoria da qualidade do atendimento, mas também um passo essencial rumo a uma sociedade mais justa e solidária.

Finaliza-se as presentes considerações no sentido de que ao abordar as questões de saúde dos imigrantes haitianos, é essencial adotar uma abordagem holística e inclusiva, que reconheça as barreiras que enfrentam e trabalhe para superá-las, promovendo assim não apenas a saúde física, mas também o bem-estar emocional e social dessa população.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAGÃO, Antônia E. de Araújo [et. al]. **Humanização na saúde: conceitos, dilemas e práticas (livro eletrônico)**. 1 ed. Sobral: LMR Distribuidora, 2018. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/E-bookHumanizaodaSade.pdf>. Acesso em: 14 out 2024.

ALVAREZ, Rodrigo. **Haiti, depois do inferno: memórias de um repórter no maior terremoto do século**. 1 ed. São Paulo. Ed. Globo, 2010.

BARROSO, Luís R. **O controle constitucional no direito brasileiro: contribuições para a construção teórico e prática para a jurisdição constitucional no Brasil**. Ed. Forum. Belo Horizonte, 2012.

BATISTA, Vanessa Oliveira. **O fluxo migratório mundial e o paradigma contemporâneo de segurança migratória**. Revista Versus Acadêmica, UFRJ, Rio de Janeiro, v. 3, p.68-78, nov. 2009.

BEZERRA, Juliana. **Independência do Haiti. Toda Matéria**, [s.d.]. Disponível em: <https://www.todamateria.com.br/independencia-do-haiti/>. Acesso em: 10 dez. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Educação Permanente em Saúde: reconhecer a produção local de cotidianos de saúde e ativar práticas colaborativas de aprendizagem e de entrelaçamento de saberes**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/folder/educacao\\_permanente\\_saude.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/folder/educacao_permanente_saude.pdf). Acesso em: 08 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 4. ed. 4. reimp. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BUSATO, Ivana Maria Sales. **SUS: estrutura organizacional, controle, avaliação e regulação**. Curitiba: Intersaberes, 2019.

CAVALCANTI, L; OLIVEIRA, T.; MACEDO, M., **Imigração e Refúgio no Brasil. Relatório Anual 2019**. Série Migrações. Observatório das Migrações Internacionais; Ministério da Justiça e Segurança Pública/ Conselho Nacional de Imigração e Coordenação Geral de Imigração Laboral. Brasília, DF: OBMigra, 2019. Disponível: <https://portaldeimigracao.mj.gov.br/images/relatorioanual/RELAT%C3%93RIO%20ANUAL%20OBMigra%202019.pdf>. Acesso jul. 2024.

CAREFY Blog, Founder & Editor. **Protocolos assistenciais: O que é e porque são essenciais para empresas de saúde**. Disponível em: <https://blog.carefy.com.br/protocolos-assistenciais-em-saude/>. Acesso em 23 mar. 2025.

CAREGNATTO, Rita C. A., MUTTI, Regina. **Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo**. Texto Contexto Enferm. Florianópolis, 2006 Out-Dez; 15(4): 679-84. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/9VBbHT3qxByvFCtbZDZHgNP/abstract/?lang=pt>. Acesso em 14 Ago. 2023.

CIMINO, Valdir. **Humanização em Saúde: humanizar para comunicar ou comunicar para humanizar?** São Paulo: Editora Contracorrente, 2016.

COREN/SE – Conselho Regional de Enfermagem Sergipe. **Protocolos Assistenciais**. Disponível em: <https://coren-se.gov.br/wp-content/uploads/2017/02/MODELO-PROTOCOLOS-ASSISTENCIAIS.pdf>. Acesso em 23 mar. 2025.

CORIOLO-MARINUS, M.W.L., QUEIROGA, B.A.M, RUIZ-MORENO, L, LIMA, L.S. **Comunicação nas práticas em saúde**. Revista Integrativa da literatura. Saúde Soc. 2014 (1356-1369). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/v4qzCcwMMwyyz5TztQ9sMg/?format=pdf>. Acesso em 17 dez. 2024.

DESLANDES, S. F. **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas** (online). Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

DUTRA, Cristiane F. **Além do Haiti: uma análise da imigração haitiana para o Brasil**. Editora Lumen Juris: Rio de Janeiro, 2016.

EDWARDS, Adrian. **Refugiado ou migrante? O ACNUR incentiva a usar o termo correto**. ACNUR, 2015. Disponível em: <https://www.acnur.org/br/noticias/comunicados-imprensa/refugiado-ou-migrante-o-acnur-incentiva-usar-o-termo-correto>. Acesso em 20 nov. 2024.

GARCIA, Paola Trindade. **Saúde e Sociedade: como entender a saúde**. UFMA/UMA-SUS. São Luiz, 2014.

GRANADA, D.; CARRENO, I.; RAMOS, N.; RAMOS, M.C.P. **Discutir saúde e imigração no contexto atual de intensa mobilidade humana**. Interface: Comunicação, Saúde, Educação. Botucatu, v.21, n.61, 2017.

GOMES, M. C. P. A; PINHEIRO, R. **Acolhimento e vínculo: Acolhimento e vínculo: práticas de Acolhimento e vínculo: integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros**. Interface - Comunic., Saúde, Educ., Interface - Comunic., Saúde, Educ. v.9, n.17, p.287-301, mar/ago 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/JVZTQDsmnZynwvGvQr8VCSn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 10 jun 2024.

GUALDA, Dulce M. R. **Enfermagem, cultura e o processo saúde doença**. Editora Ícone: São Paulo, 2004.

GUITARRARA, Paloma. **"Haiti"; Brasil Escola**. Disponível em: <https://brasilecola.uol.com.br/geografia/haiti.htm>. Acesso em 16 de novembro de 2024.

GUITARRARA, Paloma. **"Terremotos no Haiti"**; Brasil Escola. Disponível em: <https://brasilecola.uol.com.br/geografia/o-terremoto-no-haiti.htm>. Acesso em 16 de novembro de 2024.

HALL, Stuart. **Cultura e representação**. Tradução: Daniel Miranda e Willian Oliveira. Rio de Janeiro: Ed. PUC-Rio: Apicuri, 2016.

HALL, Stuart. **A identidade cultural na pós-modernidade**. Tradução: Tomaz Tadeu da Silva, Guaracira Lopes Louro. 11 ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2006.

KNOBLOCH, F. **Impasses no atendimento e assistência do migrante e refugiados na saúde e saúde mental**. Psicologia USP, São Paulo, v. 26, n. 2, ago. 2015.

LANGDON, E.J, WIJK, F. B. **Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde**. Rev. Latino-Am. Enfermagem. Mai-jun 2010. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/r/rlae/article/view/4176>. Acesso em 20 dez. 2024.

LANZA, Líria M. B.; RIBEIRO, Paula B. A.; FAQUIN, Evelyn S. **Imigrantes nos territórios: problematizações sobre intervenções profissionais nas políticas de seguridade social**. Revista Katálysis, Florianópolis, v. 21. N.2, p. 271-280, 2018. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-ImigrantesNosTerritorios-6546737.pdf>. Acesso em 03 nov 2024.

LÔBO, Jade A. **Para além da imigração haitiana: racismo e patriarcado com sistema internacional**. 1 ed. Editora Apuris: Curitiba, 2020.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.549 p.: il. DISPONÍVEL EM: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizausus>. Acesso em 13 nov 2024.

MORAIS, Pamela. **MINUSTAH: o Brasil na Missão de Paz no Haiti**. Disponível em: <https://www.politize.com.br/minustah-missao-de-paz-no-haiti/>. Acesso em 10 jun 2024.

NASCIMENTO, Luiz C. S. **O acolhimento do imigrante como marco de solidariedade no contexto de graduação em Saúde**. Rev. Pistis Prax., Teol. Pastor., Curitiba, v. 12, n. 1, p. 77-91, jan./abr. 2020 Disponível em: <file:///C:/Users/NIS%20III/Desktop/25959-Texto%20do%20Artigo-26341-53638-10-20200514.pdf>. Acesso em 12 jun 2024.

NUNES, Lineker A. G.; ANTONELLO, Ideni T. **Migração e trajetória haitiana em território brasileiro: um breve relato**. Ciência geográfica, Bauru, vol. 15, jan/dez 2021.

OIM. Organização Internacional para as Migrações. **Glossário sobre imigração**. Genebra, 2009.

OLIVEIRA, S. L. **Tratamento de metodologia científica**. 2 ed. São Paulo: Pioneira, 2001.

PÊCHEUX, M. **O Discurso: estrutura ou acontecimento**. 3a ed. Campinas: Pontes; 2002.

PEDRA J. B., Alline. **Guia Prático de Atendimento aos Migrantes, Refugiados, Vítimas de Tráfico de Pessoas e Brasileiros Retornados, em situação de vulnerabilidade e em áreas de**

**fronteira.** Brasília: ICMPD (International Centre for Migration Policy Development) & Ministério da Justiça e Cidadania, 2016.

PERUHYBE, Rianne; STEFFENS, Isadora; YUJRA, Verônica. **Estratégias para atenção integral à saúde de migrantes internacionais no Brasil** (livro eletrônico). 1 ed. Brasília, DF, OIM, 2022.

PIMENTA, Cibele A. de M. [et al.]. **Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem**/Cibele A. de M. Pimenta...[et al.]; COREN-SP – São Paulo: COREN-SP, 2015.

RAMOS, Natália. **Saúde, migração e interculturalidade: perspectivas teóricas e práticas.** João Pessoa: Editora Universitária/UFPB, 2008.

ROTOLI, Adriana; COCCO, Marta. **Doença e cultura: suas relações no processo de adoecer.** Revista de Enfermagem. V.2/v.3. Frederico Westphalen, 2007. Disponível em: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/root,+1013-4347-1-CE%20(1).pdf. Acesso em 17 jan. 2025.

SANCHES, L.C., KINASZ, R., SANCHES, M.A., GARBELINI, M.C.L. **Imigração de haitianos: enfoque na comunicação em saúde.** Revista Espaço para a Saúde, 2023. Disponível em: <https://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosaude/article/view/893>. Acesso em 14 ago. 2024.

SARRETA, F. O. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS** [online]. São Paulo: Editora UNESP. São Paulo, 2009.

SCHIMANSKI, Edina *et al.* **Direitos humanos, migrações e refúgio.** Ponta Grossa. Editora UEPG, 2020.

SEGATTI, Fabiana. **Atendimento aos migrantes, refugiados, vítimas de tráfico de pessoas e brasileiros retornados em situação de vulnerabilidade.** Disponível em: <https://blog.gesuas.com.br/atendimento-aos-migrantes-refugiados-vitimas-de-trafico-de-pessoas-e-brasileiros-retornados-em-situacao-de-vulnerabilidade/>. Acesso em 12 jun 2024.

SILVA, Leda Maria Messias da. LIMA, Sarah Somensi. **Imigração Haitiana no Brasil: os motivos da onda migratória, as propostas para a inclusão dos imigrantes e a sua proteção à dignidade humana.** Direito, Estado e Sociedade, n. 48, p. 167 a 195, jan/jun 2016.

SOLLA, Jorge J. S. P. **Acolhimento no sistema municipal de saúde.** Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/cDwF4VPytLxtZCqcGSHBHjM/>. Acesso em Agosto 2024.

TÔNDOLO, Cássio E. S; JESUS, Tiana B. **Imigrasus: o acesso dos imigrantes Haitianos a uma unidade de saúde da atenção primária do município de Porto Alegre/RS.** In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 16, Brasília, DF. Anais (...) Brasília, DF, 2019. Disponível em <https://broseguini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/view/239>. Acesso em 12 nov 2024.

UNISDR. UN International Strategy for Disaster Reduction (UNISDR). Disponível em: [https://inee.org/sites/default/files/resources/1-4\\_UNISDR\\_Terminology\\_2009\\_copy.pdf](https://inee.org/sites/default/files/resources/1-4_UNISDR_Terminology_2009_copy.pdf). Acesso em 14 dez 2024.

VENTURA, Deisy de F. L. YUJRA, Verônica Q. **Saúde de imigrantes e refugiados**. Editora Fiocruz: Rio de Janeiro, 2019.

\_\_\_\_\_. ACNUR – Agência da ONU para refugiados. **Dados: Refugiados no Brasil e no mundo**. Disponível em: <https://www.acnur.org/br/sobre-o-acnur/acnur-no-brasil>. Acesso 15 nov. 2024.

\_\_\_\_BRASIL. **Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica**. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em 16 nov. 2024.

\_\_\_\_BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização HumanizaSUS**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/acoes-e-programas/humanizasus>. Acesso em 12 mai. 2023.

\_\_\_\_BRASIL. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html). Acesso em: 13 jul. 2024.

\_\_\_\_BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhida à demanda espontânea**. 1 ed. 1 reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_demanda\\_espontanea\\_cab28v1.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf). Acesso em 15 out 2024.

## **ANEXOS**

## ANEXO I

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

**Título do Projeto:** Estratégias de acolhimento ao imigrante haitiano na APS (Atenção Primária em Saúde) no município de Medianeira/PR (título provisório).

**Pesquisadores:** Discente: Ivandro Marcelo Kukul; Telefone: (45) 99692310

Orientadora: Profª Drª Eliane P. de Góes; Telefone: (45) 991257219

Convidamos você a participar de nossa pesquisa que tem o objetivo de analisar se as estratégias de acolhimento aos imigrantes haitianos nas UBS do município de Medianeira/PR são adequadas para um atendimento integral. Para isso será realizado a aplicação de um questionário com questões voltadas a sua experiência como profissional ou como usuário das UBS. Durante a execução da entrevista, procuraremos conduzi-lo segundo uma abordagem adequada, com perguntas claras e objetivas com total respeito ao entrevistado e evitando qualquer constrangimento. No caso de qualquer intercorrência interromperemos a entrevista para lhe atender conforme suas necessidades. Sua identidade não será divulgada e seus dados serão tratados de modo sigilosos, sendo utilizado apenas para fins científicos. Além disso, você poderá cancelar sua participação a qualquer momento. No caso de dúvidas ou de necessidades de relatar algum acontecimento, você poderá contatar os pesquisadores pelos telefones mencionados acima ou o comitê de ética pelo telefone (45)3220-3272. Esse documento será assinado em duas vias, sendo uma delas entregue ao sujeito da pesquisa e outra ficará na posse do autor da pesquisa.

Declaro estar ciente do exposto e desejo participar do projeto

Nome do sujeito de pesquisa ou responsável:

Assinatura:

Eu, Ivandro Marcelo Kukul, declaro que forneci todas as informações do projeto ao participante e/ou responsável.

Medianeira, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024.



## ANEXO II

### PARECER CIRCUNSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO  
OESTE DO PARANÁ -  
UNIOESTE



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ESTRATÉGIAS INTERDISCIPLINARES PARA O ACOLHIMENTO AO IMIGRANTE HAITIANO NA APS (ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE) NO MUNICÍPIO DE MEDIANEIRA/PR

**Pesquisador:** IVANDRO MARCELO KUKUL

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 81350024.4.0000.0107

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 7.049.857

##### Apresentação do Projeto:

Projeto de Tese de Doutorado. Local de estudo será unidades básicas de saúde do município de Medianeira-PR, no total de sete unidades de saúde. Nestas serão coletados dados junto a profissionais das mesmas (coordenadores) por meio de entrevista semiestruturada e a usuários das mesmas, imigrantes haitianos, cuja amostra será realizada mediante consulta ao sistema de registro municipal de saúde. Serão analisados

os dados obtidos a partir das entrevistas de maneira qualitativa, ou seja, a partir das respostas serão agrupadas os principais apontamentos e elegidas as categorias dos assuntos que mais surgirem nas falas. Após a categorização, será feita a análise a partir dos referenciais bibliográficos estudados de maneira a traçar um perfil da visão tanto dos profissionais quanto dos usuários haitianos.

##### Objetivo da Pesquisa:

Analisar se as estratégias de acolhimento aos Imigrantes haitianos realizadas de forma interdisciplinar são adequadas para o cuidado integral e universal em atenção primária de saúde

##### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Cansaço ou aborrecimento ao responder questionários; constrangimento ao se expor durante a realização de testes de qualquer natureza; desconforto, constrangimento ou

Endereço: RUA UNIVERSITÁRIA 1619  
Bairro: UNIVERSITÁRIO CEP: 85.819-110  
UF: PR Município: CASCAVEL  
Telefone: (45)3220-3092 E-mail: cep.prppg@unioeste.br

Continuação do Parecer: 7.049.857

alterações de comportamento durante gravações de áudio e vídeo; alterações na autoestima provocadas pela evocação de memórias ou por reforços na consentização sobre uma condição física ou psicológica restritiva ou incapacitante.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pelo autor: "a temática do estudo tem relevância com a linha de pesquisa Linguagem, Cultura e Identidade, uma vez que irá apresentar ênfase em pesquisas e formação de recursos humanos na área da atenção à saúde e do cuidado integral do ser humano e de populações humanas, envolvendo diferentes coletividades, diversidade biopsicossocial, ambiental, étnica, cultural e político-ideológica, bem como a temática é relevante devido o fluxo de entrada de imigrantes nos países acolhedores se darem em sua grande maioria em regiões fronteiriças".

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Projeto detalhado (anexado)

Folha de Rosto assinada diretor de campus (anexado)

TCLE (anexado)

Anexo I modalidade de pesquisa Tese Doutorado (anexado)

Anexo II - 1) Termo de ciência responsável pelo local (Declaração de concordância Instituição Colaboradora) - (assinado e anexado); 2) Ofício da Secretaria Municipal de Saúde de Medianeira - PR autorizando o Início da coleta de dados das unidades de saúde após a aprovação do CEP. (anexado); 3) Ofício da Secretaria Municipal de Saúde autorizando o acesso e utilização dos dados institucionais.

Anexo III - Termo compromisso uso de dados arquivo (assinado e anexado )

Anexo IV - Declaração de Intervenção (coleta de dados) não iniciada (assinado e anexado)

**Recomendações:**

não há

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

Endereço: RUA UNIVERSITARIA 1619  
Bairro: UNIVERSITARIO CEP: 85.819-110  
UF: PR Município: CASCAVEL  
Telefone: (45)3220-3092 E-mail: cep.prgg@unioeste.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO  
OESTE DO PARANÁ -  
UNIOESTE



Continuação do Parecer: 7.049.857

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_P ROJETO_2351619.pdf	09/08/2024 10:18:24		Aceito
Outros	Untitled_20240809_100432.pdf	09/08/2024 10:15:16	IVANDRO MARCELO KUKUL	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Untitled_20240809_094722.pdf	09/08/2024 10:10:06	IVANDRO MARCELO KUKUL	Aceito
Outros	ANEXOS.pdf	05/07/2024 14:00:11	IVANDRO MARCELO KUKUL	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA.pdf	01/07/2024 09:22:39	IVANDRO MARCELO KUKUL	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	27/05/2024 11:41:15	IVANDRO MARCELO KUKUL	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	27/05/2024 11:35:54	IVANDRO MARCELO KUKUL	Aceito
Declaração de concordância	Untitled_20240527_112020.pdf	27/05/2024 11:32:15	IVANDRO MARCELO KUKUL	Aceito
Folha de Rosto	Untitled_20240527_111928.pdf	27/05/2024 11:31:19	IVANDRO MARCELO KUKUL	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CASCADEL, 02 de Setembro de 2024

Assinado por:  
Fausto José da Fonseca Zamboni  
(Coordenador(a))

Endereço: RUA UNIVERSITARIA 1619  
Bairro: UNIVERSITARIO CEP: 85.819-110  
UF: PR Município: CASCADEL  
Telefone: (45)3220-3092 E-mail: cep.prgg@unioeste.br

Página 03 de 03

### ANEXO III

## TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE MEDIANEIRA/PR



PREFEITURA MUNICIPAL DE MEDIANEIRA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
MEDIANEIRA - PARANÁ

### TERMO DE AUTORIZAÇÃO EM PESQUISA EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE MEDIANEIRA/PR

Eu, Rosângela Fiametti Zanchett, brasileira, casada, residente e domiciliada na Rua Amazonas, 1538, centro, Secretária Municipal de Saúde do Município de Medianeira/PR, AUTORIZO o sr. Ivandro Marcelo Kukul a desenvolver sua pesquisa de campo nas UBS do município de Medianeira, através de entrevistas para profissionais da atenção básica e para os usuários do SUS, conforme solicitado e de acordo com a prévia anuência dos envolvidos.

Medianeira, 22 de maio de 2024.

ROSANGELA FIAMETTI ZANCHETT  
Secretária de Saúde

Rosângela Fiametti Zanchett  
Secretária Municipal de Saúde  
Decreto 05/2021



Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação  
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP



Aprovado na  
CONEP em 04/08/2000

### Anexo I Formulário de pesquisa

**Título da pesquisa:** ESTRATÉGIAS INTERDISCIPLINARES PARA O ACOLHIMENTO AO IMIGRANTE HAITIANO NA APS (ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE) NO MUNICÍPIO DE MEDIANEIRA/PR

**Pesquisador responsável:** IVANDRO MARCELO KUKUL

Pesquisador(es) Assistente(s):

#### Tipo de Pesquisa

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Iniciação científica | <input type="checkbox"/> Dissertação/Mestrado      |
| <input type="checkbox"/> TCC - Graduação      | <input checked="" type="checkbox"/> Tese/Doutorado |
| <input type="checkbox"/> TCC - Especialização | <input type="checkbox"/> Projeto Institucional     |

### Anexo II Autorização da Instituição Coparticipante

O pesquisador IVANDRO MARCELO KUKUL está autorizado por esta instituição SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE MEDIANEIRA/PR a realizar a pesquisa intitulada ESTRATÉGIAS INTERDISCIPLINARES PARA O ACOLHIMENTO AO IMIGRANTE HAITIANO NA APS (ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE) NO MUNICÍPIO DE MEDIANEIRA/PR, assegurando as normas da Resolução 466/12 e/ou 510/16 – CNS/MS e suas complementares.

Declaramos que a coleta de dados nessa Instituição Coparticipante será iniciada somente após a aprovação da Pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unioeste (CEP – UNIOESTE).

(Assinatura do Responsável pela Instituição Coparticipante)

Rosângela Zanchett  
Secretária Municipal de Saúde  
Decreto 05/2021

Medianeira, 05/07/2024.

## ANEXO IV

### QUESTÕES NORTEADORAS DA PESQUISA

As perguntas específicas da temática acerca ao acolhimento/atendimento ao imigrante haitiano foram as seguintes:

1. A UBS em que você trabalha atende ou já atendeu imigrantes haitianos?
2. A UBS possui fluxos pré-definidos de acolhimento aos usuários em geral?
3. A UBS possui fluxo de atendimento específico para imigrantes haitianos?
4. A sua equipe relata alguma dificuldade no acolhimento e/ou atendimento ao imigrante haitiano? Se sim, qual (ais)?
5. O imigrante haitiano atendido na UBS relata algum tipo de dificuldade durante o atendimento? Se sim, qual (ais)?
6. Qual ou quais as maiores dificuldades que você enquanto enfermeiro da UBS percebe ou vivencia no seu dia a dia no que diz respeito ao atendimento de imigrantes haitianos?
7. Na sua opinião, as formas de acolhimento direcionadas ao imigrante haitiano atendem ao preconizado pela Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS?

**ANEXO V**

**PROTOLO DE ACOLHIMENTO AOS IMIGRANTES HAITIANOS NAS UNIDADES BÁSICAS  
DO MUNICÍPIO DE MEDIANEIRA/PR**



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MEDIANEIRA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**MEDIANEIRA – PARANÁ**

**PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO AOS USUÁRIOS IMIGRANTES**  
**HAITIANOS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE**  
**MEDIANEIRA – PR**

**Medianeira/PR, 05 de abril de 2025.**

**Elaboração:** Ivandro Marcelo Kukul

**Data de elaboração:** \_\_/\_\_/\_\_\_\_.

**Validação:** Enfermeiros da RAS de Medianeira/PR

**Aprovação:** Conselho Municipal de Saúde de Medianeira/PR

**Data de aprovação:** \_\_/\_\_/\_\_\_\_.

## 1. Apresentação

Este Protocolo de Acolhimento aos imigrantes haitianos para Unidades Básicas de Saúde foi elaborado com base nas investigações realizadas na tese de doutorado “**Acolhimento aos imigrantes haitianos nas Unidades Básicas de Saúde do Município de Medianeira/PR à luz da Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS**”, e sugerido como proposta de implantação no município.

## 2. Introdução

Implantada pelo Ministério da Saúde, no ano de 2003, a Política Nacional de Humanização adota o princípio da autonomia, corresponsabilidade e protagonismo entre os sujeitos, do estabelecimento de vínculos solidários, da construção de redes de cooperação e da participação coletiva no processo de gestão (Brasil, 2010).

Uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) é o acolhimento, dispositivo que fornece espaços de encontro, escuta e recepção que proporcionem a interação entre usuários e trabalhadores (Brasil 2003). Acolher imigrantes envolve um olhar diferenciado, sensível e comprometido por parte dos profissionais de saúde que atuam na atenção básica ou em outras instâncias do SUS.

O Acolhimento é uma prática destinada a atender a todos os usuários que procuram os serviços de saúde e se caracteriza por acolher, orientar e escutar os indivíduos, além de fornecer respostas adequadas a esses e/ou seus familiares (Brasil, 2003).

Para Solla (2005),

Acolhimento significa escuta qualificada dos problemas de saúde dos usuários, garantindo-lhes sempre uma resposta positiva e responsabilizando-se pela resolução de seu problema ou anseio, permitindo a acessibilidade e resolubilidade das necessidades que os levaram a buscar o atendimento, estabelecida através da criação do vínculo entre serviço e usuário (Solla, pg. 495, 2005).

O Ministério da Saúde recomenda que o acolhimento deve facilitar o dia a dia dos serviços de saúde e o acesso dos usuários através do trabalho em equipe, da integração e complementaridade das atividades exercidas, para que através dele seja possível identificar vulnerabilidades dos usuários (Brasil, 2006).

Nesse sentido, há de se ponderar que estamos diante de uma população vulnerável, seja essa vulnerabilidade econômica, racial, cultural ou comunicacional.

De acordo com Ramos (2008), a população imigrante é uma população heterogênea. Contudo, segundo a autora, a predominância de baixos níveis de escolarização e qualificação profissional, a inserção tendencial em setores onde é mais precária e instável a relação salarial, onde há um baixo nível de remuneração global, onde há um grande peso de integração de clandestinos, desprovidos de qualquer sistema de proteção social, e a precariedade da sua situação social e econômica, fazem do grupo de imigrantes um grupo particularmente vulnerável.

Dessa maneira, faz-se necessária a construção de uma política de acolhimento migratória fundada essencialmente no respeito aos direitos humanos, direcionada principalmente àqueles mais vulneráveis.

Aos haitianos deve-se aplicar o princípio da igualdade material, pois, conforme ampla doutrina relativa à questão dos direitos humanos, dar tratamento isonômico às partes significa

tratar igualmente os iguais e desigualmente os desiguais, na exata medida de suas desigualdades. Assim certamente se estará aplicando na prática tal comando constitucional.

Busato (2019) enfatiza que “o ponto de partida da noção de equidade é o reconhecimento da desigualdade entre as pessoas e os grupos sociais e o reconhecimento de que muitas dessas desigualdades são injustas e devem ser superadas”. A autora também afirma que o tratamento deve ser diferente para aqueles que necessitarem, devendo o tratamento ser adequado a cada necessidade (Busato, pg. 41, 2019).

Ainda, no que concerne ao acolhimento prestado nas unidades básicas de saúde, deve ser respeitado o princípio da universalidade, eis que garante que todos possam alcançar uma ação ou serviço de saúde sem qualquer barreira de acessibilidade, seja legal, econômica, física ou cultural. No Brasil, a Constituição Federal de 1988 e o Sistema Único de Saúde (SUS) preveem a universalidade, equidade e integralidade no atendimento à saúde para todos os residentes no país, ou seja, para brasileiros e imigrantes.

Alguns estudos já apontam dificuldades que profissionais de saúde têm encontrado na atenção e atendimento a pessoas de grupos étnicos distintos e a falta de adesão de determinados grupos às intervenções no modelo biomédico em saúde (Coutinho; Oliveira, 2010). Nesse contexto, os imigrantes encontram diversas dificuldades de acesso aos serviços de saúde, dentre elas, o desconhecimento da organização do sistema de saúde no país receptor e principalmente a dificuldade na comunicação decorrente do idioma<sup>17</sup>.

Para Ramos (2008), se comparados aos autóctones, o acesso aos serviços de saúde dos imigrantes e das minorias étnicas é, sobretudo, condicionado por fatores culturais, comunicacionais e políticos.

Os problemas relacionados com a imigração e o acesso à saúde se potencializam com as dificuldades de domínio do idioma do país de acolhida. A comunicação é a ferramenta principal no relacionamento entre os trabalhadores de saúde e os usuários do sistema de saúde. Ela deve estar pautada por práticas humanizadas, que buscam o bem-estar de quem os procura. “Onde há comunicação, há humanização, e vice versa” (Cimino, pg. 25, 2018).

Alves *et al.* (2019) mostraram que, além das barreiras linguísticas, fatores socioeconômicos dos imigrantes também podem afetar a assistência à saúde, aumentando a dificuldade de promover saúde nessa população. Segundo os autores, para que a assistência à saúde seja realizada, respeitando os princípios do SUS, e as barreiras linguísticas e culturais sejam reduzidas, a equipe de saúde, principalmente na atenção básica, que é a porta de entrada para o SUS, deve estar preparada para atendê-los e compreender a realidade da população.

Os problemas relacionados com a imigração e o acesso à saúde se potencializam com as dificuldades de domínio do idioma do país de acolhida, a aceitação de postos de trabalho pesados e mal remunerados, a ausência de suporte formal e informal, ou seja, falta de contatos, laços e redes sociais e o escasso acesso aos serviços (Ramos, 2008, pg. 49). Todos esses fatores tornam essa população sensivelmente mais vulnerável do que as populações locais.

Coroliano-Marinus e demais autores (2019) entendem que a comunicação, seja ela verbal ou não verbal, é um aspecto fundamental no cuidado à saúde. É por meio dela que o paciente poderá ser informado das diferentes etapas de tratamento, poderá esclarecer dúvidas, relatar dificuldades e anseios, criar vínculos de confiança e responsabilidades, entre inúmeras características dessa interação, que pode ser benéfica ou não para o serviço e para o usuário. Porém, segundo os autores, uma comunicação só será adequada quando os profissionais estiverem capacitados adequadamente para a interação com diversas comunidades.

De acordo com Aragão (2018, pg. 120), “uma falha na comunicação pode não apenas prejudicar o relacionamento do profissional com o paciente, mas também produzir

---

<sup>17</sup> A língua oficial no Haiti desde 1987 é o crioulo haitiano, também conhecido como Kreyol. Trata-se de uma língua distinta com suas próprias regras de vocabulário e gramática.

consequências negativas ao paciente e à sua família, além de prejudicar o próprio processo de prevenção e promoção de saúde”.

Sanches e demais autores (2023) entendem que as vulnerabilidades a que os imigrantes estão expostos, tanto as relacionadas à comunicação quanto à cultura, gênero, saúde e religião, fazem com que se pense em uma adaptação à realidade atual feita em harmonia com seus hábitos e costumes.

Segundo a Política Nacional de Humanização (PNH), o acolhimento, um dos seus eixos norteadores, é fundamental para o estabelecimento de vínculo com o paciente, e isso só ocorrerá por meio de uma comunicação clara e sem barreiras, é a partir do vínculo que o profissional poderá responder adequadamente às queixas do paciente.

De acordo com Segatti (2018), o primeiro passo de assistência ao imigrante em saúde é a Acolhida Humanizada e Identificação Pessoal, de modo que suas dificuldades e eventuais barreiras sejam minimizadas. Nesse sentido, acolher de forma humanizada implica numa prestação de serviço de forma humanizada, cidadã, de escuta qualificada e ativa. É a adequação do serviço prestado às necessidades, ambiente e à cultura do beneficiário, respeitando sua privacidade e tendo como objetivo a resolubilidade do atendimento.

A práxis dos profissionais de saúde é indispensável na construção da valorização e acolhida dos imigrantes. Frente a isso, o presente documento fortalece a prática de acolhimento no cotidiano dos profissionais de saúde e as estratégias adotadas para que o imigrante esteja envolvido e integrado com o serviço de saúde.

### **3. Justificativa**

Tendo em vista que a Unidade Básica de Saúde é a primeira e principal porta de entrada ao usuário do Sistema Único de Saúde, e considerando que o imigrante haitiano pode buscar atendimento na UBS, faz-se necessária a criação de um protocolo específico de acolhimento e atendimento a esses usuários, visando uma prática assistencial focada na humanização e nos demais princípios do SUS, como a integralidade, universalidade e equidade.

Medianeira, por ser um município em constante crescimento populacional, principalmente pela oferta de emprego na agroindústria e qualidade de vida aos seus moradores, tem recebido inúmeros imigrantes, oriundos de diversos países, em especial os haitianos, que atualmente somam um percentual de 72% de usuários estrangeiros do Sistema de Saúde local. Por esse motivo, faz-se necessária a organização das ações e estratégias para o acolhimento humanizado e eficiente para essa população nas UBS, através de um documento que possa nortear as ações de todos os trabalhadores de saúde e minimizar os impactos da vulnerabilidade e hipossuficiência informacional dessa população.

### **4. Objetivo**

A proposta de apresentação deste protocolo em formato resumido é auxiliar àqueles que prestam atendimento aos imigrantes haitianos, de forma mais prática e objetiva, especialmente na rede de atenção à saúde do município de Medianeira/PR, através da prática de um atendimento acolhedor, humano e eficiente na resolução das necessidades desses usuários frente ao processo saúde/doença.

Este protocolo poderá auxiliar:

- na identificação correta dos beneficiários de atenção, dando-se ênfase ao tratamento humanizado, com respeito às diferenças culturais, étnicas, sociais e principalmente ao idioma, minimizando os riscos e produzindo um acolhimento qualificado e respeitoso;

- na provisão de assistência adequada, seja ela emergencial ou eletiva (demanda espontânea) da UBS;
- na provisão de assistência a médio e longo prazo, bem como no referenciamento aos demais setores da Rede de Atenção à Saúde do município, considerando a perspectiva da inclusão dos beneficiários do atendimento.

## **5. Fases do atendimento**

Este protocolo é composto pelos chamados passos e medidas do atendimento que se resumem em:

**5.1. Primeiro passo da assistência - Atendimento Inicial** - subdividido em três medidas subsequentes, e uma medida transversal, que perpassa todas as fases do atendimento:

Medida 1 – Acolhida Humanizada e Identificação Pessoal;

Medida 2 – Atenção às questões emergenciais, especialmente os cuidados com a saúde e com a segurança pessoal;

Medida 3 – Identificação Detalhada;

Medida Transversal – Interpretação.

**5.2. Segundo passo da assistência – Monitoramento** - que significa o acompanhamento dos atendimentos e/ou encaminhamentos realizados, devendo ser feito também desde o princípio da assistência.

## **6. Público alvo**

Destina-se a todos os profissionais de saúde que estão, direta ou indiretamente, envolvidos no acolhimento e atendimento aos imigrantes haitianos, podendo se estender ao atendimento de demais imigrantes que se utilizam dos serviços de saúde locais.

## **7. Beneficiários**

São os imigrantes haitianos e/ou demais imigrantes que são acolhidos nas UBSs do Município de Medianeira/PR.

## **8. Princípios e questões sensíveis a serem observadas durante o atendimento**

A acolhida humanizada dos imigrantes haitianos deve ser pautada por uma série de princípios e práticas que respeitem a dignidade, a cultura e as necessidades específicas desse grupo.

**Escuta ativa:** é fundamental que os profissionais de saúde pratiquem a escuta ativa, permitindo que os imigrantes compartilhem suas histórias, preocupações e expectativas. Isso ajuda a construir uma relação de confiança.

**Educação e sensibilização:** profissionais de saúde devem ser capacitados sobre a cultura haitiana, suas tradições e costumes. Essa sensibilização ajuda a evitar preconceitos e a oferecer um atendimento mais apropriado.

**Apoio psicológico:** muitos imigrantes podem ter passado por experiências traumáticas. É importante oferecer suporte psicológico e emocional, com profissionais capacitados para lidar com questões relacionadas à migração e adaptação cultural.

**Cultura e diversidade:** reconhecer e respeitar a diversidade cultural é fundamental. As crenças, valores e práticas de saúde podem variar significativamente entre diferentes grupos. É importante estar ciente dessas diferenças e adaptar o atendimento quando necessário.

**Empatia e sensibilidade:** demonstrar empatia em relação às experiências e desafios que os imigrantes enfrentam, como traumas, discriminação e incertezas legais. Isso pode melhorar a relação entre o profissional de saúde e o paciente.

**Acessibilidade:** garantir que os serviços de saúde sejam acessíveis a todos os imigrantes, levando em consideração barreiras linguísticas, econômicas e geográficas. Isso pode incluir a disponibilização de tradutores ou serviços de saúde em locais convenientes.

**Participação da equipe multiprofissional:** a formação de equipes de saúde de diferentes áreas (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, tradutores, etc.) podem proporcionar um atendimento mais completo e eficaz. Todos os membros da equipe multiprofissional devem ser envolvidos na implementação do protocolo, seja na oferta de serviços e de assistência em parceria com as unidades básicas de saúde, seja na elaboração de documentos ou condução de pesquisas que possam contribuir para o aprimoramento deste atendimento, seja na formulação participativa da política pública. A participação da equipe multiprofissional no atendimento de imigrantes em saúde é crucial para garantir um cuidado integral e efetivo. Imigrantes frequentemente enfrentam desafios únicos, como barreiras linguísticas, diferenças culturais, traumas relacionados à migração e acesso limitado a serviços de saúde. Assim, uma abordagem colaborativa, envolvendo diferentes profissionais da saúde, pode proporcionar um suporte mais abrangente.

**Enfoque nos direitos humanos:** o enfoque nos direitos humanos no atendimento aos imigrantes em saúde é um aspecto fundamental para garantir que todas as pessoas, independentemente de sua nacionalidade ou status migratório, tenham acesso a cuidados de saúde adequados e dignos. Os mecanismos e procedimentos de atendimento devem se basear no respeito aos direitos humanos reconhecidos internacionalmente, especialmente os das vítimas. Isto inclui os direitos fundamentais e universais, e as liberdades de todos os seres humanos, que consistem em seus direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais.

**Equidade no acesso aos serviços de saúde:** garantir que os imigrantes tenham acesso igualitário aos serviços de saúde, sem discriminação por nacionalidade, idioma ou status migratório.

**Não discriminação e imparcialidade:** como correlato ao enfoque nos direitos humanos, os mecanismos e procedimentos de atendimento devem garantir a não discriminação e a imparcialidade em todas as fases do atendimento e serviços que sejam prestados. Migrantes não podem ser discriminados em razão de sua nacionalidade, etnia, raça, cor, gênero, religião,

idade, dentre outros. O princípio da não discriminação é central nos direitos humanos e deve ser aplicado em todos os níveis de atendimento à saúde. Profissionais de saúde devem ser treinados para lidar com preconceitos e estigmas que possam afetar a qualidade do atendimento oferecido aos imigrantes.

**Respeito às diferenças linguísticas, culturais, étnicas e religiosas:** visa garantir que o imigrante haitiano possa ser visto com um olhar diferenciado, acolhedor e principalmente respeitoso no que diz respeito aos seus modos de viver e agir, principalmente no trato de sua saúde e bem estar. O respeito a essas diferenças é um aspecto essencial para garantir uma assistência em saúde justa e eficaz.

**Enfoque interdisciplinar e intersetorial:** os fenômenos da migração precisam ser cuidados de forma interdisciplinar, o que significa que é necessário o conhecimento e expertise de disciplinas diversas, assim como a combinação de métodos, para garantir atenção/assistência e apoio adequados.

**Troca de Informação:** informação adequada deve ser trocada em tempo com todos os atores envolvidos no acolhimento e atendimento, com o objetivo de garantir a segurança e a privacidade do beneficiário.

**Acesso à informação:** informações sobre os serviços de saúde, direitos e deveres devem estar disponíveis em francês e creole, garantindo que os imigrantes compreendam o que é oferecido e como acessar esses serviços. O imigrante deve receber informação e esclarecimentos sobre seus direitos, serviços disponíveis, riscos e consequências do atendimento e da recusa do atendimento, para que assim, possa tomar decisões informadas. Para crianças e adolescentes, a informação deve ser prestada através de seu representante legal, e/ou através de métodos de comunicação lúdicos e compreensíveis para o seu estágio de desenvolvimento, sendo que a decisão a ser tomada será sempre de seu representante legal.

**Interpretação:** é essencial que a comunicação entre os beneficiários e os atores estratégicos que prestam o acolhimento seja feita de forma compreensível para ambas as partes e principalmente na língua materna ou de preferência do beneficiário. Desta forma, a interpretação é essencial no atendimento de imigrantes que não compreendam ou falem português.

**Confidencialidade:** manter a privacidade e a confidencialidade das informações dos imigrantes é crucial. Isso não apenas cumpre as leis de proteção de dados, mas também ajuda a construir confiança.

**Respeito à autonomia:** os imigrantes devem ser envolvidos nas decisões sobre seu tratamento e cuidados de saúde, respeitando sua autonomia e preferências.

**Comunicação clara e eficaz, empoderamento e autonomia:** utilizar intérpretes ou materiais traduzidos quando necessário, para assegurar que os imigrantes compreendam as informações sobre sua saúde e os serviços disponíveis. Incentivar a participação ativa dos imigrantes nas decisões sobre seu tratamento de saúde, respeitando a autonomia e preferências.

**Segurança:** todas as medidas tomadas no curso do atendimento devem garantir, além do bem estar físico e psicológico, a integridade física do beneficiário.

## MEDIDA 1: Acolhida Humanizada e Identificação Pessoal

Acolher de forma humanizada implica numa prestação de serviço de forma humanizada, cidadã, de escuta qualificada e ativa. É a adequação do serviço prestado às necessidades, ambiente e à cultura do beneficiário, respeitando sua privacidade e tendo como objetivo a resolubilidade do atendimento.

Inicia-se com a chegada do usuário imigrante na UBS, sendo fase primordial do contexto do acolhimento. Este atendimento deve ser realizado de maneira gentil, cordial, respeitosa e empática, onde o servidor permita que o usuário sinta-se acolhido, ouvido e cuidado, possibilitando-lhe expressar suas angústias e necessidades. Eventuais dificuldades encontradas que dificultem o processo informacional deverão ser solucionadas através de ferramentas disponíveis no próprio serviço de saúde, a exemplo da solicitação de intérpretes (acompanhantes que estejam há mais tempo no Brasil e com familiaridade na língua portuguesa), utilização de softwares de tradução disponíveis na rede de computadores da unidade de saúde, formulários com perguntas e respostas na língua nativa do imigrante (*creoule*), folders ilustrativos, linguagem não verbal (gestos, sinais e desenhos), entre outros meios aptos a minimizar as barreiras comunicacionais.

<b>O quê? Acolhida humanizada e identificação pessoal</b>		
<b>Quando deve ser feito</b>	<b>Como deve ser feito?</b>	<b>Quem deve estar envolvido?</b>
Imediatamente após o primeiro contato com o beneficiário.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- recepção e acolhida qualificada, ética e respeitosa; os profissionais de saúde devem ser treinados em questões culturais e sensibilização para entender as necessidades e particularidades da população haitiana.</li> <li>- Criar um espaço acolhedor onde os imigrantes sejam recebidos por uma equipe treinada, que os informe sobre os serviços disponíveis;</li> <li>- Identificação da necessidade de interpretação;</li> <li>- Escuta ativa e imediata identificação pessoal (verificação de documentação pessoal, cadastro no sistema de saúde local, Cartão Nacional de Saúde);</li> <li>- Oferecer assistência na</li> </ul>	<p>Considerando que quem escolhe a porta de entrada do sistema de saúde é o usuário, qualquer servidor da rede de saúde local deve saber prestar este tipo de atendimento pessoalmente ao imigrante, tendo capacidade de identificar a demanda apresentada na chegada do paciente à unidade e referenciando, caso o atendimento não seja de sua competência.</p> <p>A interpretação deve ser fornecida desde o primeiro contato, seja pela recepção, seja por qualquer outro servidor de saúde local.</p> <p>Os imigrantes haitianos enfrentam diversas barreiras culturais no que diz respeito à saúde, que podem impactar sua capacidade de acessar e utilizar serviços de saúde de forma eficaz.</p>

	<p>obtenção de documentos necessários, além de informações sobre direitos e deveres;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Documentação flexível: reconhecer que muitos imigrantes podem não ter documentos de identidade formais. É importante desenvolver um sistema que permita a identificação com outros tipos de documentos, como comprovantes de residência ou registros comunitários.</li><li>- Escuta ativa para identificar as demandas ou necessidades emergenciais, preenchimento da ficha individual familiar e encaminhamentos que se façam necessários no momento da acolhida.</li><li>- Abordagem holística: considerar não apenas os dados pessoais, mas também informações relevantes sobre condições de saúde preexistentes, necessidades específicas e acesso a serviços de saúde.</li><li>- Feedback e melhoria contínua: criar canais de comunicação para receber feedback dos imigrantes sobre o acolhimento e realizar melhorias contínuas no protocolo.</li></ul>	
--	--	--

**Tabela 2. Dicas para a realização de uma acolhida humanizada<sup>18</sup>.**

<b>Dica</b>	<b>Descrição</b>
Conduzir o atendimento em local que assegure privacidade	Todos os esforços devem ser feitos para garantir privacidade durante a entrevista pessoal e acolhimento, procurando um local de atendimento apropriado e evitando interrupções.
Deixar o beneficiário à vontade	Qualquer atendimento a uma pessoa em situação de vulnerabilidade (comunicacional, cultural, econômico-social) é carregado de emoções e stress. Começar a conversa casualmente pode ter um efeito relaxante. Sorrir, olhar nos olhos e aproximar-se fisicamente são técnicas de comunicação não verbal que também trazem conforto ao outro. Outra dica seria reforçar os sentimentos positivos e despistar os negativos, lidando com as emoções. E ainda, deixar o beneficiário falar mais, saber ouvir e falar menos.
Treinar técnicas de questionamento	Saber fazer perguntas é tão importante quanto saber quais perguntas fazer. Sugere-se que as perguntas sejam feitas com linguagem acessível (preferencialmente no idioma nativo), de forma clara e repetidas se necessário. Sugere-se também a realização de treinamentos sobre técnicas de entrevistas aos servidores.
Linguagem corporal	Estudar técnicas de linguagem corporal e ao aplicá-las permitir que o beneficiário sinta mais empatia e proximidade. A exemplo, não cruzar braços e pernas, demonstrando abertura e disponibilidade para compreender. Olhar nos olhos, interessar-se pela escuta. Cuidado ao tomar notas para não ficar muito concentrado no papel e menos na pessoa.
Manter reações e sentimentos para si mesmo	Não demonstrar suas emoções ou interpretações da situação vivenciada ou sobre o usuário (inclusive preconceitos). A exemplo, não duvidar ou desmerecer o beneficiário, ainda que a informação ou os detalhes sobre sua vivência sejam difíceis de acreditar.

**Atenção:** Fazer uma identificação detalhada não significa uma investigação sobre a vida do beneficiário, mas colher as principais informações pessoais para instrumentalizar o atendimento na forma mais adequada à situação pessoal do usuário.

<sup>18</sup> Este formulário foi adaptado da seguinte bibliografia: MT Brasil – Migrações Transfronteiriças: Fortalecendo a capacidade do governo federal para gerenciar novos fluxos migratórios. 2016.

**Tabela 3. Principais barreiras no que diz respeito à saúde que podem impactar a capacidade de acessar e utilizar os serviços de saúde.**

1. Linguagem	A barreira linguística é uma das mais significativas. Muitos haitianos falam crioulo haitiano ou francês, e a falta de profissionais de saúde que falem essas línguas pode dificultar a comunicação e compreensão das instruções médicas, diagnósticos e tratamentos. Identificar e superar as barreiras linguísticas que podem dificultar a comunicação entre os profissionais de saúde e os imigrantes minimizará os impactos negativos na assistência. A comunicação clara é vital para a construção de confiança e para a adesão ao tratamento.
2. Diferenças culturais	Profissionais da saúde devem entender que a cultura haitiana possui peculiaridades e modos de expressão diferentes à dos brasileiros. Para isso precisam ser capacitados para entender e respeitar as tradições, valores e práticas de diferentes grupos étnicos e culturais. Isso não apenas melhora a experiência do paciente, mas também contribui para melhores resultados em saúde, pois as intervenções podem ser mais bem adaptadas às necessidades dos indivíduos.
3. Diferenças nos sistemas de crenças	A abordagem à saúde pode variar consideravelmente entre culturas. Algumas tradições haitianas podem incluir práticas de medicina alternativa ou crenças em curas espirituais, o que pode levar a uma desconfiança em relação ao sistema de saúde ocidental e suas práticas. É fundamental que os profissionais de saúde estejam cientes dessas crenças e pratiquem a empatia, permitindo que os pacientes expressem suas necessidades e preferências relacionadas aos cuidados de saúde.
4. Diferenças nos sistemas de saúde	Os imigrantes podem vir de países com sistemas de saúde muito diferentes. É importante educá-los sobre como funciona o sistema de saúde local, incluindo o acesso a serviços e o funcionamento da Rede de Atenção à Saúde.
5. Estigmas e tabus	Questões de saúde mental, doenças infecciosas e condições crônicas podem ser cercadas de estigmas em algumas comunidades haitianas. Isso pode fazer com que imigrantes hesitem em buscar ajuda, por medo de discriminação ou julgamento. Estar atento ao estigma que alguns grupos de imigrantes podem enfrentar e como isso pode afetar sua disposição para buscar atendimento.
6. Falta de informação	A desinformação sobre como o sistema de saúde funciona, sobre direitos de saúde e prevenção de doenças pode levar a um uso inadequado dos serviços de saúde. Isso é frequentemente exacerbado por uma falta de acesso a materiais informativos na língua nativa.
7. Experiências anteriores	Muitas pessoas que imigram do Haiti podem ter experiências traumáticas relacionadas à saúde, seja devido a catástrofes naturais, guerras ou sistemas de saúde ineficazes em seu país de origem. Essas experiências podem criar desconfiança em relação aos serviços de saúde, mesmo em um novo país.

8. Aspectos sociais e econômicos	Imigrantes podem enfrentar dificuldades financeiras que os impedem de buscar atendimento médico regular. Questões como emprego instável, falta de moradia adequada e discriminação racial podem agravar esses desafios. Para melhorar o acesso e a qualidade da saúde para imigrantes haitianos é fundamental que os sistemas de saúde sejam culturalmente preparados e abertos para encorajar as práticas de acolhimento com respeito às diferenças.
9. Status migratório	O medo de deportação ou a incerteza sobre o status migratório podem levar imigrantes a evitar buscar cuidados de saúde. Garantir que os serviços de saúde sejam oferecidos independentemente do status migratório é essencial. Considerar que o status migratório pode afetar o acesso a serviços de saúde e o nível de conforto dos imigrantes ao buscar atendimento.

## MEDIDA 2: Atenção às questões ou as necessidades emergenciais

Nesta fase do atendimento, deve se avaliar as primeiras medidas que devem ser tomadas no que diz respeito à assistência ao problema de saúde apresentado pelo usuário.

<b>O quê? Atenção às necessidades emergenciais</b>		
<b>Quando deve ser feito?</b>	<b>Como deve ser feito?</b>	<b>Quem deve estar envolvido?</b>
Imediatamente após o primeiro contato com o usuário	<ul style="list-style-type: none"><li>- Interpretação da queixa;</li><li>- Primeiras medidas de assistência:<ol style="list-style-type: none"><li>1. Sintomas físicos: dor de cabeça, fadiga, tontura, dores musculares, nas costas, de estômago, dermatites, problemas de visão, respiração, dentes, etc.</li><li>2. Sintomas mentais: problemas de memória, ansiedade, raiva, depressão, estres pós-traumático, etc.</li><li>3. Ferimentos: atuais ou antigos;</li><li>4. Doenças pré-existentes ou infecciosas: cardíacas, diabetes, hepatites, ISTs, HIV, etc.</li><li>5. Algum tipo de dependência química: álcool ou drogas.</li></ol></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Recepcionista da UBS (faz uma prévia oitiva das queixas mas não adentra em detalhes, tendo em vista não ter qualificação técnica para diagnóstico). Referenda para sala de triagem;</li><li>- Técnicos de enfermagem e enfermeiros: realização da triagem inicial, escuta qualificadas e aferição dos sinais vitais. Classificação de risco de acordo com o grau de urgência e encaminhamento para avaliação e conduta médica e/ou odontológica conforme necessário.</li><li>- Médicos, dentistas, psicólogos e demais profissionais que prestam assistência de acordo com a demanda apresentada: anamnese, histórico pessoal e familiar, escuta qualificada, diagnóstico e tratamento prescrito de acordo com as necessidades atuais do usuário e em respeito às questões sócio-culturais dos imigrantes.</li><li>- Equipe Multiprofissional e demais especialidades: continuidade no atendimento após estabilização e encaminhamento para outras especialidades, exames, procedimentos, tratamentos farmacológicos e/ou alternativos. Todos os atores da rede de saúde devem estar aptos a entender as necessidades individuais dos imigrantes haitianos e buscar alternativas para melhor atender e resolver as demandas apresentadas.</li></ul>

### MEDIDA 3: Identificação Detalhada<sup>19</sup>

O quê? Identificação Detalhada		
Quando deve ser feito?	Como deve ser feito?	Quem deve estar envolvido?
<p>Pode ser feita ainda no primeiro atendimento, dependendo do estado (de saúde, psicológico) que o usuário se encontra.</p> <p>Caso haja dificuldades de comunicação, ou houver outras questões emergentes mais importantes (por exemplo: dor aguda, crise hipertensiva importante, etc), transferir para um segundo atendimento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Interpretação;</li> <li>- Se optar fazer a identificação detalhada no primeiro atendimento, atentar para não assustar o usuário com excesso de perguntas. Lembrar que serão várias as oportunidades em melhor conhecer o paciente com os futuros retornos à UBS;</li> <li>- Reconhecer que num primeiro atendimento o vínculo de confiança pode estar frágil, prejudicando as respostas. Dar tempo ao usuário para que compreenda o processo de identificação e sua necessidade para atendimentos futuros.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Qualquer ator da rede de saúde local deve estar preparado para fazer uma identificação detalhada.</li> <li>- ACS (Agente Comunitário de Saúde): possui atividade essencial na identificação dos usuários de seu território de abrangência. É da competência funcional do ACS a correta identificação dos usuários de seu território de abrangência, especialmente ao preencher o cadastro individual e familiar;</li> <li>- Recepção: Deve estar capacitada para compreender os aspectos e a importância da identificação detalhada dos usuários atendidos na unidade de saúde. Pode iniciar o processo de identificação, que pode ser complementado por demais servidores no decorrer dos atendimentos (informações complementares); Lembrar que a recepção é um local que atende muitas pessoas em determinados períodos do dia, e nem sempre é possível dispor de tempo suficiente e com qualidade para uma abordagem mais demorada;</li> <li>- Enfermeiros, médicos, assistentes sociais, psicólogos, farmacêuticos e outros profissionais que no decorrer da rotina da UBS acabam tendo contato com os imigrantes haitianos.</li> </ul>

**Atenção:** A rigidez no preenchimento de fichas ou formulários de atendimento (ex: deixar a cabeça baixa e fazer perguntas diretas com o conteúdo dos campos a serem preenchidos, sem interação social com o entrevistado) pode ser prejudicial para a criação de empatia entre o usuário do serviço e o ator responsável pelo atendimento e para o processo de escuta qualificada

<sup>19</sup> Este formulário foi adaptado da seguinte bibliografia: MT Brasil – Migrações Transfronteiriças: Foralecendo a capacidade do governo federal para gerenciar novos fluxos migratórios. 2016.

e ativa. Recomenda-se a condução do atendimento inicial de maneira informal, com foco na escuta, e não no preenchimento do formulário. O formulário é um instrumento para o registro de dados, não para a coleta ou a extração da informação. O meio para a extração da informação é o interlocutor que presta o atendimento, que deverá se apropriar das técnicas de entrevista individual para alcançar este objetivo.

**Tabela 4. Dicas para a realização de entrevista**

<b>Dominar o conteúdo</b>	Inicialmente, domine o conteúdo do formulário ou roteiro para uma entrevista bem sucedida. A familiaridade com o tema evita confusões por parte do entrevistador.
<b>Conheça o paciente</b>	Se possível, revise o histórico médico do paciente antes da entrevista. Isso ajuda a contextualizar a conversa.
<b>Saber fazer as perguntas</b>	Determine quais informações você precisa coletar. Isso pode incluir sintomas, histórico médico, preocupações ou objetivos do tratamento. - seja claro nas perguntas, favorecendo também respostas claras; - faça perguntas curtas, se possível; - Faça perguntas e não induza as respostas.
<b>Crie um ambiente confortável</b>	Escolha um local tranquilo e privado, onde o paciente se sinta a vontade para falar. Minimizar distrações, como celulares ou conversas paralelas, para que o paciente sinta que está recebendo atenção total.
<b>Apresentação</b>	Comece apresentando-se e explicando a finalidade da entrevista. Use uma abordagem amigável e acolhedora para ajudar o paciente a se sentir confortável.
<b>Sabe ouvir e deixar falar</b>	- fale menos e ouça mais, permitindo que o usuário se sinta empoderado, enquanto o entrevistador somente conduz a entrevista na direção da informação desejada; - preste atenção no que está sendo dito e de que forma; - ouça de maneira atenta. Ficar quieto agindo como ouvinte e ao mesmo tempo prestando atenção nos detalhes da entrevista, fazendo anotações, pensando nas próximas perguntas a serem feitas. Utilizar expressões como: “é mesmo?”, “conte-me mais”, “continue”, “compreendo”, mostram atenção e empatia com o problema relatado e podem motivar o usuário a falar com mais detalhes. - Não atrepele perguntas, interrompa frases, tire conclusões precipitadas ou responda pelo usuário.

	- Após ouvir o que o paciente tem a dizer, faça perguntas mais específicas para obter informações detalhadas. Utilize a técnica dos 5 porquês: se necessário pergunte “por quê?” para aprofundar a compreensão do problema.
<b>Buscar empatia e clareza</b>	Se o usuário estiver dando respostas muito genéricas, já é uma demonstração de distanciamento. Tente construir empatia mostrando atenção e pedindo que forneça exemplos ou detalhes adicionais. Reconheça os sentimentos do paciente. Dizer coisas como “Entendo que isso deve ser difícil para você” pode ajudar a criar confiança.
<b>Valide as preocupações</b>	Mesmo que as queixas pareçam triviais, valide a experiência do paciente.
<b>Durante o registro</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- manter contato visual, evitando cabeça baixa para fazer anotações;</li> <li>- ter folhas extras para fazer observações sobre a entrevista ou anotar perguntas que deseja fazer posteriormente para não interromper o usuário;</li> <li>- fazer anotações sobre a entrevista com um prazo máximo de 24 horas evitando esquecer os detalhes.</li> </ul>

Obs: Entrevistar pacientes haitianos na área da saúde requer sensibilidade cultural, empatia e uma abordagem respeitosa. A entrevista é uma tarefa fundamental que requer habilidades de comunicação, empatia e conhecimento técnico.

### **MEDIDA TRANSVERSAL: Interpretação**

A interpretação deve ser disponibilizada desde o primeiro passo do atendimento, sendo importante durante todo o atendimento e elemento necessário para um acolhimento humanizado. A interpretação contribui também para que o imigrante possa acessar serviços públicos essenciais para o trato das questões de saúde.

### **SEGUNDO PASSO DA ASSISTÊNCIA: Monitoramento**

O monitoramento é o segundo passo da assistência. Este deve ser feito por e com o apoio de todos os atores estratégicos envolvidos no acolhimento e atendimento do usuário imigrante haitiano. O monitoramento compreende o acompanhamento dos atendimentos e/ou encaminhamentos realizados (agendamento de exames, referência e contra referência para serviços especializados, procedimentos ambulatoriais, dispensação de medicamentos, agendamento e aplicação de vacinas, agendamento de exames preventivos, agendamento de consultas de retorno, etc.).

É importante que as informações relatadas fiquem registradas na identificação pessoal do usuário, deixando a memória de todo o seu histórico de atendimento. A equipe deve estar

atenta ao monitoramento e avaliação do atendimento prestado, garantindo que as intervenções sejam adequadas e eficazes, além de promover a melhoria contínua dos serviços.

## 9. Resultados esperados

A presente proposta apresentada à Secretaria Municipal de Saúde de Medianeira/PR visa melhorar a assistência prestada a todos os imigrantes haitianos nas UBSs do município, proporcionando um Acolhimento Humanizado a esses usuários, em respeito aos princípios do SUS, e garantindo uma assistência em saúde justa e eficaz.

Espera-se que todos os servidores atuantes nas Unidades de Saúde local estejam preparados para superar as diversas barreiras que impedem ou dificultam o atendimento de imigrantes, sejam eles haitianos ou de quaisquer outras origens.

O protocolo aqui ofertado é um documento aberto, que permite a incorporação de novas estratégias e/ou ajustes que se fizerem necessários na rotina de cada unidade. Através dele espera-se que sirva de suporte para que o servidor compreenda os passos a serem seguidos, principalmente para aqueles que estão iniciando na carreira e que não possuem experiência prévia com comunidades imigrantes.

## 10. Referências Bibliográficas

ARAGÃO, Antônia E. de Araújo [et. al]. **Humanização na saúde: conceitos, dilemas e práticas (livro eletrônico)**. 1 ed. Sobral: LMR Distribuidora, 2018. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/E-bookHumanizaodaSade.pdf>. Acesso em: 14 out 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 4. ed. 4. reimp. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BUSATO, Ivana Maria Sales. **SUS: estrutura organizacional, controle, avaliação e regulação**. Curitiba: Intersaberes, 2019.

CIMINO, Valdir. **Humanização em Saúde: humanizar para comunicar ou comunicar para humanizar?** São Paulo: Editora Contracorrente, 2016.

CORIOLO-MARINUS, M.W.L., QUEIROGA, B.A.M, RUIZ-MORENO, L, LIMA, L.S. **Comunicação nas práticas em saúde**. Revista Integrativa da literatura. Saúde Soc. 2014 (1356-1369). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/v4qzCcwMMwyyz5TztQ9sMg/?format=pdf>. Acesso em 17 dez. 2024.

PEDRA J. B., Alline. **Guia Prático de Atendimento aos Migrantes, Refugiados, Vítimas de Tráfico de Pessoas e Brasileiros Retornados, em situação de vulnerabilidade e em áreas de fronteira**. Brasília: ICMPD (International Centre for Migration Policy Development) & Ministério da Justiça e Cidadania, 2016.

RAMOS, Natália. **Saúde, migração e interculturalidade: perspectivas teóricas e práticas**. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB, 2008.

SANCHES, L.C., KINASZ, R., SANCHES, M.A., GARBELINI, M.C.L. **Imigração de haitianos: enfoque na comunicação em saúde**. Revista Espaço para a Saúde, 2023. Disponível em: <https://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosauade/article/view/893>. Acesso em 14 ago. 2024.

SEGATTI, Fabiana. **Atendimento aos migrantes, refugiados, vítimas de tráfico de pessoas e brasileiros retornados em situação de vulnerabilidade**. Disponível em: <https://blog.gesuas.com.br/atendimento-aos-migrantes-refugiados-vitimas-de-traffic-de-pessoas-e-brasileiros-retornados-em-situacao-de-vulnerabilidade/>. Acesso em 12 jun 2024.

SOLLA, Jorge J. S. P. **Acolhimento no sistema municipal de saúde**. Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/cDwF4VPytLxtZCqcGSHBHjM/>. Acesso em Agosto 2024.

\_\_\_BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização HumanizaSUS**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/acoes-e-programas/humanizasus>. Acesso em 12 mai. 2023.

\_\_\_BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhida à demanda espontânea**. 1 ed. 1 reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_demanda\\_espontanea\\_cab28v1.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf). Acesso em 15 out 2024.

**Elaboração:** Ivandro Marcelo Kukul

**Data de elaboração:** \_\_/\_\_/\_\_\_\_.

**Validação:** Enfermeiros da RAS de Medianeira/PR

**Aprovação:** Conselho Municipal de Saúde de Medianeira/PR

**Data de aprovação:** \_\_/\_\_/\_\_\_\_.