

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

BRUNO DENES CESÁRIO PEREIRA

PERCEPÇÃO DE IMIGRANTES HAITIANOS FRENTE ÀS QUESTÕES DE SAÚDE
EM UMA GRANDE CIDADE BRASILEIRA.

CURITIBA

2019

BRUNO DENES CESÁRIO PEREIRA

PERCEPÇÃO DE IMIGRANTES HAITIANOS FRENTE ÀS QUESTÕES DE SAÚDE
EM UMA GRANDE CIDADE BRASILEIRA.

Dissertação apresentada ao Setor de Ciências da Saúde do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre no Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Deivisson Vianna Santos.
Co-orientadora: Prof. Dra. Sabrina Stefanello

CURITIBA

2019

P436 Pereira, Bruno Denes Cesário

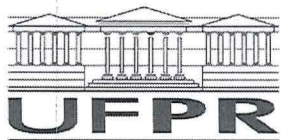
Percepção de imigrantes haitianos frente às questões de saúde em uma grande cidade brasileira [recurso eletrônico] / Bruno Denes Cesário Pereira – Curitiba, 2019.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná.

Orientador: Prof. Dr. Deivisson Vianna Dantas dos Santos
Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Sabrina Stefanello

1. Migração humana. 2. Acesso aos serviços de saúde.
3. Migrantes. 4. Haiti. I. Santos, Deivisson Vianna Dantas dos.
II. Stefanello, Sabrina. III. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

NLMC: W84.6



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO SAÚDE DA FAMÍLIA -
33303002001P9

TERMO DE APROVAÇÃO

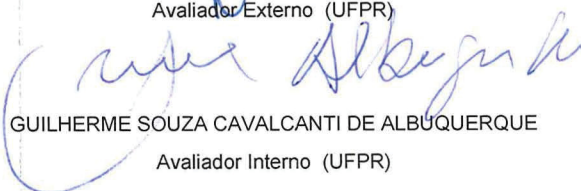
Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em SAÚDE DA FAMÍLIA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Dissertação de Mestrado de **BRUNO DENES CESÁRIO PEREIRA** intitulada: **Percepção de imigrantes haitianos frente às questões de saúde em uma grande cidade brasileira**, após terem inquirido o aluno e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua Aprovado no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 12 de Abril de 2019.


DEVISSON VIANNA DANTAS DOS SANTOS
Presidente da Banca Examinadora (UFPR)


MARCOS CLAUDIO SIGNORELLI
Avaliador Externo (UFPR)


GUILHERME SOUZA CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE
Avaliador Interno (UFPR)

AGRADECIMENTOS

Foi tenso, hein?!

O principal agradecimento vai ao digníssimo professor Deivisson. Obrigado pela sabedoria e pela calma absurda.

À professora Sabrina, sempre dando apoio e me fazendo sorrir. Muito obrigado.

Aos colegas do mestrado, parceiros de neuras e desesperos, em especial ao André Filipak e sua parceira, Ângela. Valeu pelas dicas.

Ao meu grande amigo e praticamente co-orientador em menção honrosa, Antonio Junior. O único que aturou os surtos e aguentou as crises de ansiedade. Obrigado pelas risadas e pela força.

Ao pessoal do projeto PBMIH da reitoria da Federal do Paraná, em especial à Maria Gabriel, pela recepção e acesso. Sem eles, não haveria dissertação alguma.

Sou grato eternamente.

Quando me desespero, lembro-me de que em toda a História a verdade e o amor sempre venceram. Houve tiranos e assassinos e, por muito tempo, pareciam invencíveis, mas no final sempre caíram. Pense nisso! Sempre

Mahatma Gandhi

RESUMO

Migração é uma realidade mundial. Difere nas causas e consequências sociais, epidemiológicas e econômicas. No Brasil, o estudo dos efeitos da imigração na saúde ainda é parco. Objetiva-se compreender o processo de saúde-doença em imigrantes haitianos residentes em Curitiba e região, Paraná. Trata-se de uma pesquisa qualitativa via entrevistas com perguntas disparadoras com imigrantes entre maio e novembro de 2018 na reitoria da Universidade Federal do Paraná. A avaliação dos resultados foi feita por análise de conteúdo criando-se núcleos argumentativos: percepção de doença, o acesso à rede de saúde e a experiência de tratamento de saúde no Brasil/Haiti. Verificou-se que a procura pelos serviços de saúde é aleatória, pontual, sem obedecer ao sistema e sem construção de vínculo, além de sofrerem preconceito. Faz-se imprescindível o reconhecimento dessa situação pela gestão pública de saúde e criação de estratégias que absorvam as demandas desse fenômeno social.

Palavras – chave: migração, saúde, haitianos

ABSTRACT

Migration is a universal reality. They are singular in their causes, and in their economic, epidemiological, and social consequences. In Brazil, the study of the effects of immigration in health is still meager. The objective is to comprehend the health-disease process in Haitian immigrants that reside in Curitiba and its metropolitan region in Paraná State. This qualitative research used interviews containing trigger questions answered by the immigrants from May-2018 to November of the same year, at the Rectory Building of Parana State Federal University. Results were evaluated via content analysis, creating argumentative cores: perception of illness, access to health networks and health treatment experience in Brazil/Haiti. Verifying that the search for health-related services is random, punctual, with no regard for the system and without the creation of bonds, in addition to prejudice. It is indispensable for the Public Health Management to acknowledge this situation, so that strategies can be created to absorb the demands of this social phenomenon.

Keywords: migration, health, Haiti

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS.....	17
3	METODOLOGIA	18
4	RESULTADOS.....	21
4.1	PERCEPÇÃO DE ESTAR/SER DOENTE	21
4.2	O ACESSO À REDE.....	24
4.3	EXPERIÊNCIA DE TRATAMENTO NO BRASIL E NO HAITI	28
5	DISCUSSÃO.....	30
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	40
	APENDICE I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	44
	APENDICE II - Perguntas disparadoras para imigrantes haitianos	46

1 INTRODUÇÃO

A migração humana é um fenômeno conhecido há muito tempo, sempre estudada e acompanhada, pois suas características, causas e consequências mudam com o passar do tempo (BATISTA, s/a). Esse fenômeno pode ser classificado em migração forçada ou involuntária, causada por guerras, perseguições políticas, raciais ou religiosas, além de desastres naturais causados ou não pelo homem, e migração voluntária, que sobrevém objetivando melhores condições de vida, especialmente no trabalho.

Como impactos principais da migração, têm-se os demográficos, econômicos e sociológicos. A migração exige, quer aos países de origem, quer aos países receptores, um esforço constante de reorganização interna, política e social, de forma a responder às necessidades e às expectativas das populações migrantes (TOPA, NEVES, 2013).

Além dos impactos demográficos, econômicos e sociológicos, especialmente nas últimas décadas tem crescido a quantidade de estudos e análises sobre as consequências do fluxo migratório no sistema de saúde. Isso vem acontecendo devido à uma necessidade real de suprir o aumento da demanda dessas populações dentro dos serviços de saúde.

Para exemplificar a importância de se reconhecer a influência do movimento migratório em um sistema de saúde, pode-se citar Idehen *et. al* (2018), que destaca as disparidades raciais e étnicas no rastreamento de patologias cervicais na Finlândia (tido como um serviço universal dentro desse sistema de saúde), refletindo em números de menor participação de imigrantes russos, somalianos e curdos em relação à população finlandesa. Os autores concluem que mesmo havendo direitos ou igual acesso, não há garantias de utilização igualitária ao serviço e isso se daria por questões associadas à migração, como nível educacional baixo, subempregos, baixa proficiência da língua, falta de conhecimento e/ou entendimento sobre rastreamentos médicos, experiências prévias ruins com o serviço de rastreamento, incapacidade de se orientar dentro do sistema de saúde e de obter informações sobre saúde.

Sendo assim, conscientizar-se sobre a heterogeneidade auxilia no reconhecimento de prioridades dentro da atenção primária para as populações de imigrantes segundo Banerjee e Shah (2018), que comparam a prevalência de

diabetes em imigrantes sul asiáticos em Ontario, Canadá, conectando fatores migratórios a tal condição de saúde (nova residência, trabalho, educação e condição econômica).

Ventura (2018) reitera que a condição de saúde dos imigrantes interfere na sua inserção e integração à sociedade e que para isso é fundamental compreender o processo saúde-doença e cuidado desses grupos, refletindo sobre as respectivas responsabilidades dos Estados. A mesma autora, juntamente com Guerra (2017), pontua a necessidade de pensar nas consequências negativas que a imigração traz para a saúde e, novamente, põe em cheque as responsabilidades dos Estados para com a saúde desta população.

As mudanças do processo migratório implicam em individuais, por alterações das condições e modo de vida, e populacionais dentro do perfil de doenças infecciosas e crônicas que são trazidas e isso traz impactos na saúde pública (Azerkan *et. al*, 2008). Diante disso, considera-se que esse processo tem grande valor na indicação de vulnerabilidade e desigualdade social em saúde entre países e dentro deles (Oyarte *et. al*, 2018). Por exemplo, no Chile, há diferenças nas taxas de hospitalização por câncer entre migrantes e a população local segundo Oyarte *et. al* (2018) e disso adverte-se que modelos diferenciados de cuidados devem ser considerados para os imigrantes.

Uma realidade semelhante é observada em outros trabalhos internacionais sobre as dificuldades que imigrantes têm para o acesso aos serviços de saúde. Ochieng (2012) assenta as barreiras que a comunidade africana subsaariana enfrenta no Reino Unido, tais como a barreira da língua, pouca ajuda por partes dos profissionais de saúde frente a questões emocionais e a irregularidade de voluntários bilíngues ofertados para a população-alvo. No Canadá, Redditt (2015) destaca a quantidade notável de doenças crônicas que são trazidas pelos imigrantes, como anemia, alterações nos níveis tensionais e glicêmicos, bem como irregularidades nos achados citológicos cervicais. Sendo assim, a autora reforça a importância do sistema em compreender e dar acesso a esses indivíduos e destaca por fim a relevância em se triar para doenças crônicas e mentais.

Em contraste a essas realidades, a Canadian Medical Protective Association (CMPA) aponta que a população estrangeira que reside no país goza sim de melhor saúde que os canadenses, mas que vai piorando mais rápido ao longo do tempo. Desse modo, preconiza a triagem desses usuários para doenças crônicas e

infectocontagiosas. A mesma associação aponta que enquanto o seguro social dessas pessoas não sai, elas estão sujeitas a atendimentos emergenciais custeados pelo governo e que os médicos da atenção primária devem estar cientes das condições em que esses indivíduos são trazidos ao país (mudanças nos laços sociais, na construção de novos laços, a transição sociocultural de um país para outro e mudanças culturais). Também formula protocolos especiais para esse setor no que se refere a doenças crônico-degenerativas, infectocontagiosas, saúde mental e saúde da mulher.

Faleiros (2012), destaca que em alguns países receptores se acredita que permitir o acesso aos serviços sociais, como à saúde pública, possa servir como um fator de atração para novos imigrantes. Mesmo em países em que existe a garantia formal de acesso aos imigrantes à saúde, como Reino Unido, Espanha, Itália, Alemanha, Bélgica, Holanda, as barreiras de acesso a tratamentos reais por parte dos imigrantes são inúmeras, como por exemplo características da população, do sistema de saúde e do ambiente, conforme constatou Romero-Ortuno (2004). De acordo com a Organização Internacional para Migrações (OIM, 2011), somente Brasil, Argentina, Espanha, Portugal e França garantem acesso à saúde aos imigrantes indocumentados residentes em seus territórios.

Paralelamente a esse contexto, na última década têm aumentado os fluxos migratórios de estrangeiros para o Brasil. Dados auferidos pela Polícia Federal (2015) revelam um aumento de 160% na quantidade de imigrantes que deram entrada no país, no período de 2006 a 2015.

Diversas nacionalidades compõem o quadro de imigrantes estrangeiros que deram entrada no Brasil em 2015, conforme registros da Polícia Federal. Destacam-se, em números de entradas, haitianos (14.535), bolivianos (8.407), colombianos (7.653), argentinos (6.147), chineses (5.798), portugueses (4.861), paraguaios (4.841), e norte-americanos (4.747). Em 2016 a imigração haitiana continuou sendo predominante, com 42.026 haitianos¹ registrados pela Polícia Federal publicados pelo Conselho Nacional de Imigração (CNIg).

¹ Atualmente, o Haiti encontra-se com o sistema político desorganizado, a economia destruída e a população desnutrida, padecendo com a rápida disseminação do vírus da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – AIDS e da bactéria *Vibrio cholerae*, a Cólera. Esse quadro de completa desesperança faz com que muitos haitianos optem por deixar o país com destino, principalmente para o Canadá, os EUA, a França, as Antilhas Francesas, a República Dominicana e o Brasil.

Esse aumento vertiginoso tem significado um grande desafio aos estados nacionais que recepcionam esses fluxos de imigrantes, no que se refere a garantias de direitos sociais básicos, como a saúde.

No Brasil, a saúde é compreendida como um direito estabelecido a partir de três princípios²: universalização, equidade e integralidade. A universalização consiste em um direito à saúde a ser garantido a todas as pessoas sem distinção e assegurado pelo Estado. O objetivo do princípio de equidade é diminuir as desigualdades, no sentido de personalizar o atendimento – as pessoas são diferentes e suas necessidades também. Rawls (1971), citado por Martes e Faleiros (2013) considera a equidade um dos pontos fundamentais nas discussões sobre políticas públicas para a crescente população de migrantes internacionais. E por fim, o princípio de integralidade engloba a concepção de que saúde ultrapassa o manejo da doença: envolve ações como prevenção e articulação de políticas públicas para assegurar um desenvolvimento completo dos indivíduos.

O acesso formal à saúde é garantido universalmente no Brasil, uma vez que está contemplado no art. 196 de sua Constituição Federal (1988). Os princípios normativos adotados pela Constituição Federal Brasileira e a Lei Federal Orgânica do SUS não vedam o acesso universal e gratuito dos serviços de saúde aos imigrantes no SUS, estejam eles regularizados ou não (GUERRA e VENTURA, 2017). Essa prerrogativa permite que toda e qualquer pessoa, independente da nacionalidade, possa ter acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS), mediante a um simples cadastro prévio, entretanto não garante ausência de barreiras que possam restringir o acesso dos imigrantes a esse direito básico.

Pode-se utilizar a descrição de Martes e Faleiros (2013) para compreender as problemáticas que contribuem para limitar o alcance de populações vulneráveis, como é o caso dos imigrantes, dos serviços de saúde: características inerentes aos imigrantes, como o desconhecimento dos procedimentos de acesso no país receptor, a falta de tempo e de recursos (quando não existem tratamentos gratuitos), o medo de utilizar os serviços públicos, no caso dos imigrantes indocumentados, o

² Para maior aprofundamento sobre os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde sugerimos o acesso no: <http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus>

desconhecimento da língua, e as diferenças culturais relativas ao comportamento em relação à doenças e a necessidade de tratamentos.

Como forma de amenizar possíveis restrições de acesso, o governo tem criado programas para garantir que os imigrantes tenham acesso real à saúde, para além da simples garantia em lei. Dentre estas ações destaca-se a criação do Sistema Integrado de Saúde nas fronteiras (SIS fronteiras), coordenado pela Secretaria Executiva do Ministério da Saúde do Brasil, como destacaram Martes e Faleiros (2013) e a Nova lei de Imigração nº 13445/2017 ³, que dispõe sobre os direitos e os deveres do migrante e do visitante, regula a sua entrada e estada no país e estabelece princípios e diretrizes para as políticas públicas para o emigrante.

Exemplos recentes na tentativa de melhoria ao atendimento à população imigrante foram observados em Roraima no início de 2018 pelo Ministério da Saúde juntamente com esforços dos governos estadual e municipal na ampliação de serviços e estruturas com o objetivo de atender ao aumento da demanda nos serviços de saúde, em especial à população venezuelana. Dentro de tais medidas, incluem-se criação de material bilíngue sobre acesso aos serviços, controle de doenças prioritárias, agravos de saúde, monitoramento da situação epidemiológica.

Em São Paulo, capital, o contexto com os imigrantes bolivianos fez surgir necessidades de adaptação por parte da secretaria municipal de saúde, conforme relatam Martes e Faleiros (2013), entre eles: elaboração de material de esclarecimento sobre prevenção da AIDS e tuberculose em espanhol, revisão dos pré-requisitos para atendimento nas unidades básicas de saúde (UBSs), implementação de estratégias, pelo PSF, capazes de aproximar os bolivianos das UBSs, contratação de profissionais bolivianos para trabalharem nas UBSs e como agentes comunitários de saúde; e oferta de cursos de espanhol e sobre cultura boliviana para profissionais das UBSs.

Na Amazônia, Santos (2016) expõe um trabalho pioneiro da igreja católica, Médicos Sem Fronteiras e do governo estadual após muito pressão da sociedade a partir de 2010 para tentar alocar os imigrantes haitianos, mais com ações de rastreamento de doenças infectocontagiosas (HIV, cólera e filariose).

³ Os avanços importantes dessa lei foram neutralizados e desvirtuados pelo Decreto Presidencial no 9.199, de 20 de novembro de 2017 (Ventura, 2018).

Hoje, percebe-se que na prática profissional dentro dos serviços de saúde, a demanda de atendimento à população imigrante haitiana tem aumentado intensamente, especialmente na atenção primária, considerada, na teoria, a porta de entrada para os mesmos. Observa-se um despreparo e não ampliação dos serviços oferecidos até então. Além disso, as ferramentas clínicas tradicionais não funcionam e a equipe de saúde tem dificuldades.

Considerando todas essas realidades do processo migratório no Brasil e no mundo, surge a indagação de como todo esse processo influencia no modo de vida do próprio migrante, em especial no âmbito da saúde. Não somente do ponto de vista técnico de levantamento de dados sociais, econômicos e demográficos, mas principalmente de sua visão e experiência no seu próprio processo de saúde-doença.

O que significa ter saúde para o migrante? O que, para ele, contribui para que ele tenha saúde? O que significa estar doente e o que favorece o seu próprio adoecimento?

A definição de saúde pela Organização Mundial da Saúde (OMS), estabelecida na ocasião de sua constituição, é de "um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades" (1946). Nesse conceito estão inseridos outros mais que contribuem para estratégias dentro dos serviços de saúde a prestarem um melhor atendimento. Partindo do princípio que saúde não é apenas a ausência de doença, saber como o indivíduo lida com o processo de saúde-doença torna-se fundamental para ajudá-lo em um processo enfermo.

Langdon (2009, p. 324) destaca

Os processos de saúde e doença precisam ser examinados dentro de seus contextos históricos, sociais e culturais. A ideia de que as doenças têm sua história social não é nova, mas mais recentemente temos adicionado um outro aspecto para a análise, o estudo da doença como uma experiência fenomenológica. Nessa perspectiva, o enfoque passa pelo próprio sujeito que está vivenciando a doença e não do observador externo.

Para a referida autora, a categoria doença não é estática, mas sim um processo de construção sociocultural que mistura a experiência subjetiva e o contexto da doença. O grande imbróglio acontece quando da recusa dos sistemas médicos de

outras culturas devido ao preconceito implícito que advém quando se considera apenas um sistema como o verdadeiro e universal.

Faz-se necessário, portanto, segundo as ponderações trazidas por Greenhalg (1999), acrescentar às evidências epidemiológicas e das ciências básicas elementos relacionados aos contextos sociais, humanos e as experiências vividas pelas pessoas em seus processos de adoecimento.

No que se refere à experiência de adoecimento, a contribuição de Kleinman *et al* (1978), ao diferenciar e destacar o termo *illness* dos termos *disease* e *sickness*, foi fundamental para reconfigurar abordagens e fomentar estudos socioantropológicos sobre o processo de adoecimento. Leal e Serpa Junior (2013, p. 2943) destacam

A categoria *illness* descreve a dimensão do processo de adoecimento que articula a autopercepção de mudanças na sensação corporal à rotulação de "doente" pela pessoa em sofrimento, famílias ou membros da comunidade mais ampla. Histórias de vida, significados e ações dos sujeitos em busca da cura, do tratamento, do restabelecimento e da normalização das condições de existência perturbadas pela doença constituem-se aspectos integrantes da própria experiência do adoecer.

A partir de então, desenhou-se um caminho metodológico, com suporte da fenomenologia interpretativa, para estudos que visam conhecer, a partir de experiências e práticas cotidianas, relatadas em narrativas primeira pessoa, como determinados sujeitos conjugam individualmente normas, valores, expectativas sociais, culturais e coletivas e desenvolvem formas específicas de pensar, explicar, sentir e agir nas situações que dizem respeito ao seu adoecimento. (LEAL E SERPA JUNIOR, 2013)

O acesso à experiência em primeira pessoa pode, se utilizadas as estratégias metodológicas pertinentes, produzir uma modalidade específica de narrativa capaz de, nas palavras de Good (1994) *apud* Leal e Serpa Júnior (2013, p. 2946) "revelar o momento chave em que sujeito e o objeto de conhecimento constituem-se mutuamente, num só tempo, explicitando o entrelaçamento entre corpo, sujeito, experiência, linguagem e cultura".

Dentro dessa temática, a análise de conteúdo também pode ser usada enquanto método de organização e análise dos dados, permitindo qualificar as vivências do sujeito, bem como suas percepções sobre determinado objeto e seus

fenômenos (BARDIN, 1977). Segundo o mesmo, busca-se descrever o conteúdo emitido no processo de comunicação, seja ele por meio de falas ou de textos. A escolha deste método de análise pode ser explicada pela necessidade de ultrapassar as incertezas consequentes das hipóteses e pressupostos, pela necessidade de enriquecimento da leitura por meio da compreensão das significações e pela necessidade de desvelar as relações que se estabelecem além das falas propriamente ditas (CAVALCANTE, 2014).

Utilizando-se dessas premissas teórico-metodológicas apresentadas, juntamente ao contexto prático das dificuldades nas quais os imigrantes passam pontuadas anteriormente, definiu-se como objetivo desse projeto compreender como se dá o processo de saúde-doença em um grupo de população em situação social vulnerável - imigrantes haitianos - residentes na cidade de Curitiba e região, Paraná.

Para isso, este trabalho disponibilizará de uma introdução contextualizando o processo saúde-doença e imigração, detalhará sobre como foi feito o estudo, com apresentação dos resultados e posterior discussão dos mesmos.

2 OBJETIVOS

Tem-se como objetivo geral desta pesquisa a compreensão do processo de saúde-doença nos imigrantes haitianos na cidade de Curitiba e região metropolitana.

Como objetivos específicos, entender a relação dos imigrantes com o acesso aos serviços de saúde oferecidos, identificando no processo das narrativas a experiência que os indivíduos têm ou tiveram ao adoecer.

3 METODOLOGIA

Este é um estudo exploratório, descritivo do tipo qualitativo em que se utilizou a aplicação de questionários com roteiro de perguntas disparadoras. Para análise dos mesmos utilizou-se a técnica de análise de conteúdo. As questões éticas que envolvem a pesquisa foram embasadas pela Resolução 466/12, homologada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde. É importante ressaltar que o trabalho foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Paraná (SCS/UFPR), com registro na Plataforma Brasil CEAAE 80355317.0.0000.0102).

O trabalho de campo foi realizado na cidade de Curitiba, no período de maio a novembro de 2018. O local de captação e de encontro para as entrevistas foi na reitoria da Universidade Federal do Paraná, onde é realizado o Programa Política Migratória e Universidade Brasileira (PMUB) e PBMIH (Português Brasileiro Para Imigração Humanitária).

O PBMIH trata-se de um projeto de extensão organizado pelo curso de Letras e pelo Centro de Línguas e Interculturalidade (Celin – UFPR), iniciado em 2013. Tem como objetivo oferecer aulas de português para refugiados e migrantes em vulnerabilidade social e também promover atividades culturais que auxiliam na integração social. As aulas para os haitianos acontecem somente aos sábados, das 15 às 18 horas. A escolha desse horário é justificada pelo fato da maioria desses indivíduos trabalharem durante a semana e até sábado pela manhã. No intuito de ampliar o acesso às aulas, a organização do projeto até estruturou uma sala para receber e cuidar dos filhos pequenos dos imigrantes enquanto eles participam das atividades.

Por ter local e horário definidos e sem possibilidade de encontros extras, houve dificuldade na captação das entrevistas. Fazia-se necessária uma varredura pelas salas com a intenção de achar o indivíduo que não somente atendesse aos critérios de inclusão, mas que aceitasse participar do estudo. Todas as entrevistas foram conseguidas pela intermediação da diretora do programa, a qual os haitianos têm grande confiança e consideração.

Tomando isso como premissa, é de se considerar essa barreira da pesquisa por ter sido feita em um único espaço físico. A coleta de dados por vezes limitou-se à disponibilidade de dias de encontros do próprio projeto e tais disponibilidades associavam-se ao contexto atual da situação política, econômica e social do país.

Não havia encontros nos feriados e os participantes se ausentavam aleatoriamente por questões pessoais, laborais e até mesmo devido à questão do processo de eleição no Brasil (a equipe temia por riscos de estarem expondo os imigrantes como alvos de eleitores extremistas).

A oferta da entrevista ocorria durante as aulas, sendo explicado sobre o projeto, seu objetivo e as potencialidades que seus resultados poderiam trazer à realidade do imigrante. Na tentativa de obter maior êxito, o pesquisador participava das atividades e conferenciava sobre temas relacionados à saúde (gripe, vacinação, como ter acesso aos serviços de saúde da atenção primária etc). Quando uma entrevista era feita, ofertava-se indicações de outros imigrantes haitianos, mesmo que não participassem do PBMIH.

Os critérios de inclusão utilizados para os participantes foram: imigrantes haitianos maiores de 18 anos, residentes no Estado do Paraná, que estejam no Brasil há pelo menos um ano, que tenham acessado algum serviço de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), que se sentiram adoecidos e que não possuam nenhum déficit cognitivo aparente. Uma vez preenchido os critérios de inclusão, os indivíduos que aceitaram participar do projeto assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Suas identidades foram preservadas e trocadas por número (Entrevistado 1, 2, 3, ...).

A partir do momento que os registros das entrevistas apresentassem um padrão repetitivo, a busca por novos indivíduos cessaria e se trabalharia com a quantidade de entrevistas conseguidas até então (amostragem por saturação). Apesar da análise de conteúdo não se amparar especificamente em uma amostra quantificável, alguns autores propõem o critério de saturação das informações como necessário para a delimitação do olhar investigativo (TURATO *et. al*, 2008). Ressalta-se que, nas investigações qualitativas em saúde, verifica-se, com frequência, a utilização da saturação de informações como critério para o fechamento amostral ou, ainda, a saturação do universo, quando as entrevistas são realizadas com todos os representantes de determinado grupo ou categoria (MACHADO, 2007).

Os registros audiodigitais foram transcritos *ipsis litteris* para narrativas para posterior análise apoiada em categorias retiradas de núcleos argumentativos dos discursos a partir de leituras e releituras. As categorias foram eleitas com base em agrupamento de núcleos argumentativos que foram aparecendo nas repetições dos discursos. Essas repetições, por sua vez, foram agrupadas e sistematizadas em

categorias de análise de conteúdo: percepção de ser/estar doente, o acesso à rede e a experiência de tratamento no Brasil/Haiti.

A análise de conteúdo pode ser usada enquanto método de organização e análise dos dados, permitindo qualificar as vivências do sujeito, bem como suas percepções sobre determinado objeto e seus fenômenos (BARDIN, 1977). Segundo o mesmo, busca-se descrever o conteúdo emitido no processo de comunicação, seja ele por meio de falas ou de textos. Cavalcante (2014 pg. 298) explica a escolha deste método de análise:

(...) pode ser justificada pela necessidade de ultrapassar as incertezas consequentes das hipóteses e pressupostos, pela necessidade de enriquecimento da leitura por meio da compreensão das significações e pela necessidade de desvelar as relações que se estabelecem além das falas propriamente ditas.

Em outros termos, a análise de conteúdo veio de um caminho metodológico, com suporte da fenomenologia interpretativa, para estudos que visam conhecer, a partir de experiências e práticas cotidianas, relatadas em narrativas primeira pessoa, como determinados sujeitos conjugam individualmente normas, valores, expectativas sociais, culturais e coletivas e desenvolvem formas específicas de pensar, explicar, sentir e agir nas situações que dizem respeito ao seu adoecimento. (LEAL E SERPA JUNIOR, 2013)

A importância desse método se dá pelo fato do acesso à experiência em primeira pessoa poder, se utilizadas as estratégias metodológicas pertinentes, produzir uma modalidade específica de narrativa capaz de, nas palavras de Good (1994) *apud* Leal e Serpa Júnior (2013, p. 2946) "revelar o momento chave em que sujeito e o objeto de conhecimento constituem-se mutuamente, num só tempo, explicitando o entrelaçamento entre corpo, sujeito, experiência, linguagem e cultura".

4 RESULTADOS

Foram realizadas seis entrevistas, sistematizadas na tabela 1, com duração média de 20 minutos cada, gravadas em áudio e, posteriormente, transcritas sob a ótica da análise de conteúdo de narrativa e categorização. A faixa etária variou consideravelmente de 23 a 58 anos, com predomínio de cinco homens para uma mulher.

Tabela 1: Especificações dos entrevistados

Entrevistado	Idade	Gênero	Tempo no Brasil (anos)	Profissão atual	Profissão no Haiti
1	28	Masculino	5 anos	Engenheiro	Professor
2	25	Masculino	5 anos	Estudante de Direito	Estudante
3	24	Feminino	4 anos	Dólar	Estudante de Medicina
4	58	Masculino	3 anos	Garçom	Professor
5	26	Masculino	5 anos	Técnico em Eletrônica	Estudante
6	26	Masculino	1,5 ano	Desempregado	Estudante

Fonte: Pesquisa de campo, 2018. Elaborada pelo autor.

Os indivíduos estão no Brasil há, no máximo, cinco anos e exercem atividades diferentes das no Haiti, seu país de origem. Todos participavam do PBMIH na época, com exceção de um, que fora por indicação e todos eram residentes da Grande Curitiba (capital somada à região metropolitana). Um mesmo pesquisador procedeu com as entrevistas.

A análise das entrevistas permitiu a categorização dos núcleos argumentativos, a serem melhor elucidadas: a percepção de estar/ser doente, o acesso à rede e a experiência de tratamento de saúde no Brasil – Haiti.

4.1 PERCEPÇÃO DE ESTAR/SER DOENTE

Os registros apontam para uma ideia de que doença é algo que sai de um estado de “normalidade”, do padrão comparado à própria consciência sobre se sentir bem. O processo de adoecimento é visto como algo difícil de lidar ou mesmo explicar. A doença é comparada à saúde, ou a falta dela, como conceitos opostos e até mesmo descrita como não possuindo controle da própria situação.

Pra mim estar doente é... tem uma coisa que não é normal. É um pouco difícil explicar, mas é quando você está fora do normal (...). Ter saúde é cuidar de você mesmo e ter controle da situação (Ent. 2)

Estar doente é quando a gente não tá se sentindo bem. (Ent. 5)

Doença é qualquer tipo de problema que a gente pode ter ao contrário da saúde. (Ent. 6)

Alguns relatos identificam o adoecimento/ter doença à ideia de dor, limitando-se sua conceituação a isso. É somente dor majoritariamente física, sentida organicamente, em alguma parte do corpo. Na complementação da noção de dor à doença, esta acaba sendo exemplificada para uma melhor explicação.

(...) quando estou doente, é alguma dor, né? (Ent. 1)

A gente pode ter uma dor no estômago, na perna, na cabeça. (Ent. 6)

De modo semelhante, parece haver uma associação de adoecimento e da doença com suas atividades, tanto laborais quanto cotidianas e o quanto essa associação influencia em suas rotinas. Essa associação é negativa, como um fator limitante no viver e na realização das atividades. A doença ou a falta de saúde é um limitante para o trabalho, o poder trabalhar. Limita também as relações familiares a ponto de não haver boa interface entre o indivíduo que se considera doente e seus próximos. É algo ruim para tudo que precisa ser feito na vida.

(...) a gente precisa de saúde pra trabalhar. Quando eu fico doente, eu fico muito estressada, porque eu não consigo trabalhar, eu não consigo ajudar minha filha, não consigo dar conta em casa (Ent. 3)

Pra viver tem que ter saúde, pra trabalhar também tem que ter saúde. Precisa de saúde pra fazer tudo o que você precisa na vida. (Ent. 4)

Contudo, nenhum dos participantes em suas explicações mencionou as condições de trabalho como determinantes causadores em seu processo de saúde-doença, mas sim como um cenário em exemplos de adoecimento que, no máximo, pioram o adoecimento. A função laboral em si ou as condições de trabalho implícitas são um contexto maior dentro do processo, não são identificadas explicitamente como corresponsáveis, reforçando a ideia anterior de que o adoecimento prejudica a função.

No meu trabalho, quando eu faço bastante movimento, chega em casa estou doente. (Ent.4)

(...) eu tava fazendo curso de eletrônica, daí eu fui pro trabalho muito cansado, quebrou meu dedo porque eu tava dormindo no posto, a mesa girou, pegou no meu dedo e quebrou. O procedimento dentro da empresa, de acordo com a segurança do trabalho, fiz gelo, o técnico falou pra mim que deu sorte que o dedo não quebrou, fiz gelo, (...), cheguei em casa... Tava bem ruim... Fui no médico, o médico viu que eu tava com uma inflamação muito grande, pediu pra fazer raio-x e descobri que o dedo quebrou. (Ent. 5)

Apenas um registro das seis entrevistas teorizou sobre o fato de “estar” saudável depender apenas de uma avaliação médica e somente isso fornecer a certeza de se estar saudável, mesmo quando o indivíduo se sentisse saudável.

Alguém pode achar que está saudável e internamente você não está. Aí você vai saber quando vai ao hospital, faz alguma consulta ou talvez quando acontece algum problema em breve, você pode correr ao hospital e vai saber, mas saudável enquanto você tá andando, fazendo as atividades tranquilamente, você sempre acha que está saudável, né? (Ent.1)

Assim como na transcrição acima, outras também fazem uma ligação da doença a uma medida resolutiva, como ir ao hospital ou à unidade de saúde. Somente assim, como primeira coisa a fazer, a questão poderia ser passível de resolução. Ainda dentro disso, a palavra “hospital” acabou não sendo diferenciada de “unidade de pronto atendimento”, exceto em um relato, descrito na categoria a seguir (o acesso à rede).

Essa dor, eu procuro o hospital que está aberto no momento. (Ent. 1)

A primeira coisa é ir pra hospital, porque eu não sou médico (risos) então tem que ir no hospital pra ver o que aconteceu, porquê eu estou doente. (Ent. 4)

Ao discorrer sobre “ser” ou “estar” saudável, o estilo de vida fora vinculado à tal temática. Ações, estratégias e modos de viver que se acredita estarem vinculadas a uma vida mais saudável e, portanto, com menos doenças. São citados nos depoimentos exemplos como dieta e a prática de atividade física.

Vamos melhorar o produto químico, vamos comer as coisas como alimentos orgânicos, muito boa pra saúde. (Ent. 2)

A gente pratica esporte (...) E qualquer tipo de prevenção que a gente tem de acordo com o conhecimento que a gente tem dessa área. A gente não é

médico, a gente não sabe muitas coisas e a gente pratica coisa básica. (Ent. 5)

4.2 O ACESSO À REDE

Dentro dos depoimentos coletados, duas narrativas abordaram o fato do primeiro contato com a rede ser prioritariamente em serviços de urgência e emergência ao invés de ser um local que abranja a atenção primária. Novamente, a palavra “hospital” é predominante em todos os discursos, mesmo quando estão se referindo às unidades de pronto atendimento (UPAs). O certo é procurar o hospital quando se sente doente, e não a unidade de saúde, teoricamente a porta de entrada para outros serviços de atendimento à saúde.

Eu procuro o hospital que está aberto no momento. Aqui no Brasil, o hospital que está aberto são os 24 Horas, e UPA né, e tem os hospitais de emergência também, se for um caso muito emergente, aí você pode procurar o hospital. (Ent. 1)

Quando você se sente doente, tem que ir pro hospital, fazer uma consulta. (Ent. 2)

Em contrapartida, houve dois relatos mencionando o acesso às unidades de saúde primeiramente em detrimento das unidades de pronto atendimento ou hospitais. Nesses casos, há a ciência do fluxo ao procurar as unidades de saúde antes.

Quando eu tô doente, eu vou lá no posto de saúde pra ver o que vai acontecer, o que eu tenho. (Ent. 3)

A primeira coisa que a gente pensa é procurar o posto de saúde, o médico, fazer uma consulta para ver o que está acontecendo. (Ent. 6)

De todas as entrevistas, somente dois dos participantes explicaram sobre o acesso à rede detalhando o seu funcionamento e como deve proceder em casos considerados de doença. Um deles elucidou o processo dentro do serviço de emergência e outro diferenciou a procura pelas unidades de saúde (quando no horário de funcionamento das mesmas) ou pelas unidades de pronto atendimento (quando as unidades de saúde não estão disponíveis dependendo da hora ou dia).

Esse atendimento lá, tem duas possibilidades: quem chega antes e quem tá na emergência. Aí se você chega antes e chegou alguém que está na emergência, aí essa pessoa com certeza vai ser atendido antes de você. Aí se você chegar lá, tem 50 pessoas esperando, você vai ter que esperar essas 50 pessoas serem atendidas, pra você conseguir ser atendido. (Ent. 1)

Primeira coisa, se tiver doente no final de semana, a gente vai na UPA. Se durante a semana, se for, por exemplo, à noite ou no horário que tá funcionando o posto de saúde, a gente vai no posto de saúde e se não for no horário de atendimento no posto de saúde, a gente vai no 24 horas, que é a UPA. É sempre assim. (Ent. 5)

Quando perguntados sobre como é o acesso à rede, exemplificam as repostas com experiências próprias ou de semelhantes, enfocando as dificuldades dentro do funcionamento do sistema. No que tange essas dificuldades, são citados o horário de chegada ao local (independente se unidade de saúde, de pronto atendimento ou hospital), o número limitado de consultas (sem mencionar um valor) e o tempo de espera.

Não foram identificadas nos relatos menções a outros modos de acesso, como acolhimento espontâneo, compartilhado, acesso avançado ou agendamento prévio, seja pessoalmente, por telefone ou mesmo pela internet (disponível na rede de Curitiba). Somente a procura em demanda espontânea fora referida, ainda assim em um caráter derrotista, pois não era conseguida uma avaliação para a mesma hora ou dia. Somente um dos entrevistadores citou o acesso via telefone, porém em caráter de urgência e/ou emergência.

Várias vezes que eu fui levar alguém pra fazer consulta, tem alguns postos que se você não chega umas 7 horas da manhã, eles falam que não tem mais consulta. (Ent. 1)

(...) eu tenho um amigo aqui também, a mulher dele foi pro hospital e tava com febre e marcou uma data quase 1 mês depois (Ent. 2)

(...) aqui a gente pode ligar no celular, né? Daí o posto de saúde, o hospital manda ambulância para buscar a gente em casa. (Ent. 6)

Relatam também mais dificuldades de acesso, às vezes estruturais e muitas humanas. Referem sentir que os profissionais de saúde brasileiros não os escutam, não apenas do ponto de vista linguístico, mas do lugar que ocupam na suposta relação profissional de saúde/paciente, onde suas opiniões não são consideradas ouvidas. Parece haver um desnível entre o profissional de saúde e o usuário

imigrante, estando esse em um nível inferior e aquele em um patamar superior e isso acaba sendo tomado como algo ruim pela visão dos indivíduos participantes.

(...) tem uma vez que eu não saí satisfeito que foi quando eu tive aquele acidente e eu tava com o osso trincado, mas o médico me deu um dia de atestado e depois que eu vi que o médico não percebeu o osso trincado. (Ent. 2)

(...) tem pessoas com muito racismo também, já aconteceu muito racismo comigo. Lá no posto tem bastante haitiano que falam isso também. Lá no posto tem muito racismo. (Ent. 3)

(...) eu fui no corredor pra ver o porque ninguém chamava a gente, tava bem devagar o serviço, daí eu vi uma pessoa que tava no telefone. Não posso dizer que era o médico que tava no celular, mas eu vi que ela tava de uniforme. (Ent. 5)

No caminho de não serem ouvidos, prefere-se não receber ajuda do sistema ou dos profissionais. Isola-se ou, ainda na tentativa por melhores acessos, chega-se a procurar outros serviços e locais, registrados através de experiências em primeira ou terceira pessoa. O acesso acaba sendo visto como algo de grande sacrifício, com dificuldade de aceitação, sendo necessário tentar em outros pontos da rede, sem “seguir” a territorialização ou o fluxo de encaminhamentos.

Precisa levantar muito cedo, a gente não consegue pegar fila, tem que levantar 4 horas da manhã, mas não dá conta pra levantar muito cedo, tem bandido na rua, não é fácil. Nós tenta levar lá em um posto que é diferente, lá as pessoas é boa. Mas se não, nós tenta lá no outro, porque é dois posto sempre que nós tenta. Já na maternidade é bem diferente. Tem outros haitianos que perdeu nenê por causa de médico que não é boa. (Ent.4)

Destaca-se o fato de parecer haver procura pelos serviços de saúde em questões mais pontuais, que demandam resolutividade mais rápida, para um único problema. Não há uma consciência de acesso ao serviço para um seguimento ou estratégia preventiva. Todos mencionam ocasiões curativas.

Excepcionalmente há um relato sobre o serviço de pré-natal (mais adiante), considerado uma estratégia de cunho mais preventivo e de acompanhamento. Do mesmo modo, observam-se tentativas de resolver seus problemas eles mesmos antes de tentar encarar o fluxo de acesso ao serviço de saúde.

Tem comprimido que eles vão oferecer pra você, tipo se não tem lá na farmácia deles, você pode comprar na farmácia particular também. É isso

(...) eu só frequento lá quando acontece um problema que precisa nesse dia... aí depois que acabou nem volto mais. (Ent. 1)

(...) tipo dor de cabeça, você toma um remédio ou um automedicamento, mas o melhor é fazer uma consulta médica. (...) às vezes eu vou por dor de cabeça, por exemplo. Me dá dor cabeça, eu tomo remédio e ela volta, eu vou ao médico pra saber o que está acontecendo. (Ent. 2)

Quando eu tenho dor eu tomo só paracetamol, mas eu não ligo. Eu deixo desse jeito. Se não consigo ir no posto de saúde, eu comprar remédio na farmácia e tomar. Pra minha filha eu fazer sempre chá natural. (Ent. 3)

Não obstante as narrativas apresentarem uma conotação de dificuldades e barreiras ao acesso, também mostram um lado bom, de satisfação, pois a resolução acaba acontecendo de um jeito ou de outro. Apesar do acesso ser visto como dificultoso, de grande sacrifício, há aceitação dessa realidade, pois suas agendas acabam sendo atendidas. Se submetem a essas condições porque têm a crença na resolução de suas necessidades.

E os médicos me atendem sem problemas. (...) a maioria conversou comigo e eu saí satisfeito. (...) a gente descobriu 25 dias depois que eu fiquei com muita dor naquele momento, mas a maioria das vezes eu estou satisfeito. (Ent. 2)

Pra fazer pré-natal lá (na unidade de saúde), é muito ótimo, é muito boa, com doutor e a enfermeira. (Ent. 3)

Mesmo com referências a um certo grau de aceitação e satisfação, discursos de potenciais melhorias dentro do acesso à rede e ao próprio sistema são uma constante. Há uma consciência de que há coisas que não estão certas e que precisam ser melhoradas para um melhor acesso, atendimento e resolução de suas demandas. Mencionam, de um modo geral, mais informações para os imigrantes, modo de tratamento dos profissionais de saúde, a falta de médicos e o tempo de espera para atendimento.

Acho que é bom que melhore o sistema pros haitianos. Tem que ter informação pra saber como fazem algumas coisas. (Ent. 2)

No hospital a gente precisa pessoas sem racismo e inteligentes, porque a gente vive muito racismo, tem pessoas que não são boas no trabalho, peço informação, tem pessoas não sabe. (Ent. 3)

Ah, pra mim (risos), falta bastante médicos. (...) O governo, o país precisa melhorar a coisa de saúde. (Ent. 4)

Eu acho, que se tiver uma coisa que o país precisa melhorar, tem que reduzir o tempo de atendimento no posto de saúde e UPA, porque eu também sofro com isso. (Ent. 5)

4.3 EXPERIÊNCIA DE TRATAMENTO NO BRASIL E NO HAITI

Os discursos inferem comparações dos sistemas de saúde entre o Brasil e o Haiti, especialmente no que se refere o acesso à rede e seu funcionamento. Revelam-se informações de como o poder aquisitivo no Haiti influencia no ingresso aos serviços de saúde. Dentro das comparações, ter dinheiro é algo que pode determinar ou não acesso ao serviço e isso é visto como uma desvantagem em relação ao sistema haitiano.

Lá no Haiti eu nunca frequentei o serviço público. O que eu frequentava enquanto estudante era particular mesmo. Como é particular já é uma coisa mais simples, né? (Ent. 1)

(...) é um sistema que tem muitas coisas que tem que melhorar, mas é bem melhor que lá (Haiti) e como não é igual ao sistema daqui, pra quem não tem como pagar, é muito difícil. (Ent. 2)

(...) no Haiti, pra ir no hospital ou posto de saúde tem que ter dinheiro. Se você não tem dinheiro, você não tem direito pra ir pro hospital. E por isso eu acho bom aqui, porque quando eu estou doente, não precisa dinheiro pra ir pro hospital. (...) no Haiti tem hospitais públicos e tem hospitais privados, mas nos públicos falta também médicos pra consulta. (Ent. 4)

Somente um relato constatou uma positividade do sistema de saúde no Haiti frente à essa questão: a presença de organizações não governamentais que auxiliam os haitianos a terem um acesso mais fácil a um acompanhamento de saúde, visto que estão presentes e um grande número e prestam atendimento gratuitos à população

Haiti é um país pobre, tem que ter dinheiro pra ir lá no médico, mas agora tem bastante organizações lá. Agora fica bem boa. (Ent. 3)

Apenas duas narrativas enfatizaram as diferenças dos sistemas tendo como base questões culturais. Em ambas há uma caracterização importante do quanto tais questões intervêm no modo em que se adoecer e se lida com o adoecimento, especialmente no país anfitrião. Considera-se a medicina no Haiti mais tradicional no sentido de mais simples do que a medicina no Brasil em termos de estruturas e procedimentos e por se basear muito também em crendices e valores religiosos.

Tem alguns costumes que eu acho que não vai ser tão fácil de trazer pra cá, porque é um outro país, é um outro sistema, outra cultura. Talvez, claro que não vou dizer que o estrangeiro fora do seu país tem que deixar toda sua cultura pra trás, mas tem que se acostumar um pouco com a cultura do lugar que você está vivendo, senão não vai ajudar muito. (Ent. 2)

No Haiti, como um país pobre, eu não vou te falar quem tem milagre lá, mas lá a questão de saúde é mais tradicional. Não é como médico no Brasil... cirurgia, exame... não: você tá doente, sempre tem solução, mas é medicina tradicional. (Ent. 5)

De modo igual, ao menos metade das exposições designam o modo de vida em relação à saúde no Haiti para ilustrar as dessemelhanças com o atual país em que agora residem e como elas afetam os hábitos de vida. Uma ideia de que o mesmo que se fazia no país de origem não possa ser igualmente feito no Brasil aparece, e isso acaba sendo algo que traz influência no seu estado de saúde.

(...) quando eu era criança, os avós pegavam folhas e faziam chás. Se chegar aqui, vai ser muito difícil encontrar essas folhas. (Ent. 2)

Lá (Haiti) sempre minha mãe dá chá quando as pessoas têm febre. Chá natural é boa pra ajudar a gente. (Ent. 3)

Pra ficar com saúde, eu comer sempre as coisas naturais. Isso eu aprendi com meu pai no Haiti. (Ent. 4).

5 DISCUSSÃO

O reconhecimento do processo saúde-doença relaciona-se às dinâmicas de cuidado presentes nas organizações de ações e serviços de saúde e das redes sociais de apoio (CRUZ, 2011). Saber identificar, interpretar e considerar a experiência do adoecimento não somente do imigrante haitiano, mas de qualquer indivíduo, grupo social ou uma sociedade, considerando suas necessidades, distinguindo aspirações e alterando favoravelmente o meio ambiente é compreender os indivíduos e grupos como agentes na promoção de saúde. Daí a importância em analisar a perspectiva do adoecer *versus* ter saúde desses indivíduos.

Para analisar a hipótese de que a doença é algo fora do normal ou mesmo um puro significado de dor física é imprescindível questionar o porquê e buscar de onde vem essa ideia.

Atualmente o modelo de medicina científica ocidental (biomédico) predomina como modelo explicativo do processo de saúde, doença e cuidado e é definido como:

Desajuste ou falha nos mecanismos de adaptação do organismo ou ausência de reação aos estímulos a cuja ação está exposto (...), processo que conduz a uma perturbação da estrutura ou da função de um órgão, de um sistema ou de todo o organismo o de suas funções vitais (JENICEK; CLÉROUX, 1982 apud CRUZ, 2011)

Barros (2002) elucida a busca incessante do modelo biomédico no esclarecimento da doença, compartimentalizando o corpo de modo a limitar a saúde a um funcionamento maquinal. Ferreira *et. al* (2014) destaca a priorização das doenças em oposição ao indivíduo que adoece, ao mesmo tempo em que se busca fundamentar diagnósticos e manejos considerados adequados. Complementa também a padronização e repetição de sintomas como “doenças” sem considerar a variabilidade do indivíduo frente ao adoecimento e arremata com o consequente fato de que a doença passa a ser interpretada como um desvio dentro do organismo normal, passível de diagnóstico e tratamento.

Torna-se lógico, portanto, a ideia por parte da população imigrante haitiana de que estar doente é algo fora do normal e representada muitas vezes pela dor como sintoma, dependendo quase sempre da avaliação médica para ser lidada, uma vez que nessa inserção de modelo biomédico está incluso também o modelo

hospitalocêntrico, baseado no cuidado da saúde em hospitais, com a doença já instalada, em detrimento da prática da prevenção primária.

No que concerne a concepção do adoecimento atrelado negativamente às atividades laborais, pauta-se no trabalho uma grande preocupação frente ao sustento do indivíduo migrante. Portanto, garantir uma boa saúde para tal torna-se obrigatório. Na prática da atenção primária, o pesquisador lidou inúmeras vezes com situações em que mesmo quando não havia indicação técnica para atestado médico, o paciente haitiano o solicitava mesmo assim no intuito de garantir que não houvesse desconto em seu ordenado, uma vez que a declaração médica justifica, mas não abona, a falta ao trabalho.

Como observado no capítulo de resultados, há um predomínio de participantes jovens (entre 20 e 30 anos), todos empregados, com exceção de um. Martin *et. al* (2018) em seu estudo sobre imigração e saúde destacam o predomínio de migrantes jovens no Brasil contemporâneo, o que indicaria uma imigração laboral e chegada de mão de obra qualificada. Isso corrobora com os dados dos participantes das entrevistas, onde todos possuem um grau de escolarização.

É pertinente reforçar que o fato de não haver nos relatos reclamações sobre as condições de trabalho, sua evidência de ausência não o torna verdadeiro. Santos (2016) afirma que os migrantes, por serem mais vulneráveis social e economicamente, sobretudo os recém-chegados, se submetem mais facilmente a postos de trabalho insalubres, a salários baixos e a moradias precárias. Leão *et al.* (2017) apontam registros da situação de saúde de trabalhadores haitianos em Mato Grosso e enfocam a situação de precariedade social, econômica e laboral desse grupo.

As análises acima alvitraram um grau elevado de relevância em reconhecer a auto experiência e conscientização do adoecimento do migrante haitiano inserido em seu novo contexto social e ambiental como subsídio para ações dentro do mesmo que tenham como propósito a melhoria do (auto) cuidado com sua saúde.

De modo semelhante, analisar os registros que permeiam o acesso desse indivíduo aos serviços de saúde é indispensável. Nesse contexto, o mais notório é essa impressão de não haver uma consciência do migrante sobre que tipo de sistema de saúde que irá se inserir, ou, por mais que haja, é sobreposta por uma dificuldade de aceitação. Santos (2016) corrobora essa relutância dos haitianos em aderir a tais iniciativas institucionais e vincula a desconfiança corrente que os leva a evitar

contatos de cunho institucional, pois temem que possa repercutir negativamente na obtenção de seus vistos permanentes, evitando também ser fotografados. A autora ainda acrescenta que esse comportamento parece estar relacionado com o aprendizado obtido por outras experiências de deslocamento, notadamente para países com mais restrições em relação aos migrantes.

A questão legal, o processo burocrático da imigração em si tem um potencial de torna-se um fator limitante no acesso à saúde. Martinez-Donate *et al.* (2017) comparam as taxa de acesso aos serviços de saúde de imigrantes mexicanos antes (em seu país de origem) e depois (nos Estados Unidos) da migração. Essa taxa cai consideravelmente após o processo migratório e os autores analisam que questões legais referentes à entrada no país interfiram (tempo de encarceramento ou detenção, menor índice de seguros de saúde e mesmo barreiras de transporte).

A ideia de um acesso desorganizado e pontual por parte dos imigrantes haitianos pode ser justificada por Santos (2016), que associa à forma de funcionamento dos serviços de saúde no Haiti, supracitando Wamai e Larkin (2011) que descrevem como uma verdadeira “colcha de retalhos”:

A maior parte dos serviços de saúde é privada, com grande contingente de clínicos trabalhando por conta própria e um grande número de ONGs e obras missionárias prestando atendimentos emergenciais. 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. (WAMAI; LARKIN; 2011)

Sob uma perspectiva realista, os informes que abordam o acesso bem como suas dificuldades reflete as mesmas condições que a população brasileira sofre. Isso pode ser visto no artigo de Santos e Medeiros (2017): “grupos imigrantes sofrem as mesmas dificuldades enfrentadas pelos cidadãos autóctones.” E também na resenha de auto experiência de Sampaio:

A generosidade expressa nas normativas jurídicas brasileiras quanto à universalidade do acesso ao sistema público de saúde usualmente esbarra na superlotação, na falta de médicos, na escassez de medicamentos e na precariedade generalizada do serviço em diversos pontos do país. Democraticamente os migrantes enfrentam inicialmente os mesmos desafios dos nacionais (...) (SAMPAIO; 2013)

Tentar analisar o conhecimento sobre o funcionamento do sistema de saúde por parte da população haitiana através das entrevistas deduziu uma hipótese de que todos os participantes têm uma visão equiparada sobre o assunto. Cruzando com os dados dos resultados, todos eles têm certo grau de instrução. Martes (2013) analisa a possível relação de níveis educacionais mais elevados, assim como o aprendizado da língua do país receptor, como facilitadores na percepção de necessidades médicas e na busca por tratamentos formais de saúde e aponta a relação entre tempo de residência e utilização de serviços de saúde formais, destacando que a variável “status legal” possui grande influência. Em contraposição, Leclerc *et. al* (1994) especularam que imigrantes ilegais, independentemente de seu nível de escolaridade, lugar de origem ou duração de residência, tinham menor probabilidade de utilizar os serviços de saúde formais, a não ser em casos de emergência. Tal análise retifica a necessidade de aperfeiçoamento da política nacional de saúde da população imigrante e também reforça a observação registrada pelos relatos do imigrante haitiano em procurar atendimento em momentos pontuais majoritariamente.

As caracterizações dos relatos sobre obstáculos interpessoais merecem atenção especial no que tange desenvolvimento de métodos para facilitar o acesso aos serviços de saúde. Temáticas de racismo, xenofobia e outras formas de preconceito não somente podem desestimular o imigrante a procurar atendimento, mas deixá-lo ainda mais vulnerável. Ochieng (2012) analisa a associação de doenças físicas severas, bem como ansiedade e depressão com prejuízo das atividades em imigrantes do Reino Unido com experiências anteriores dos mesmos em seu país de origem e em suas situações atuais, reforçando que o isolamento social, pobreza, hostilidade e racismo no país que os recebe tem um impacto negativo importante em sua saúde mental.

A temática do racismo merece um destaque visto sua conjuntura no Brasil atualmente. Matos e Tourinho (2018) apontam que grupos raciais também divergem em suas experiências de adoecimento e que não somente tal experimentação reflete em sua saúde, mas também determinantes socioeconômicos, demográficas e epidemiológicos. Dentro disso, o racismo leva a restrições materiais, espaciais e sociais, dificultando o acesso aos serviços de saúde e a qualidade do serviço prestado. Ao destacar as maiores prevalências de doenças crônicas, de casos de violência e de mortalidade materna e infantil na população negra, os autores alertam que o racismo, mesmo institucional, está presente nas dificuldades de acesso e no

mau atendimento e se mostra nos programas de formação profissional ou educação em saúde por ignorarem a questão racial e não reconhecendo a importância deste tema para debate, colaborando com a reprodução dos mecanismos racistas.

Desinformação por parte de profissionais em relação aos direitos dos migrantes, incidência dos fluxos do SUS, a não inclusão de programas preventivos, obstáculos linguísticos e falta de empatia a questões culturais e religiosas são dificuldades extras que o imigrante enfrenta (SAMPAIO, 2013). Conjuntamente, a existência de uma hostilidade, às vezes até explícita, por profissionais de saúde resignados ao estresse de uma demanda cada vez maior e por habitantes locais pioram o quadro com a edificação de sentimentos de preconceito (SANTOS e MEDEIROS, 2017).

Dentro desse contexto de serviços de saúde, acesso e modo de tratamento, Martin *et al.* (2018) reforçam a importância de se refletir sobre a maneira como os imigrantes são 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. (MARTIN e COL; 2018)

Novamente, o modelo biomédico torna-se parte de um contexto limitante do acesso dos imigrantes aos serviços de saúde, uma vez que o profissional de saúde é treinado a abordar o indivíduo através de uma dicotomia entre problemas da mente e do corpo, restritos a um saber analítico e mecanicista (FAVORETO e CAMARGO JR, 2002).

Indiretamente, medidas simples, mas de difícil desconstrução para serem aplicadas, como o modo de tratamento do imigrante, dispõem de um valioso potencial para que a realidade mude.

Como observado, não obstante o contexto de barreiras ao acesso à rede, ainda assim existe um certo grau de satisfação pela resolução de suas necessidades, de um jeito ou de outro. Pode-se atribuir isso a uma experiência anterior dentro de um sistema de saúde ainda mais deficiente. Santos e Medeiros (2017) atribuem à aplicação da universalidade do SUS, junto a gratuidade, que ultrapassa as possibilidades de atenção de imigrantes em muitos de seus países de origem. No Brasil, mesmo com todos os pontos negativos, conhecidos ou não por ele, o imigrante haitiano vivencia um sistema, que na teoria, possui acesso universal e gratuito, ao

contrário do que havia no Haiti. Tal reflexão pode ser ainda mais embasada se forem levados em consideração fenômenos migratórios motivados por âmbitos de saúde, o que não ocorre com a população haitiana especificamente, mas sim com outras populações. Ainda Santos e Medeiros (2017) complementam que, no Brasil, migrações em saúde, quando há, são quase sempre motivadas por tratamentos relacionados ao vírus HIV e à Aids, uma vez que o país possui um sistema de combate e prevenção gratuitos, considerado de referência pela OMS.

Tão importante é também a análise da experiência de tratamento que o imigrante tem no país. Essa análise pode servir como ferramenta auxiliadora para modificar a realidade dessa população: saber o que é bom, o que é ruim e o que pode melhorar fornece recursos com potencial para mudanças práticas.

Relatos que enfocam o acesso, a forma de tratamento e o que pode se feito para mudar estão todos interligados nesse estudo. Um exemplo é o relato sobre o serviço de pré-natal vivenciado por um dos entrevistados. Na prática, o pesquisador notou o aumento de consultas de pré-natal em imigrantes haitianas na atenção primária. Com base nos relatos, percebe-se que é a única ação preventiva de saúde que os haitianos parecem usufruir, já que, como analisado anteriormente, as demais procuras acabam sendo pontuais. Isso se deve provavelmente à ciência que essa população tem sobre a questão de uma criança nascida em solo brasileiro e a obtenção de visto. Santos (2016) já levantara tal observação destacando a alínea I do artigo 113 do Estatuto de Estrangeiro (lei nº 6.815/1980) que prevê encurtamento no prazo mínimo de quatro anos de residência no intuito de obter o visto permanente para estrangeiros com filhos nascidos em território nacional.

De modo igualmente importante, o relato da experiência do pré-natal automaticamente faz indagar sobre como é o mesmo serviço no Haiti. Jacques *et. al* (2018) citam a criação de um programa de cuidados obstétricos gratuitos no Haiti em 2008, analisando essa criação com resultados posteriores, listando um número de partos domiciliares ainda maior, bem como a mortalidade materna também acentuada (380/1000.000 nascidos vivos).

Torna-se claro que a comparação dos sistemas de saúde brasileiro e haitiano presente nos relatos fortalece a imperativa de encontrar estratégias que melhorem a experiência do imigrante haitiano com serviço de saúde do Brasil. Dentro das narrativas há menção da melhora do serviço de saúde no Haiti pela presença de ONGs. Tal informação parece contradizer o estudo de Wamai e Larkin (2011), que

associam essa presença de ONGs e obras missionárias a atendimentos somente emergenciais. Curioso pensar que a ONG Médicos Sem Fronteiras tem um papel importante no início do aumento das migrações haitianas na região do Amazonas. Conforme Santos (2016), em 2012 A ONG implantou um escritório emergencial, objetivando contribuir para o fortalecimento do sistema através a distribuição de *kits* de higiene para os haitianos e dando assessoria às secretarias de saúde estadual do Amazonas e municipal de Manaus em ações em prol dos haitianos, com treinamentos para profissionais de saúde sobre cultura haitiana e noções de vocabulário mínimo e abordagem para o atendimento.

A apreciação, nas narrativas, de seus modos de vida permite uma análise nas entrelinhas sobre suas raízes culturais e religiosas e como isso pode afetar no acesso e na experiência do adoecimento. Novamente Santos (2016) exemplifica a tentativa de triagem dos imigrantes do Amazonas para aids, cólera e filariose (até então preocupações epidemiológicas quando do aumento significativo do fluxo) e suas dificuldades nesse processo visto a barreira linguística e a conotação que a agulha tinha para os haitianos, já que são usadas pelos mesmos em práticas da religião.

Merece destaque a conceituação da “medicina tradicional” no Haiti, citada em alguns relatos do estudo. Dentro da estrutura do sistema de saúde haitiano há um setor tradicional, representado por curandeiros e tem uma posição relevante visto ser bastante procurado como primeiro recurso da população (PLANCHER, 2018).

Já Martes (2013) inclui o papel da família na formação de padrões específicos de cuidados com doenças e procura de tratamentos. Explica que indivíduos utilizam conselhos, informações e ajuda de parentes para tomar suas decisões sobre tratamentos de saúde e, no caso dos imigrantes, as famílias têm um papel ainda mais relevante, pois intermediam o acesso às redes informais de cuidados, de informações e ou referências, ou até financiam os recursos para cobrir os tratamentos, quando necessários. Leclerc et al. (1994) pressupõem que o contexto familiar seria, nesse sentido, “um elemento intermediário no processo de adaptação”.

Todas essas análises e discussões devem ser inseridas no atual contexto da política migratória do país. Em janeiro de 2019, o Brasil, representado pelo ministro das Relações Exteriores Ernesto Araújo, deixou o Pacto Global para Migração Segura da Organização das Nações Unidas (ONU), que havia sido firmado oficialmente em dezembro de 2018 com a assinatura de 160 países. Esse pacto lida com questões como “soberania do Estado, compartilhamento de responsabilidade e não-

discriminação de direitos humanos” segundo a ONU, na tentativa de proteger melhor os migrantes, integrá-los à sociedade e criar regras para enviá-los de volta ao seu país de origem. O ministro havia dito que considerava o pacto um instrumento inadequado, pois os próprios países deveriam estabelecer suas próprias políticas.

Michael Mohallem, (2019) coordenador do Centro de Justiça e Sociedade da FGV Direito Rio, analisa a questão da seguinte forma: por um lado explica que, a rigor, qualquer compromisso internacional é sinal de uma cessão de soberania e que o aderir a um tratado, um Estado aceita limitar sua soberania, mas o faz para, em troca, construir uma comunidade internacional mais segura e com maior respeito aos direitos humanos.

Por outro lado, avalia que ao sair, o Brasil faz um movimento brusco de ruptura com a vasta maioria de países, quando em verdade teria um baixíssimo ônus político ou impacto em sua soberania. O coordenador conclui com a impressão de que foi uma decisão orientada principalmente por ideologia e menos por aspectos técnicos, portanto, a imagem projetada no âmbito político acaba sendo negativa, pois mostra pouco interesse em agendas multilaterais, em especial as relacionadas com direitos humanos.

Essa medida traz reflexões sobre o modo de tratamento ao imigrante e práticas xenofóbicas e devem ser abordadas para melhor esclarecimento frente à posição do atual governo.

Por fim, cabem aqui ainda discussões sobre o método de pesquisa. Sua organização revelou algo já esperado: a saturação de respostas, que aconteceu de forma precoce. Apesar da análise de conteúdo não se amparar especificamente em uma amostra quantificável, alguns autores propõem o critério de saturação das informações como necessário para a delimitação do olhar investigativo (TURATO *et. al*, 2008). Ressalta-se que, nas investigações qualitativas em saúde, verifica-se, com frequência, a utilização da saturação de informações como critério para o fechamento amostral ou, ainda, a saturação do universo, quando as entrevistas são realizadas com todos os representantes de determinado grupo ou categoria (MACHADO, 2007).

Algumas situações com potencial de limitar e até mesmo desviar do objetivo principal puderam ser observadas, não somente frentes a questões técnicas, mas como em registro de campo. O imigrante haitiano é um indivíduo inserido em um país diferente, com matrizes culturais e contexto histórico diverso, o que o faz naturalmente se situar à margem da população. O acesso à sua pessoa foi difícil, provavelmente

por estar inserido agora em uma sociedade diferente, com anseios e apreensões de uma nova realidade em que vive. Tal observação tem influência direta no número de participantes conseguidos para os registros. Vale lembrar que os participantes tiveram seu acesso alcançado através da interceptação com a diretora do PBMIH, a qual os mesmos têm grande confiança e consideração.

Tomando isso como premissa, é de se considerar a limitação da pesquisa por ter sido feita em um único espaço físico. A coleta de dados por vezes limitou-se à disponibilidade de dias de encontros do próprio projeto e tais disponibilidades associavam-se ao contexto atual da situação política, econômica e social do país. Não havia encontros nos feriados ou quando os participantes se ausentavam por questões pessoais e até mesmo devido à questão do processo de eleição no Brasil (a equipe temia por riscos de estarem expondo os imigrantes como alvos de eleitores extremistas).

Das questões culturais, a língua foi decisiva para a aumentar a disparidade e dificuldade na coleta de dados. A transcrição mostrou-se trabalhosa e confusa em alguns pontos, precisando de profunda análise interpretativa do pesquisador e mesmo assim algumas dúvidas frente à interpretação da narração mantiveram-se constantes e alguns registros acabaram não sendo incluídos na discussão por não se mostrarem contextualizados. Segundo Cavalcante (2014), por abordar a subjetividade do sujeito, a pesquisa qualitativa, em alguns momentos, pode permitir que a análise do observador esteja impregnada de seus pré-conceitos, o que acaba por refletir no objeto estudado. Isto se deve à proximidade do observador com os fenômenos relacionados. Desta forma, corre-se o risco de fazer sucessivas aproximações com o objeto sem deixar que o ponto de vista do pesquisador sobreponha os fenômenos a serem explicados nas análises.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O fenômeno da imigração é um fenômeno mundial que repercute em âmbitos sociais, econômicos, demográficos e de saúde e a migração de diversas populações para o Brasil, em especial a haitiana, é algo real e presente no contexto da saúde pública no país e na cidade de Curitiba em particular. Isso influencia diretamente na quantidade e qualidade das demandas dentro desse sistema.

A população de imigrantes haitianos procura os serviços de saúde de forma aleatória no que tange suas necessidades quase sempre pontuais, sem respeito ou ciência de um fluxo pré-estruturado. Isso se deve a dificuldades de acesso aos serviços e a aspectos culturais de como o indivíduo imigrante lida com o adoecimento em sua realidade. Por conseguinte, em sua abordagem não há construção de vínculo capaz de abranger toda a integralidade de suas necessidades.

Na prática, os imigrantes haitianos acabam tendo menos acesso aos serviços de saúde e tornam-se expostos e mais vulneráveis a fatores sociais e biológicos que possam prejudicar seu estado de saúde. Observam-se, na realidade, indivíduos desacompanhados, sub-diagnosticados e sem um tratamento adequado.

Faz-se relevante o reconhecimento dessa situação pela gestão pública de saúde e dos profissionais que nela atuam, bem como a criação de estratégias de práticas com abordagem integral capazes de absorver as demandas originadas por esse fenômeno social. Algumas estratégias podem ser aqui consideradas: treinamento dos servidores de saúde, ampliação de rastreamento de doenças mais prevalentes nessa população, elaboração de material em seu dialeto para informações e trabalhar na e com a comunidade local caso haja maior dificuldade de acesso. Estratégias essas que poderão auxiliar na oferta de melhor qualidade de serviço, estando esse mais receptivo à procura por parte do imigrante, fazê-lo desenvolver consciência do seu processo de adoecimento e torná-lo corresponsável pelo seu tratamento, fornecer suporte para que seja transformador de sua realidade em benefício próprio. Enfim, melhorar o cuidado.

REFERÊNCIAS

- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Editora Almedina. Brasil, 2011.
- BATISTA, V. O. e PAREIRA, C. G. **Trabalho, Imigração e o Direito Internacional dos Direitos Humanos**. Disponível em <http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=47a3893cc405396a> (acesso em 01.03.19)
- BENERJEE, T. e SHAH, B. R. **Epidemiology Differences in prevalence of diabetes among immigrants to Canada from South Asian countries**. In: DIABETIC Medicine DOI: 10.1111/dme.13647, 2018
- BRASIL deixa o pacto global de migração da ONU**. Folha de São Paulo, 8 de janeiro de 2019. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/mundo/2019/01/brasil-deixa-pacto-global-de-migracao-da-onu.shtml> (acessado em 27.02.19)
- CAVALCANTE, R.B., **Análise de conteúdo**: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. Inf. & Soc.:Est., João Pessoa, v.24, n.1, p. 13-18, jan./abr. 2014
- DECLARAÇÃO UNIVERrSAL DOS DIREITOS HUMANOS**. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/direitoshumanos/declaracao/> (acessado em 27.02.19)
- FAVORETO, C.A.O, CAMARGO JR, K.R, **Alguns desafios conceituais e técnico-operacionais para o desenvolvimento do programa de Saúde da Família como uma proposta transformadora do modelo assistencial**. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 12(1): 59-75, 2002
- FERREIRA, D.C. *et al.* **A Experiência do Adoecer**: uma Discussão sobre Saúde, Doença e Valores. Revista Brasileira de Educação Médica 38 (2) : 283 – 288 ; 2014
- GRABOIS, V., MENDES JUNIOR, WV. Org.: **Qualificação dos Gestores do SUS**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD; 2011. p.21-33. Disponível em: <http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=12542&Tipo=B>
- GUERRA, K. e VENTURA, M. **Bioética, imigração e assistência à saúde**: tensões e convergências sobre o direito humano à saúde no Brasil na integração regional dos países. Cad. saúde colet. [online]. 2017, vol.25, n.1, pp.123-129. Epub Mar 30, 2017.
- GUSSO, G. e LOPES, JMC. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**: 2 volumes: Princípio, Formação e Prática [INTERNET]. Artmed Editora, 2012
- IDEHEN, E. E., et al. **Disparities in cervical screening participation: a comparison of Russian, Somali and Kurdish immigrants with the general Finnish population**. In: International Journal for Equity in Health (2018) 17:56

IMMIGRANT health issues: What physicians should know and do. CMPA 2015. Disponível em: <https://www.cmpa-acpm.ca/en/advice-publications/browse/articles/2015/immigrant-health-issues-what-physicians-should-know-and-do> (acessado em 28.02.19)

LANGDON, E.J. **Dialogando sobre o processo saúde/doença com a Antropologia:** entrevista com Esther Jean Langdon. In: Revista Brasileira Enfermagem, Brasília 2009, mar-abr 62 (2): 323-326

LANGDON, E.J. e WIIK, F. B. **Antropologia, saúde e doença:** uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. Rev. Latino-Am. Enfermagem. Londrina-PR, Maio-Junho, 2010

LEAL E. M., SERPA JUNIOR, O. D. de., **Acesso à experiência em primeira pessoa na pesquisa em Saúde Mental.** Revista?? 2013, volume 18, número 10, 2939-2948

LEÃO, L. H. C. et al. **Migração internacional, saúde e trabalho:** uma análise sobre os haitianos em Mato Grosso, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 33, n. 7, p. 1-7, 2017

LECLERE, F.; JENSEN, L.; BIDDLECOM, A. E. **Health care utilization, family context, and adaptation among immigrants to the United States.** Journal of Health and Social Behavior, Washington, v. 35, n. 4, p. 370-384, 1994.

LOPES, N.L. **Impactos da nova lei de imigração n. 13.445/2017.** Disponível em: <http://www.pf.gov.br/servicos-pf/imigracao/lei-de-migracao/impactos-da-nova-lei-de-imigracao-no-13445-2017> (acesso em 01.03.19)

MACIEL, V. e VALADARES, C. **Roraima tem plano de ações para atendimento aos imigrantes.** Agência Saúde, 2018. Disponível em: <http://portalmis.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/42320-roraima-tem-plano-de-acoes-para-atendimento-aos-imigrantes> (acesso em 28.02.19)

MARTES, A.C.B., **Acesso dos imigrantes bolivianos aos serviços públicos de saúde na cidade de São Paulo.** Saúde Soc. São Paulo, v.22, n.2, p.351-364, 2013

MARTIN, D., GOLDBERG, A. e SILVEIRA, C. **Imigração, refúgio e saúde:** perspectivas de análise sociocultural. Saúde Soc. São Paulo, v.27, n.1, p.26-36, 2018

MARTIN, D. e col. **Imigração, refúgio e saúde:** perspectivas de análise sociocultural. Saúde Soc. São Paulo, v. 27, n. 1, p. 26-33, 2018

MARTINEZ-DONATE et al. **Access to Health Care Among Mexican Migrants and Immigrants:** A Comparison Across Migration Phases. in: J Health Care Poor Underserved. 2017; 28(4): 1314–1326. doi: 10.1353/hpu.2017.0116.

MATOS, C.C.S.A e TOURINHO, F.S.V. **Saúde da População Negra: percepção de residentes e preceptores de Saúde da Família e Medicina de Família e Comunidade.** Rev Bras Med Fam Comunidade. Rio de Janeiro, 13(40):1-12, Jan-Dez 2018

MOHALLEM, M. **Professor da FGV Direito Rio analisa saída do Brasil do pacto da migração da ONU.** Disponível em: <https://diretorio.fgv.br/noticia/professor-da-fgv-direito-rio-analisa-saida-do-brasil-do-pacto-da-migracao-da-onu> (acessado em 27.02.19)

NADEGE, J. *et al.* **Equidade na atenção à saúde de mulheres no Haiti.** Rev Panam Salud Publica 41 26 Jun 2018

Organização Mundial da Saúde (OMS). <http://www.paho.org/bra/> (acesso em 27.02.19)

OCHIENG, B.M.N. **Black African migrants: the barriers with accessing and utilizing health promotion services in the UK.** European Journal of Public Health 2012

OVARTE, M. *et al.* **Hospitalizations for cancer in international migrants versus local population in Chile.** In: Rev Saúde Pública. 2018 Apr 9;52:36. doi: 10.11606/S1518-8787.2018052000222.

PBIMH. **Aulas de Português.** Disponível em: <http://www.migracoes.ufpr.br/site-pbmih/aulas-portugues/> (acesso em 02.03.19)

PLANCHER, I. **Análise comparativa dos sistemas de saúde do Haiti e do Brasil enquanto ao modelo de gestão, modelo de atenção, modelo de financiamento e recursos humanos.** Disponível em <https://dspace.unila.edu.br/bitstream/handle/123456789/4283/TCC%20para%20UNILA.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (acesso em 19.05.2019)

REDDITT, V. J. *Et al.* **Health status of newly arrived refugees in Toronto.** Canadian Family Physician • Le Médecin de famille canadien | Vol 61: july, 2015

RISSON, A. P. **Cartografia da atenção à saúde de imigrantes haitianos residentes em Chapecó, SC,** 2016. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade da Região de Chapecó, 2016

SAMPAIO, C. **Migração e Saúde: um testemunho.** Rev. Inter. Mob. Hum., Brasília, Ano XXI, n. 40, p. 245-250, jan./jun. 2013

SANTOS, F.V. dos. **A inclusão dos migrantes internacionais nas políticas do sistema de saúde brasileiro: o caso dos haitianos na Amazônia.** v. 23, N. 2, abr-jun 2016, p. 477-494

SANTOS, H. S. de, MEDEIROS, A. A. **Migração e Acesso aos serviços de saúde: a necessidade da pauta intercultural para o cumprimento dos direitos**

humanos. Disponível em: <http://www.inscricoes.fmb.unesp.br/upload/trabalhos/20177311134.pdf>. Acesso em 05.11.18

TOPA, J., NEVES, S. e NOGUEIRA, C. **Imigração e saúde: a (in)acessibilidade das mulheres imigrantes aos cuidados de saúde.** Saúde Soc. São Paulo, v.22, n.2, p.328-341, 2013

VENTURA, M. **Imigração, saúde global e direitos humanos.** Cad. Saúde Pública 2018; 34(4): e00054118

WAMAI, R. G.; LARKIN, C. **Health development experiences.** *In: Haiti: what can be learned from the past to find a way forward?* Japan Medical Association Journal, v.54, n.1, p.56-67. 2011.

APENDICE I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, André Filipak, Bruno Denes Cesário Pereira e Ridiney Santos Oliveira, alunos de pós-graduação em saúde coletiva da Universidade Federal do Paraná; Sabrina Stefanello e Deivisson Vianna Dantas dos Santos professores da Universidade Federal do Paraná estamos convidando você a participar de um estudo intitulado: “Percepção de populações à margem da sociedade frente às questões de saúde em uma grande cidade brasileira”. Este estudo visa compreender as percepções do processo de saúde-doença em grupos de população específicos no município de Curitiba-PR (imigrantes haitianos, população privada de liberdade e trabalhadores recicladores) e sua relação com o acesso aos serviços de saúde oferecidos.

a) O objetivo desta pesquisa é conhecer as significações do processo saúde-doença, o significado de ser cuidado e o que é feito quando se adoece para cada um dos grupos de participantes. Assim como, entender como se dá o acesso ao atendimento em saúde, comparando as diferenças e similaridades no discurso de cada um. b) Caso você participe da pesquisa, será necessário responder as perguntas de uma entrevista referente sua experiência no acesso a serviços de saúde e sua percepção quanto ao que acontece com você quando se adoece. c) Para tanto você deverá comparecer no local e data que serão combinados entre você e o pesquisador. Perguntas disparadoras iniciais definidas pelos pesquisadores nortearão a discussão do tema escolhido, o que levará aproximadamente entre 30 a 60 minutos, mas você pode se sentir livre para falar sobre sua experiência em relação a temática abordada. A entrevista será gravada em áudio para posterior análise. d) É possível que você experimente algum desconforto, principalmente relacionado a constrangimento durante a realização da entrevista. Se isso for percebido ou relatado, a sua entrevista ou participação poderá ser interrompida sem qualquer prejuízo ao seu trabalho. Reforçamos também, que não é necessário contar nada que não o deixe à vontade. Não sendo necessário compartilhar qualquer informação que não desejar. e) Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser: desconforto ou constrangimento em relação à opinião exposta e timidez ao abordar assuntos que considere íntimos. Estes riscos serão minimizados pela confidencialidade entre pesquisador e

participante. f) Os benefícios esperados com essa pesquisa são: a ampliação da compreensão do processo de saúde-doença em grupos vulneráveis a fim de fornecer subsídios teóricos para adaptação de políticas públicas e melhoria no atendimento e bem-estar das populações representadas pelos participantes da pesquisa. Embora nem sempre você seja diretamente beneficiado por sua participação neste estudo. g) Os pesquisadores André Filipak, Bruno Denes Cesário Pereira, Ridiney Santos Oliveira, Sabrina Stefanello e Deivisson Vianna Dantas, responsáveis por este estudo poderão ser localizados por e-mail: binastefanello@gmail.com, andrefilipak@yahoo.com.br, bruno.denes1982@gmail.com, ridiney@oi.com.br e deivianna@gmail.com e pelo telefone celular por ligação ou por meio de mensagem eletrônica pelos números 991091158, 991291030, ou no telefone fixo 33607241, no horário das 08 horas até às 17 horas, ou presencialmente no endereço: Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, Rua Padre Camargo, 280, 7 andar, sala 1, para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR | CEP/SD Rua Padre Camargo, 285 | térreo | Alto da Glória | Curitiba/PR | CEP 80060-240 | cometica.saude@ufpr.br – telefone (041) 3360- 7259

h) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado. i) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas. Orientadores: Prof. Dr^a. Sabrina Stefanello e Prof. Dr. Deivisson Viana e alunos do programa de pós graduação profissional em saúde coletiva. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade. j) Os áudios obtidos poderão ser utilizados para outras pesquisas da pesquisadora com a mesma temática no período de cinco anos e serão descartados e apagados da memória do computador ao término deste período. k) As despesas necessárias para a realização da pesquisa: impressão de papéis e custos com o audiovisual não são de sua responsabilidade e você não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação. l) Quando os resultados forem publicados,

não aparecerá seu nome, e sim um código. m) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão colegiado multi e transdisciplinar, independente, que existe nas instituições que realizam pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil e foi criado com o objetivo de proteger os participantes de pesquisa, em sua integridade e dignidade, e assegurar que as pesquisas sejam desenvolvidas dentro de padrões éticos (Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde).

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios da participação do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

[Curitiba, de de]

[Assinatura do Participante de Pesquisa ou Responsável Legal]

[Assinatura do Pesquisador – André Filipak]

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR | CEP/SD Rua Padre Camargo, 285 | térreo |Alto da Glória | Curitiba/PR | CEP 80060-240 | cometica.saude@ufpr.br – telefone (041) 3360- 7259

APENDICE II - Perguntas disparadoras para imigrantes haitianos

Como você se sentiu ao adoecer? (o que você entende por adoecer?)

O que você faz?

Quem você procura nesta situação (e com o serviço de saúde?) Como é essa relação?

O que você faz para se sentir saudável?

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Percepção de populações à margem da sociedade frente às questões de saúde em uma grande cidade brasileira. **Pesquisador:** Sabrina Stefanello **Área Temática:**

Versão: 3

CAAE: 80355317.0.0000.0102

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.993.534

Apresentação do Projeto:

Trata-se ora de solicitação de emenda pelos pesquisadores, a fim de incluir mais um tipo de população e mais um pesquisador no estudo.

Justificam os pesquisadores a inclusão de mais uma população - pessoas transexuais – no projeto, a partir do que se segue:

"Este grupo é reconhecidamente marginalizado pela sociedade e extremamente vulnerável já que são pouco ouvidos na sociedade. As políticas públicas quando focam em grupos especiais, tendem a políticas de atenção seletiva, tratando somente de temas específicos de saúde, como políticas anti-transmissão de HIV/AIDS e DSTs. Por isso a importância de ampliar o escopo do projeto original para entender as necessidades no acesso aos serviços de saúde pela população transexual."

A recém-incluída pesquisadora é a aluna de graduação em medicina da UFPR, Vivian Borgert.

Ser indivíduo parte de uma população à margem da sociedade influencia no processo saúde-doença, determinando condições de vulnerabilidade, acarretando sofrimento, adoecimentos e interferindo na capacidade de acesso aos serviços de saúde. Uma melhor compreensão do processo saúde-doença e da relação com os serviços de saúde destas populações pode oportunizar um melhor planejamento e acesso ofertado pelos serviços.

Serão três populações escolhidas (imigrantes haitianos, população privada de liberdade e trabalhadores recicladores). As três possuem em comum uma base de pesquisas qualitativas escassas no Brasil e, a fim de compreender o processo mais geral de adoecimento bem como as possíveis dificuldades e facilidades no acesso à obtenção de cuidados em saúde, estruturou-se essa pesquisa.

Em todos os grupos serão realizadas entrevistas abertas, que contarão com algumas questões disparadoras, permitindo a livre expressão dos entrevistados. O pesquisador-entrevistador acrescentará outras perguntas abertas conforme andamento da entrevista, visando explorar a temática de interesse a partir dos relatos individuais, e evitando direcionamentos a priori. O tempo médio de cada entrevista será de 30 a 60 minutos, e esta será audiogravada, suprimindo-se quaisquer informações que possam acarretar a identificação do indivíduo.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo geral da pesquisa é compreender como se dá o processo de saúde-doença em grupos de população específicos no município de Curitiba-PR (imigrantes haitianos, população privada de liberdade e trabalhadores recicladores) e sua relação com o acesso aos serviços de saúde oferecidos.

Quanto aos objetivos específicos, estes são:

- Elucidar as significações do processo saúde-doença, o significado de ser cuidado e o que é feito quando se adoecce;
- Entender a percepção de acesso ao atendimento em saúde destas populações;
- Comparar as diferenças no discurso relacionadas a identidade, ao sofrimento e acesso a saúde entre estes diferentes grupos.

- Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os pesquisadores informam que, como benefícios diretos para essa população pretende-se ofertar um momento de escuta e autorreflexão sobre as concepções de saúde e o processo de adoecimento, podendo ocasionar uma ressignificação de suas histórias de vida pessoais. Como benefícios indiretos do desenvolvimento da pesquisa pretende-se ampliar a compreensão do processo de saúde-doença nestes grupos vulneráveis, fornecendo elementos para futuras políticas públicas de saúde."

Quanto aos riscos, lembram os pesquisadores que "considera-se a possibilidade da ocorrência de riscos de ordem não-física, desconfortos e níveis de constrangimento que podem variar de acordo

Página 02 de

com a sensibilidade do entrevistado. Um dos cuidados para se evitar isso, é justamente ter uma entrevista aberta, de modo que a pessoa poderá abordar os temas que julgar pertinentes e se sentir à vontade para isso. Será reforçado o aspecto do sigilo e da liberdade em encerrar a entrevista a qualquer momento se assim desejarem, bem como retirar o consentimento a qualquer momento. Se durante a entrevista o participante ficar muito emocionado, será oferecido apoio psiquiátrico no local." Acrescentam que "pode ocorrer também o cansaço ao longo da entrevista" mas nestes casos o entrevistador "mencionará que a entrevista pode ser encerrada a qualquer momento. No decorrer da entrevista, o participante tem plena liberdade para encerra-la no momento que desejar, sem qualquer ônus." No caso específico da população privada de liberdade, mencionam a preservação da privacidade para a realização das entrevistas. Ressaltam que "todos os pesquisadores são médicos formados e com prática em manejo de situações de crise e problemas de saúde. Além disso, dois psiquiatras estarão à disposição caso a equipe local precise de ajuda com as demandas que surgirem no local.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Os pesquisadores entendem as populações a serem pesquisadas como grupos vulneráveis e clarificam isso no item pertinente, como se segue:

"Está prevista a participação de grupos vulneráveis na pesquisa, seja por baixa renda, pouca escolaridade ou privação de liberdade. O escopo da pesquisa trata justamente de pessoas vulneráveis e marginalizadas socialmente, por causa disso, ao longo de toda a elaboração do projeto, as peculiaridades deste grupo foram levadas em consideração de modo a evitar qualquer circunstância que possa acarretar em prejuízo aos participantes."

Informam ainda que os locais escolhidos para as entrevistas com cada grupo foram reelecionados porque já existe uma aproximação com a universidade, bem como dos pesquisadores, com estes serviços.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não se aplica.

Recomendações:

Não há.

Página 03 de

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

No termo de confidencialidade foi omitida a população "pessoas transexuais".

Considerações Finais a critério do CEP:

Como responder as pendências:

- 1) O Pesquisador deverá devolver as pendências no prazo máximo de até 30 dias, a contar desta data, postando e enviando através da Plataforma Brasil - modo: Editar (), (seguindo todas as etapas até enviar novamente).
- 2) Favor responder em documento (carta simples – no formato Word (.doc)) à parte todas as pendências que constam no parecer, com indicação dos documentos e PÁGINAS nas quais as modificações foram feitas; da mesma forma, assinalar com cor diferenciada todas as alterações feitas nos documentos que foram revisados.
- 3) Os arquivos com as respostas às pendências deverão ser anexados na PB sempre com títulos diferentes dos já inseridos, pois se o arquivo contiver o mesmo nome o sistema irá inserir o arquivo anterior automaticamente. (Ex.: TCLE corrigido.doc ou TCLE versão 1...)
- 4) Não excluir os arquivos já enviados, para manter o histórico do projeto, uma vez que os arquivos fazem parte do projeto original.

Em www.cometica.ufpr.br consultar PARECER E EMENDA – Como ler e responder às pendências.

IMPORTANTE: PENDÊNCIAS DE PARECER CONSUBSTANCIADO QUE NÃO FOREM RESPONDIDAS

EM ATÉ 30 DIAS TERÃO STATUS DE NÃO APROVADO, SENDO NECESSÁRIO NOVA SUBMISSÃO DO PROJETO.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1234892_E1.pdf	16/10/2018 10:31:16		Aceito

Página 04 de

Declaração de Pesquisadores	SolicitacaodeEmenda.pdf	15/10/2018 17:23:00	VIVIAN BORGERT	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CartaConcordanciaGrupoDignidade.pdf	15/10/2018 17:19:54	VIVIAN BORGERT	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDetalhadoEmenda.docx	05/10/2018 16:17:48	VIVIAN BORGERT	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DeclaracaoUsoMaterialColetadoEmenda.pdf	05/10/2018 16:05:09	VIVIAN BORGERT	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TermoDeConfidencialidadeEmenda.pdf	05/10/2018 15:57:50	VIVIAN BORGERT	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TermoDeCompromissoParaoInicioDaPesquisaEmenda.pdf	05/10/2018 15:57:22	VIVIAN BORGERT	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermoDeConsentimentoLivreeEsclarecidoEmenda.doc	05/10/2018 15:56:36	VIVIAN BORGERT	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMODECONSENTIMENTOLIVREEESCLARECIDOREVISADO.doc	14/03/2018 11:33:20	Deivisson Vianna Dantas dos Santos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDetalhadoVERSAOFINAL.docx	14/03/2018 11:32:10	Deivisson Vianna Dantas dos Santos	Aceito
Declaração de Pesquisadores	respostaaocomite.pdf	09/03/2018 11:15:05	Deivisson Vianna Dantas dos Santos	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaodeusoespecificodomaterialdacoscoletados.pdf	09/03/2018 11:01:06	Deivisson Vianna	Aceito

			Dantas dos Santos	
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AnuenciaServicos.pdf	22/11/2017 11:53:57	Deivisson Vianna Dantas dos Santos	Aceito
Declaração de Pesquisadores	informacaosobreecocidadao.pdf	22/11/2017 11:53:04	Deivisson Vianna Dantas dos Santos	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaodetornarpublicosresultados.pdf	22/11/2017 11:52:21	Deivisson Vianna Dantas dos Santos	Aceito
Declaração de Pesquisadores	extratoata.pdf	22/11/2017 11:51:39	Deivisson Vianna Dantas dos Santos	Aceito
Declaração de Pesquisadores	cartaanuenciapsiquiatra.pdf	13/11/2017 19:40:42	Sabrina Stefanello	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AnuenciaPMUB.pdf	13/11/2017 19:40:32	Sabrina Stefanello	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Anuenciacocidadao.pdf	13/11/2017 19:40:00	Sabrina Stefanello	Aceito
Declaração de	termodeconfidencialidade.pdf	13/11/2017	Sabrina Stefanello	Aceito

ágina
05
de

P

Pesquisadores	termodeconfidencialidade.pdf	19:37:34	Sabrina Stefanello	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termodecompromissoparaoiniciodapesquisa.pdf	13/11/2017 19:37:11	Sabrina Stefanello	Aceito
Declaração de Pesquisadores	oficiodopesquisadorencaminhandooprojetoaocep.pdf	13/11/2017 19:36:57	Sabrina Stefanello	Aceito
Declaração de Pesquisadores	funcaonoprojeto.pdf	13/11/2017 19:36:40	Sabrina Stefanello	Aceito
Declaração de Pesquisadores	CheckListDocumental.pdf	13/11/2017 19:35:35	Sabrina Stefanello	Aceito
Declaração de Pesquisadores	analisedemerito.pdf	13/11/2017 19:35:13	Sabrina Stefanello	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	13/11/2017 19:34:18	Sabrina Stefanello	Aceito

Situação do Parecer:

Pendente

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 31 de Outubro de 2018

Assinado por:
IXDA CRISTINA GUBERT
(Coordenador(a))

