

GISELE MARTINS GOMES

**SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DA POPULAÇÃO HAITIANA RESIDENTE
EM UMA VILA DE PORTO ALEGRE**

**UNIVERSIDADE FEDERAL RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

**PORTO ALEGRE
2020**

UNIVERSIDADE FEDERAL RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

**SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DA POPULAÇÃO HAITIANA RESIDENTE
EM UMA VILA NA CIDADE DE PORTO ALEGRE**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, junto ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Área de Concentração: Saúde Coletiva
Linha de Pesquisa: Saúde, Sociedade e Humanidades

Mestranda: Gisele Martins Gomes

Orientadora: Prof^a Dr^a Stela Nazareth Meneghel

**PORTO ALEGRE
2020**

CIP - Catalogação na Publicação

Gomes, Gisele Martins
Saúde Sexual e Reprodutiva da População Haitiana
Residente em uma Vila na Cidade de Porto Alegre /
Gisele Martins Gomes. -- 2020.
99 f.
Orientadora: Stela Nazareth Meneghel.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS,
2020.

1. Saúde Sexual. 2. Saúde Reprodutiva. 3. Infecções
Sexualmente Transmissíveis. 4. Haiti. I. Meneghel,
Stela Nazareth, orient. II. Título.

Dedicatória

Dedico este estudo primeiramente à Deus, por estar presente em todos os momentos e ser essencial em minha vida. Por ser meu socorro bem presente na angústia. E a todos que contribuíram direta ou indiretamente na construção deste caminho e na minha formação acadêmica.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que contribuíram no decorrer desta jornada, especialmente a Deus que esteve sempre presente.

Aos membros da banca de qualificação, que se repete no momento final desta dissertação: Prof^ª. Dr^ª. Izabella Barison Matos, Prof^º. Dr. Renel Prospere, e aos novos avaliadores que se somam como Dr^ª. Joyce Andrade Schramm e Prof^ª Dr^ª Nadege Jacques, por suas preciosas contribuições que me impulsionam a seguir.

Aos meus pais Remi Gomes e Eroni Gomes (*in memórian*) por serem minha base de amor. Aos meus irmãos por serem meus amigos, por me estimularem, por estarem presentes em todos os momentos que necessitei deles. As minhas filhas Vitória e Sarah por serem minhas grandes inspirações, por compreenderem meus momentos de ausência, amo vocês.

A minha amiga Kesta Saint Val, por sua dedicação e disponibilidade em estar comigo nas oficinas contribuindo pontualmente nas traduções dos diálogos com a população haitiana.

Aos amigos Manuel Mahoche e Sarita Fernandez, pelas preciosas contribuições, em momentos que a vontade era desistir.

A minha orientadora Prof^ª. Dr^ª. Stela Nazareth Meneghel, por toda sua dedicação, delicadeza e sensibilidade em me orientar neste caminho tão novo e desafiador, por seu companheirismo e disponibilidade em me auxiliar em vários momentos.

Aos meus colegas de trabalho pelo companheirismo e disponibilidade em me auxiliar quando precisei.

E finalmente a todos meus amigos pelas palavras de incentivo quando achei que não fosse capaz.

Meu muito obrigada a todos!

“O imperialismo [...] abandona por toda a parte germes de podridão que temos implacavelmente de descobrir e extirpar de nossas terras e de nosso cérebro”.

Frantz Fanon

RESUMO

O presente estudo busca conhecer aspectos da saúde sexual e reprodutiva de homens e mulheres haitianos, residentes na Vila Esperança Cordeiro, localizada na zona norte de Porto Alegre. Os principais aspectos a serem explorados nessa pesquisa compreendem a descrição de conhecimentos, atitudes e práticas, referentes ao tema, levando em conta as questões de gênero dos migrantes e identificando elementos facilitadores e barreiras no acesso e utilização dos serviços da Atenção Básica de Porto Alegre. O procedimento metodológico alinha-se à perspectiva qualitativa e foi realizada uma intervenção por meio de oficinas. Os sujeitos de estudo foram usuários da unidade de saúde Esperança Cordeiro, contatados e convidados por meio de visitas domiciliares. Participaram das oficinas 42 haitianos residentes em Porto Alegre, mulheres e homens. A maioria deles e delas demonstrou pouco ou nenhum conhecimento sobre IST's, saúde sexual e reprodutiva e sobre condicionantes e acesso ao sistema de saúde brasileiro. Ao término das oficinas constatou-se a necessidade de estabelecer políticas de atenção à saúde dos migrantes e melhoria da informação referente à promoção da saúde, incluindo a sexual e reprodutiva. Os processos migratórios aproximam usuários e trabalhadores de saúde pertencentes a sistemas culturais distintos, com barreiras linguísticas, comunicacionais e diferentes percepções dos processos de saúde e adoecimento humanos, exigindo dos trabalhadores de saúde flexibilidade, aceitação e proposição de ações eficientes dirigidas a essa população.

Palavras chave: Saúde Sexual, Saúde Reprodutiva, Acesso, Infecções Sexualmente Transmissíveis, Haiti

ABSTRACT

The present study aims to know certain aspects of the sexual and Reproductive Health (SRH) of Haitians from *Vila Esperança Cordeiro*, located north of *Porto Alegre* (Brazil). The main aspects to explore in this research are the description of knowledge, attitudes, and practices related to the theme, considering gender issues of immigrants, and identifying the elements that facilitate and prevent access and use of services of primary care in *Porto Alegre*. The methodological approach refers to the qualitative perspective and the intervention was carried out through workshops. The study subjects were users of the health center *Esperança Cordeiro*, contacted and invited through home visits. 42 Haitians (men and women) living in *Porto Alegre* participated in the research. Most of them showed little or no knowledge about STIs, sexual and reproductive health, and about conditions of access to the Brazilian health system. At the end of the study, there was a need to establish policies to provide health care to migrants and improve information on health promotion, including sexual and reproductive health. The migratory processes bring together users and health workers belonging to different cultural systems, with linguistic, communicational barriers and different perceptions of human health and illness processes, demanding from health workers flexibility, acceptance, and proposition of efficient actions directed at this population.

Keywords: Sexual health, Reproductive health, Access, Sexually Transmitted Infections, Haiti

RÉSUMÉ

La présente étude vise à connaître certains aspects de la Santé Sexuelle et Reproductive (SSR) des haïtiens qui résident à la *Vila Esperança Cordeiro*, située au nord de *Porto Alegre* (Brésil). Les principaux aspects à explorer dans cette recherche sont la description des connaissances, des attitudes et des pratiques liées au thème, en considérant les questions de genre des immigrants et en identifiant les éléments qui facilitent et qui empêchent l'accès et l'utilisation des services de soins primaires de *Porto Alegre*. La démarche méthodologique se réfère à la perspective qualitative et l'intervention a été réalisée à travers des ateliers. Les personnes ayant participé à l'étude étaient des utilisateurs du centre de santé *Esperança Cordeiro*, elles ont été contactées et invitées durant des visites domiciliaires. 42 haïtiens (hommes et femmes) résidant à *Porto Alegre* ont participé à la recherche. La majorité d'entre eux ont démontré peu ou aucune connaissance des Infections Sexuellement Transmissibles (IST), de la santé sexuelle et reproductive et des conditions d'accès au système de santé brésilien. À la fin des ateliers, on a constaté la nécessité d'établir des politiques de santé à l'intention des migrants et d'améliorer les informations concernant la promotion de la santé, incluant la santé sexuelle et reproductive. Les processus migratoires regroupent des utilisateurs et des travailleurs de santé appartenant à des systèmes culturels différents, avec des barrières linguistiques, communicationnelles et des perceptions différentes du processus santé et maladie chez les humains, exigeant des travailleurs de la santé flexibilité, acceptation et proposition d'action efficace dirigée vers cette population.

Mots-clés: Santé sexuelle, Santé reproductive, Accès, Infections sexuellement transmissibles, Haïti

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Migração Haitiana no mundo. As duas grandes ondas migratórias do século XX, 1915-1935, 1965-1985.....	24
Figura 2. Haiti - mapa segundo departamentos.....	26
Figura 3. Imigrantes no Brasil.....	33
Figura 4. Caminhos da migração Haiti-Brasil.....	36
Figura 5. Principais destinos dos haitianos no Rio Grande do Sul.....	38
Figura 6. Mapa da localização da Vila Esperança Cordeiro, Porto Alegre, RS.....	62
Figura 7. Rua da Vila Esperança Cordeiro.....	66
Figura 8. Vida Centro Humanístico.....	67
Figura 9. Igreja Pentecostal Haitiana do Brasil (A) e ponto comercial haitiano (B).....	68

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Principais correntes teóricas sobre migração.....	21
Quadro 2. Características sociodemográficas de haitianos e haitianas participantes de Oficinas de promoção da Saúde, Porto Alegre, 2019.....	69

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CIPD	Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
CNIG	Conselho Nacional de Imigração
<i>EUA</i>	<i>Estados Unidos</i>
FGTAS	Fundação Gaúcha do Trabalho e Ação Social
HERA	Health, Empowerment, Rights and Accountability
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMDH	Instituto Migrações e Direitos Humanos
IST's	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MHAVE	Ministère des Hatitiens Vivant à l'Étranger
MINUSTAH	<i>Mission des Nations Unies pour la Stabilisation en Haïti</i>
MS	Ministério de Saúde
MSP	Ministério da Saúde Pública e da População
OIM	Organização Internacional de Migração
ONG's	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OP	Orçamento Participativo
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
RS	Rio Grande do Sul
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SSR	Saúde Sexual e Reprodutiva
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	CAMINHOS INTRODUTÓRIOS.....	15
2	OBJETIVOS.....	19
2.1	OBJETIVO GERAL.....	19
2.2	Objetivos Específicos.....	19
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	20
3.1	Migrações - conceitos e rotas.....	20
3.2	Haiti - um país em marcha.....	26
3.3	Migração e Diáspora Haitiana no Brasil.....	31
3.4	Saúde e migração.....	39
3.5	Racismo, direitos sexuais e saúde da população negra.....	43
3.5.1	<i>Racismo no Brasil e no Haiti.....</i>	43
3.5.2	<i>Direitos Humanos, Saúde Sexual e Reprodutiva.....</i>	47
3.6	Saúde da população negra no Brasil.....	53
3.6.1	<i>Saúde Sexual e Reprodutiva de Mulheres no Haiti.....</i>	55
4	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	60
5	ANÁLISE E DISCUSSÃO DAS INFORMAÇÕES.....	65
5.1	PREPARANDO O CAMPO.....	65
5.1.1	<i>A Territorialidade da Diáspora Haitiana.....</i>	66
5.1.2	<i>O Sistema de Saúde no Haiti.....</i>	69
5.2	CONVERSAS COM HAITIANOS E HAITIANAS.....	72
5.2.1	<i>Oficina 01: Quebrando o gelo e contando histórias.....</i>	72
5.2.2	<i>Oficina 02: Conversando sobre Saúde.....</i>	79
5.2.3	<i>Oficina 03: Conversando sobre Sexo e Gênero.....</i>	82
6	AVALIANDO A CAMINHADA.....	86
7	REFERÊNCIAS.....	92
	APÊNDICE.....	99

1 CAMINHOS INTRODUTÓRIOS

Começo este texto dialogando sobre a motivação inicial para o desenvolvimento dessa pesquisa e os distintos caminhos que, posteriormente, contribuíram para a delimitação e definição do tema. Nesse sentido, retomo alguns fatos antecedentes à construção da proposta desse trabalho que ajudaram a organizar e canalizar as minhas ideias no sentido de definir o que de fato me interessaria pesquisar, já que esta é uma tarefa totalmente nova para mim.

A população negra sempre esteve no centro de interesse de minhas leituras, principalmente os textos de contexto histórico e social. Desde a graduação, buscava pesquisar assuntos que abordassem o tema. Na especialização em Saúde Pública, busquei desenvolver uma revisão integrativa, nas bases de dados, sobre os estudos publicados a respeito da saúde das mulheres negras. Encontrei muita dificuldade, tanto no desenvolver da pesquisa, quanto na orientação da mesma, haja vista que os professores não se sentiam confortáveis para orientar pesquisas sobre a população negra como tema central, e quanto às bases de dados, poucas foram as publicações no tocante à saúde das mulheres negras no Brasil.

Em 2010, como servidora da Secretaria Municipal da Saúde e especificamente da Atenção Básica do município de Porto Alegre, estive numa capacitação sobre a temática das equidades, em que, um dos temas, era a então recém-publicada Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). Nessa capacitação foram abordados os objetivos da política e os indicadores de saúde que levaram à construção da mesma. No ano de 2013, fiz o Curso de Promotoras em Saúde da População Negra. O curso, que está em sua 8ª edição, tem como objetivo conscientizar e considerar, especialmente no âmbito das ações do Sistema Único de Saúde (SUS), os efeitos do racismo e da desigualdade social na saúde da população negra. A formação é uma parceria do Ministério da Saúde (MS), Fundo das Populações das Nações Unidas/UNFPA e instituições de ensino superior do Rio Grande do Sul (PORTO ALEGRE, 2010).

Um dos objetivos iniciais do curso era a constituição de um comitê técnico, em cada uma das oito gerências distritais da cidade, e eu me tornei a coordenadora do

Comitê Técnico de Saúde da População Negra da região Partenon e Lomba do Pinheiro. Foi um desafio muito grande e recompensador coordenar este comitê.

Os bairros Partenon e Lomba do Pinheiro, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE (2010), estão localizados na região mais negra de Porto Alegre, a que possui o maior contingente de população afrodescendente. De acordo com o Boletim Epidemiológico nº 44 (2010), a região apresenta alta prevalência de iniquidades em saúde segundo recorte racial. Desde sua constituição, em 2013, o Comitê estimula as equipes de saúde a preencherem corretamente os instrumentos de notificação de agravos, principalmente em relação ao quesito raça/cor. Dessa forma, objetiva reconhecer e desconstruir o racismo, assim como, reduzir as desigualdades étnico- raciais nos diferentes espaços da cidade.

A partir de 2014, o Comitê passa a receber informações das unidades de saúde de que grande número de migrantes de origem haitiana e não falantes do português estavam acessando os serviços e as equipes não compreendiam o que eles necessitavam, embora, percebessem a grande vulnerabilidade deste grupo. Os idiomas falados no Haiti são o crioulo, ou creóle haitiano e o francês. Alguns profissionais de saúde que compreendiam o francês e eram solicitados para colaborar na comunicação entre usuários e equipe, relatavam que muitos vinham nas unidades em busca de emprego, moradia e alimentos. Com um número crescente de migrantes, surgiu a iniciativa da criação de um curso de crioulo haitiano para profissionais de saúde do município de Porto Alegre. O curso recebeu o nome de M'akeyiw lakay mwen (Te Acolho em Minha Casa). Foi realizado em duas regiões distritais da cidade, na Lomba do Pinheiro e Norte Eixo Baltazar, cada turma teve 16 participantes, todos servidores da Atenção Básica municipal.

O curso de 40 horas foi desenvolvido entre os meses de outubro e dezembro de 2015 e teve como facilitadores três haitianos estudantes no Brasil.

Em cada região, a responsável pelo Comitê Técnico coordenava o grupo, eu coordenei a turma na Lomba do Pinheiro. De minha parte, enquanto enfermeira e professora e, principalmente, como profissional vinculada à saúde coletiva, participar

deste curso foi muito estimulante, pois proporcionou uma grande troca de saberes e de cultura entre os alunos e os facilitadores haitianos, e, com o passar do tempo, atendendo essa população, fui percebendo a dificuldade para desenvolver ações básicas de saúde. Nesse contexto, não teria como não refletir sobre questões de promoção à saúde, tais como planejamento familiar, testagem rápida para HIV, sífilis e hepatites B e C, atendimento em consultas, etc.

O cenário apresentado era muito diferente do que estava habituada em minha prática profissional, havia grande quantidade de pacientes com quadros de morbidades e/ou vulnerabilidades graves e com barreiras complexas para transpor, sendo a comunicação a principal delas. A partir de então, vendo que este contexto me sensibilizava, passei a fazer leituras sobre o Haiti e seu povo, que me foram substancialmente instigadoras, sobretudo a pesquisa de Renel Prospere (2014) que em sua tese de doutorado aborda a história do Haiti e a educação ambiental do país e sobre a diáspora haitiana muito bem descrita na tese de doutorado de Joseph Handerson (2015).

Como profissional de saúde, percebo a dificuldade de vínculo dos usuários haitianos, pode-se dizer que seja por questões culturais, mas também acredito que seja pela dificuldade de comunicação e a barreira linguística existente entre profissionais e pacientes. Como docente numa escola de curso técnico de enfermagem, tenho uma aluna haitiana que, em nossos diálogos, me fala das diferenças culturais entre Brasil e Haiti, e que, residindo no Brasil, percebe algo que até então era desconhecido entre haitianos e haitianas, o racismo (visto que no país 95% da população é negra). A percepção do racismo, ou seja, de que as pessoas expressam sentimentos ou ações de preconceito, rechaço e desqualificação do outro em virtude de sua cor de pele ou nacionalidade haitiana, talvez explique porque homens e mulheres haitianos são tão resistentes às orientações dadas nas unidades de saúde da cidade, já que essas orientações, muitas vezes, não lhes fazem sentido.

No desenvolvimento das leituras, particularmente relacionadas à cultura, e à saúde, passei a direcionar meu interesse na temática de saúde sexual e reprodutiva da

população haitiana. Percebo que estas questões carecem ser melhor conhecidas aqui no Brasil, onde há um contingente apreciável de população haitiana atendida no Sistema Único de Saúde e um número pouco expressivo de pesquisas na área. Enquanto educadora e, agora pesquisadora, entendo que a diversidade cultural e as especificidades de migrantes no Brasil não podem ser desconsideradas nas pesquisas e práticas educativas, devendo ser uma preocupação mesmo daqueles que não pesquisam o Haiti e os haitianos e haitianas.

2 OBJETIVOS

São os seguintes os objetivos da pesquisa.

2.1 OBJETIVO GERAL

O presente estudo busca conhecer aspectos da saúde sexual e reprodutiva de homens e mulheres haitianos residentes na Vila Esperança Cordeiro, localizada na zona norte de Porto Alegre.

2.2 Objetivos Específicos

- Descrever conhecimentos, atitudes e práticas, referentes à saúde sexual e reprodutiva, levando em conta as questões de gênero dos imigrantes haitianos da cidade de Porto Alegre.
- Identificar elementos facilitadores e barreiras no acesso e utilização dos serviços, da Atenção Básica de Porto Alegre, no tocante à saúde sexual e reprodutiva dos imigrantes haitianos.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Migrações – conceitos e rotas

Migrante é considerada toda a pessoa que se transfere de seu lugar habitual, de sua residência comum, ou de seu local de nascimento, para outro lugar, região ou país. Migrante é o termo frequentemente usado para definir as migrações tanto de entrada quanto de saída de um país, região ou lugar. Há, contudo, termos específicos para a entrada de migrantes – imigração – e para a saída – emigração. Há, também, a denominação de migrações internas, para referir aos migrantes que se movem dentro de um país, e migrações internacionais, referindo-se aos movimentos de migrantes entre países, além de suas fronteiras (IMDH, 2014).

Migrar corresponde, então, à mobilidade espacial, ou seja, é o deslocamento de uma população de um país, estado ou cidade para outro (BARBOSA, 2015). A migração internacional consiste na mudança de moradia de um país ao outro. E este é um movimento que vem acontecendo no mundo, ao longo dos séculos, intensificado no momento atual. Para a Organização Internacional de Migração (OIM), esse é um fenômeno complexo que engloba todos os tipos de movimento de uma população, que pode ir da mudança no local de residência habitual, independente de causa ou duração e os movimentos de trabalhadores, de refugiados, com pessoas deslocadas ou desenraizadas. Um exemplo histórico foi a migração forçada de africanos para vários países coloniais com o intento de realizar trabalho escravo e alavancar a expansão capitalista (PATARRA, 2005).

Existem vários tipos de migrações, conceituaremos o termo diáspora por ser o mais relevante para este estudo. De acordo com HANDERSON (2015), diáspora é a dispersão de um grupo populacional de um território, o que em geral, é feito de maneira involuntária ou forçada. O termo diáspora refere-se à dispersão ou migrações transnacionais de um povo de forma não natural, forçada ou incentivada, processo que vem assumindo frequência cada vez maior na contemporaneidade. A mobilidade humana assume papel social importante na divisão de trabalho internacional e nos impactos territoriais. Sendo assim, falar de diáspora, também é falar da dispersão territorial da

humanidade, visto que diferentes grupos e culturas migraram e se disseminaram por territórios ao longo da história, em busca de melhores condições de sobrevivência (FERNANDES E CASTRO, 2014).

No Haiti, o termo diáspora é utilizado para identificar os haitianos que vivem no exterior, mas que voltam temporariamente ao país e logo retornam para o exterior. O campo semântico do termo diáspora é identificado de três formas: residir no exterior, voltar ao Haiti e retornar ao exterior. Seguindo a análise do texto de Handerson (2015) o termo diáspora está relacionado à mobilidade transnacional e constitutiva da sociedade haitiana, da trajetória de vida das pessoas e dos horizontes de possibilidades destas.

Existem muitos estudos sobre migração que descrevem o que entendem como principais determinantes dos processos migratórios nas populações, resumidos no Quadro 1 (SCHMITZ, 2015, p. 90-92). Em síntese há um aumento de fluxo populacional de países pobres para países ricos, além do fato que sociedades mais ricas e desenvolvidas proporcionam maiores possibilidades de atração de migrantes.

Quadro 1. Principais correntes teóricas sobre migração

Teoria	Princípios	Autor/Ano
Fatores <i>Push – pull</i> ou “empurra-puxa	Pessoas de países pobres se deslocam para países ricos	Lee (1966)
Abordagem evolucionária (Transição vital)	A tendência de aumento da mobilidade dos indivíduos seria diretamente proporcional à modernização das sociedades	Zelinsky (1971)
Curva de migração	Países em estágio recente de desenvolvimento tendem a ter um aumento da migração em sua população em razão do próprio crescimento econômico	Martin e Taylor (1996)

Fonte: SCHMITZ, 2015

BARBOSA (2015) entende que a migração internacional poder ser desencadeada por vários fatores, entre os quais, os desastres ambientais, as guerras, as perseguições políticas, étnicas ou culturais. Entre os principais motivos para este fluxo migratório está a necessidade econômica, situação na qual, as pessoas deixam seu país de origem em

busca de trabalho e de melhores perspectivas de vida. No caso da população haitiana, o fator econômico é o principal motivo, preponderante na atual onda migratória (BAENINGER e PERES, 2017).

A migração internacional é considerada um dos maiores desafios em âmbito mundial, sendo necessária a compreensão da movimentação da população migrante e de seu impacto para a população autóctone, no que se refere aos países de acolhimento, de trânsito e finalmente para os países de origem (SAINT VAL, 2019).

O périplo dos imigrantes caribenhos remonta ao fim do século XIX e início do século XX, com a implantação de polos industriais açucareiros, bananeiros e petrolíferos, controlados pelas multinacionais americanas e europeias na América Central. Haitianos, jamaicanos e porto-riquenses foram os principais grupos migratórios, que se dirigiram a estes locais, buscando trabalho. Nos anos sessenta do século XX, camponeses pobres e com pouca qualificação, provenientes da República Dominicana e Haiti, constituíram os principais contingentes de migrantes aos Estados Unidos, pessoas que iriam ocupar os postos menos favorecidos na escala social (FERNANDES E CASTRO, 2014; PROSPERE, 2015).

Para Hurbon (1987) todas as classes sociais haitianas vivem a obsessão de partir. Mesmo quando deportados e de regresso ao Haiti, eles recomeçam a viagem, percorrendo as ilhas caribenhas, em espera para se dirigir aos Estados Unidos ou à Europa. O Haiti é considerado um dos países mais pobres do mundo e a situação econômica é uma das causas desta migração. Deste modo, a combinação entre uma política voltada para o capital exterior que privilegia apenas uma pequena parcela da elite local e um projeto econômico que sufoca lentamente os camponeses, faz com que a migração massiva resultante da pobreza pareça a única solução viável. Esta migração, embora em âmbito mais restrito, também ocorre entre as categorias mais privilegiadas: intelectuais, médicos, professores, e aconteceu principalmente nos anos do duvalierismo (LOWENTHAL, 1979).

No período da ocupação americana (1915-1934) milhares de camponeses migraram para a República Dominicana e Cuba para trabalhar em plantações como

cortadores de cana e, em 1937, um golpe de estado ordenado pelo ditador Trujillo foi responsável pela morte de 30.000 desses haitianos em território dominicano. A ditadura duvalierista manteve um ciclo vicioso de perseguições políticas, subdesenvolvimento, expropriações, aumento de impostos, abandono de programas sociais, que ocasionou uma profunda depressão econômica. A situação econômica aliada ao regime de terror, em que os Tontons Macoute, a guarda pessoal do ditador podia aprisionar, torturar e matar qualquer pessoa que ousasse se voltar contra o regime, gerou um êxodo maciço ao estrangeiro, perfazendo 300.000 haitianos na República Dominicana e mais de 500.000 dispersos nas ilhas do Caribe – Guadalupe, Martinica, Cuba e Guianas (HURBON, 1987).

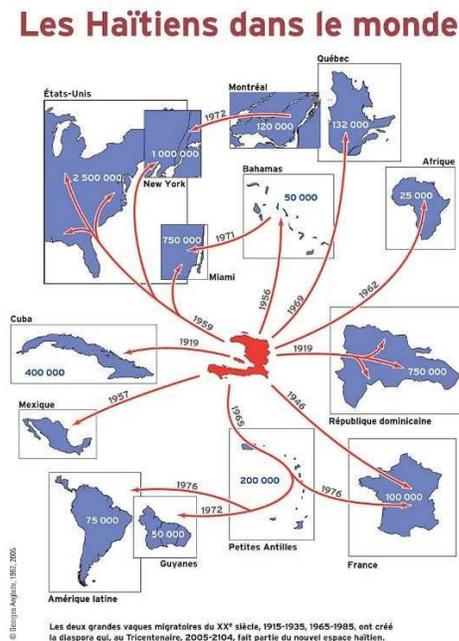
A questão migratória mundial impôs a partir de 1970, a retórica da seguridade nacional, pautada em sentimentos anti-imigrantistas, principalmente dirigidos aos imigrantes latino-americanos e caribenhos, que são os primeiros a serem atingidos pelas políticas de exclusão social dos países ricos. Em momentos de crise do capitalismo se aguça a competição, a xenofobia e sob o prisma da ideologia dominante, o neodarwinismo aliado ao pensamento neoliberal e os imigrantes são vistos como inimigos a serem expulsos. Assim, se estabelece um sistema de cotas e, mesmo quando esses migrantes conseguem ingressar nos países, as políticas migratórias restritivas tendem a marginalizá-los de benefícios e serviços sociais. O migrante é duplamente discriminado, por não possuir documentos e, por esta razão, receber menores salários; no caso dos haitianos, acrescente-se o racismo dirigido aos não europeus e afrodescendentes (HANDERSON, 2015).

Ao analisarmos a literatura disponível sobre a mobilidade haitiana, percebemos que alguns pesquisadores, destacando-se HANDERSON (2015), fazem referência a diáspora haitiana nos Estados Unidos, Canadá, França e Caribe. Segundo os dados oficiais do Ministério dos Haitianos Residentes no Exterior (MHAVE- Ministère des Haïtiens Vivant à l'Étranger), aproximadamente entre 4 a 5 milhões de haitianos estão espalhados pelo mundo, a maior parte nos países mencionados, o que representa a metade da população haitiana, estimada em torno de 10 milhões. Dos que vivem no

exterior, cerca de 300 mil visitam anualmente o Haiti, em especial nos períodos de férias e datas festivas.

Em relação aos períodos históricos, nos anos da ocupação americana no Haiti (1915-35) os fluxos eram principalmente para Cuba e República Dominicana. Já nos anos 1940-50, os haitianos buscavam o México, Estados Unidos, Guianas, Bahamas e França. Nos anos 1960-70, período da ditadura de Duvalier, os destinos eram Canadá, Estados Unidos e França, locais que receberam muitos intelectuais e pensadores. Neste período, também sob a influência do pan-africanismo, o destino de muitos foi a África, e, em vários países como Congo e Senegal, haitianos ocuparam cargos importantes na política e no mundo acadêmico (Figura 1).

Figura 1. Migração Haitiana no mundo. As duas grandes ondas migratórias do século XX, 1915-1935, 1965-1985



econômicas havidas durante a guerra da independência. Uma sucessão de infrações perpetradas pelos países imperialistas debilitaram o país, a ocupação dos marines dos Estados Unidos ocorrida entre 1915 a 1934, para proteger os interesses econômicos na indústria açucareira, a ditadura sanguinária de Duvalier (1957-1971), momento em que grande parte da intelectualidade e grupos contrários ao regime foram presos, mortos ou tiveram que se asilar no exterior, o golpe perpetrado pelos Estados Unidos contra o presidente nacionalista Aristide (2004) e, mais recentemente a intervenção militar organizada pela ONU, a Minustah, trazendo ao país milhares de militares de outros países, responsáveis inclusive pela epidemia de cólera que assolou o país após o terremoto de 2010, evidenciando uma vez mais o desrespeito à soberania nacional do Haiti.

Esse quadro político foi acompanhado de desindustrialização, perda de competitividade no comércio exterior, queda no PIB, esfacelamento das instituições sociais e dos serviços básicos: educação, saúde, seguridade social e empobrecimento da população, que, pode-se dizer, durante todo o século XX, mobilizou-se no desejo de migrar em busca de melhores condições de vida.

No Haiti, a migração assume caráter de assunto de estado e em 2004 foi constituído o Ministério dos Haitianos Vivendo no Exterior (Ministère des Hatitiens Vivant à l'Étranger) que tem a tarefa de arrecadar recursos financeiros dos haitianos que vivem no exterior para reconstrução do Haiti. Em 2010, essa arrecadação girava em torno dos dois milhões de dólares americanos anuais, o que tornava a diáspora essencial para o país. O economista haitiano Pharel indica que, na atualidade, as remessas financeiras da diáspora contribuem muito para a economia de sobrevivência do país e representam aproximadamente 35% do PIB, ou seja, três vezes o orçamento do Estado (SANTOS, 2016).

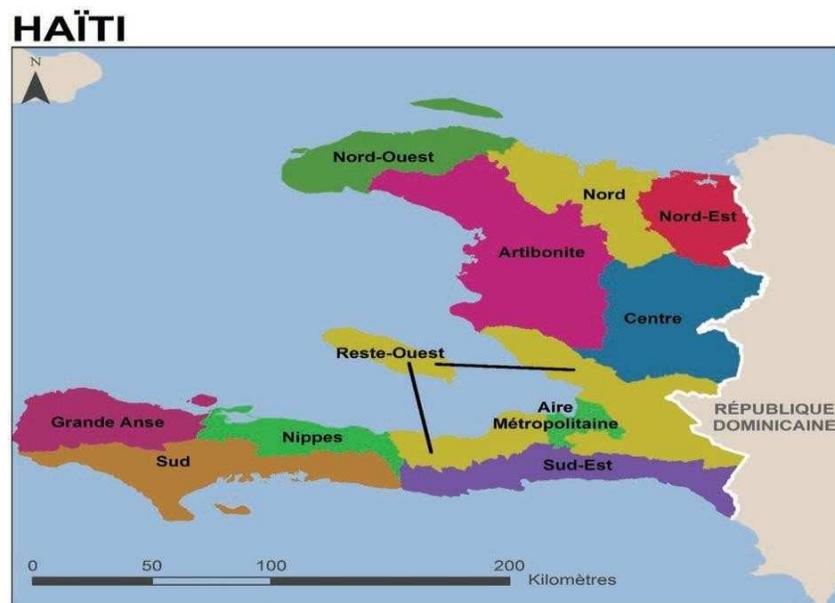
Enfim, as migrações internacionais podem ser vistas como um movimento impulsionado pelos fluxos de capitais orientados pela lógica de um capitalismo que, em fins do século XX e início do século XXI, ultrapassou as fronteiras político-administrativas e organizou relações de trabalho fundadas na precarização com vistas à diminuição do

custo da produção, no contexto da circulação transnacional de produtos (MARTIN, GOLDEMBERG, SILVEIRA, 2018).

3.2 Haiti – um país em marcha

A República do Haiti localizada no Caribe compartilha a ilha com a República Dominicana ao leste. É limitada no Norte pelo Oceano Atlântico e no sul pelo Mar do Caribe. A ilha é a segunda maior ilha das Grandes Antilhas, depois de Cuba e ocupa uma área de 27.000 quilômetros quadrados. Ilhas adjacentes fazem parte do território do Haiti, a saber: o Gonave, a Tartaruga, Cow Island, Cayemittes, Navase e Grande Caille (SAINT VAL, 2019).

Figura 2. Haiti – mapa segundo departamentos



Fonte: Prospere, 2015

Devido à posição que ocupa no Caribe, o Haiti está localizado em uma área onde o risco sísmico e ciclônico é alto, tornando o país muito vulnerável. Há um histórico de abalos sísmicos, atingindo o país, como o de janeiro de 2010, que deixou mais de trezentos mil mortos, centenas de milhares de feridos e mais de um milhão de desabrigados e o furacão Matthew, que em março de 2016 deixou centenas de mortos e milhares de desabrigados (SEGUY, 2015).

O país está dividido em dez departamentos: Oeste, Sul, Sudeste, Grande Anse, Nippes, Norte, Noroeste, Nordeste, Centro e Artibonite. Cada um desses departamentos é dividido em comunas ou municípios e estas em seções comunais, totalizando 140 municípios e 570 seções comunais. A capital do país é Porto Príncipe. O Haiti é um país com cerca de 80% do seu território montanhoso. A malha rodoviária é rudimentar e degradada, o que dificulta o acesso da população em serviços básicos, principalmente escolas e estabelecimentos de saúde (EMMUS, 2013).

No final de 2017, a população do Haiti foi estimada em 11.085.919, o que corresponde a uma média de 409 pessoas por quilômetro quadrado, proporção maior nas áreas urbanas. A população que vive em área urbana localiza-se nas principais cidades das comunas, embora muitas cidades não tenham plano diretor, não dispõe de infraestrutura e de serviços básicos (EMMUS, 2018).

A razão de sexos ou proporção entre homens e mulheres é de 0,98, refletindo um leve aumento de mulheres na população total (5.598.949 mulheres para 5.486.970 homens). A população haitiana é jovem, com uma idade média de 23 anos e uma expectativa de vida de 62,2 anos. Estima-se que os menores de 15 anos representam 35,9% da população total. Em 2017, foram registrados 278.862 nascidos vivos e 97.000 óbitos. A taxa de crescimento anual para o período 2017-2018 é estimada em 1,4% (EMMUS, 2018).

As línguas oficiais no Haiti são o créole haitiano (kreyol) e o francês, sendo o créole uma língua de resistência e falada por toda a população, enquanto que o francês é compreendido e falado por uma pequena parcela da população com acesso à escola. São elevadas as taxas de analfabetismo (aproximadamente 47%) e desemprego (30% em todo o país, havendo 45% na zona metropolitana e 62% correspondendo a jovens).

Em relação à religião, 100% faz referência ao vodu, 30% ao catolicismo e 70% se denominam evangélicos. O vodu ultrapassa o aspecto religioso é uma questão identitária. Porém, devido aos costumes ligados a ele, ocorre a estigmatização e muitos negam oficialmente a crença (PAULA, 2015). O vodu tem relevância na história haitiana, pois foi no norte da ilha que ocorreu a Cerimônia de Bois Caimán, ritual vodu que teria precedido

e preparado a Revolução Haitiana, a maior revolução de escravos de que se tem notícia na história. Já no século XX, com a chegada de François Duvalier (Papa Doc) e seu filho (Baby Doc) ao poder, instaurando a ditadura, os haitianos foram severamente reprimidos e proibidos de desenvolver as cerimônias voduns, somente após a restauração da democracia é que o culto passa a ser livre novamente (MARCONATTO, GOMES, 2015)

Na economia, as principais ocupações correspondem ao setor de serviços: comércio, restaurantes e hotelaria (28%), mercado (23%), e o setor agrícola, incluindo a agricultura, silvicultura, pecuária e pesca (21%). A indústria representa apenas 8%. O consumo é a parte mais importante do Produto Interno Bruto (PIB) do Haiti e é três vezes maior que o ganho, registrando um déficit durante a última década. Em termos de desempenho econômico, em 2017, o PIB foi estimado em apenas US \$ 8,36 bilhões e PIB per capita em US \$ 761. De acordo com o Banco Mundial, o Haiti ficou em 22º lugar entre os países mais pobres do mundo, a distribuição de renda é muito desigual, apresentando um índice de Gini de 0,59 em 2012 (EMMUS, 2018).

O desemprego é elevado, afetando cerca de 30% dos homens e 44% das mulheres. No setor de atividade econômica, a grande maioria das mulheres (71%) trabalha com vendas e serviços, enquanto que 37% dos homens trabalham em atividades agrícolas. A proporção da população que vive abaixo do limiar da pobreza corresponde a 59% da população recebendo US\$ 2,4/dia e 24% vive abaixo da linha de pobreza extrema, com apenas US\$ 1,23 por dia (EMMUS, 2018).

A moeda oficial do Haiti é Gourde (Gde). Desde o início de 2018, a desvalorização da moeda em relação ao dólar aumentou e isso contribui para o aumento do custo de vida, uma vez que a maioria dos bens de consumo são importados e pagos em dólares. Ao mesmo tempo, a produção doméstica é pequena, o que contribui para a deterioração do balanço de pagamentos (EMMUS, 2018).

Em relação às condições sanitárias, 74% das famílias têm acesso à água potável e essa porcentagem é maior em áreas urbanas (95%) do que nas áreas rurais (60%), porém grande parte da água consumida é disponibilizada em caminhões pipa. Quanto ao saneamento, apenas um terço (31%) das famílias têm condições adequadas de

eliminação de dejetos e 24% usam banheiros. 41% dos domicílios possui acesso à eletricidade no domicílio, 76% no meio urbano e apenas 17% nas áreas rurais (EMMUS, 2018).

Ao se falar em Haiti, as palavras “miséria” e “instabilidade”, se repetem nas narrativas da história e realidade deste país, que já foi uma próspera colônia açucareira e, mesmo após a guerra da independência, os haitianos passaram o século XIX, com relativa autonomia, a maioria da população vivendo em pequenas propriedades rurais, cultivando os alimentos, criando animais e usufruindo a liberdade (SANTOS, 2016).

Já no século XX, destaca-se a invasão e exploração dos Estados Unidos entre os anos de 1915 e 1934 e a ditadura de Duvalier de 1957 a 1971, que perseguiu, aprisionou e eliminou grande parcela das lideranças políticas e humanitárias do país que se opunham ao governo. Conseqüentemente, houve acirramento das desigualdades sociais e econômicas do país, repercutindo na história, no caráter identitário e na migração haitiana para outros países (HANDERSON, 2015).

O fato de ter sido uma nação pioneira na obtenção da independência e abolição da escravidão provocou a ira da França que exigiu uma vultosa soma de indenização; os Estados Unidos submeteram o país a 15 anos de ocupação, as democracias ocidentais reconheceram a ditadura sanguinária de Duvalier, o presidente eleito Aristide foi deposto com um golpe nos anos 1990, culminando na ocupação da MINUSTAH e ONU (Organização das Nações Unidas) por mais de uma década (HANDERSON, 2015). Atualmente, o país e a população são vistos internacionalmente como incapazes de se recuperar e se desenvolver, passadas décadas de crise econômica e pobreza, acompanhadas de ajudas e missões externas, que aprofundam cada vez mais a exploração econômica e os laços de dependência (SEGUY, 2015).

Aos nos reportarmos aos aspectos culturais, cabe citar Stuart Hall, que entende que migrar é uma experiência desenraizadora, o que, em suas palavras, é um sentimento de deslocamento que acompanha o migrante em sua vivência diaspórica: o sentimento de distanciamento e estranhamento em relação aos dois espaços (a nação de origem e a nação de acolhimento). A pobreza, o subdesenvolvimento, a falta de oportunidades

(heranças do imperialismo deixado por toda parte), podem forçar as pessoas a migrar, causando o espalhamento, a dispersão. Mas cada saída carrega consigo a promessa do retorno. Para Hall, o caribenho está ligado à esperança, a uma concepção fechada de tribo, de diáspora e de pátria. E possuir uma identidade cultural nesse sentido é estar primordialmente em contato com um núcleo imutável e atemporal, ligando passado, presente e futuro. Essa esperança seria um cordão umbilical que liga nossas vidas a nossa história. A diáspora pode ser entendida como uma reconfiguração, onde a combinação dos seres humanos provoca o hibridismo, a mistura de culturas, ideias e políticas, se constituindo também como a troca de cultura entre diásporas negras (HALL, 2006).

Hall (2006) sugere que a cultura não é apenas uma viagem de descoberta, é uma produção ou um trabalho produtivo. Estamos sempre em processo de formação cultural, é uma questão de nos tornar. Porém, com a globalização e os fluxos migratórios a diferença cultural tem exacerbado o fundamentalismo de impulso racial, o preconceito, a injustiça e a discriminação e a violência em relação ao “outro” tem ocupado lugar em contraponto à luta antirracista e pela justiça social.

Cabe ressaltar que cultura não é somente a soma de estratégias adotadas por indivíduos, mas é a identidade de um grupo (PAULA, 2014). A realização do sujeito material ou imaterial não depende apenas da economia, ela deve resultar de um quadro de vida que inclui a cultura e isso tem a ver com o território e a cidadania. SANTOS (2012) advoga que é importante compreender sob o ponto de vista cultural, os fluxos que trazem os indivíduos para novos espaços geográficos. Compreender a questão cultural transnacional, permeando as questões identitárias e o território é fundamental para pontuar o migrante como um ser cultural em um cenário marcado pelo viés econômico.

Ainda para HALL (2006), a partir de suas reflexões sobre a diáspora caribenha, muitos povos são impedidos de dar continuidade às suas identidades culturais em ambientes de violação de espaço. Como a identidade também se constrói a partir da constituição histórica, alguns grupos não o fazem, pois, seu local de origem já não existe mais como é o caso de Porto Príncipe, que logo após o terremoto de 2010 teve muito de

sua história devastada. Como o entendimento que cultura nos dá consciência e pertencimento, entende-se que a migração agride o indivíduo na dura adaptação à nova terra. Ao mesmo tempo em que há o período de adaptação e a perda natural da relação da cultura, SANTOS (2012), salienta que neste processo de desterritorialização e reterritorialização há um resultado híbrido que dá forma às culturas dominadas como grupos subordinados a partir do que lhes foi transmitido pela cultura dominante.

A cultura influencia no modo de agir e pensar dos imigrantes. As diferentes práticas e crenças culturais podem atuar como forma de resistência do imigrante frente a conselhos disponibilizados por profissionais de saúde. Para exemplificar, a primeira reflexão sobre o estado de doença, que em alguns casos, quando um indivíduo se encontra enfermo entende que é uma demanda espiritual, somente quando não se recupera, é que procura ajuda profissional. Os profissionais de saúde devem ter conhecimentos de tais práticas e realidades e tentar abordá-las nos diferentes grupos, uma vez que os imigrantes podem ser de um mesmo país, mas podem ter, inclusive, língua materna diferente, como é o caso do Haiti, onde só compreende francês aqueles que frequentaram a escola (SAINT VAL, 2019).

3.3 Migração e Diáspora Haitiana no Brasil

Nos primeiros anos de colonização brasileira a migração acontecia de forma espontânea, a população autóctone foi sendo subjugada, aliciada ou morta e o país foi sendo povoado por toda a sorte de aventureiros, foragidos, oportunistas e desejosos de riqueza fácil. Após os revezes na tentativa de escravizar a mão de obra indígena e da oposição levantada por algumas ordens religiosas que refutavam a escravidão dos povos que estavam no continente, começa o grande, lucrativo e indecente projeto escravista de traslado da população africana. Assim, os portugueses trouxeram ao Brasil o maior contingente de africanos escravizados transpostos a força da África, de modo que hoje o Brasil possui a maior população negra fora de território africano.

No Brasil colônia e mesmo no império, outros grupos étnicos foram chegando ao país, vindos principalmente da Europa, e somando-se aos portugueses, com o propósito de ocupar a terra e reforçar a posse do território pelo governo português. Após a abolição,

já no século XIX, imbuídos da ideologia higienista do branqueamento racial, proprietários e políticos promoveram a vinda de grande contingente de camponeses europeus, principalmente italianos e alemães, para atuar como braços para a agricultura, o que evidencia o racismo, já que os latifundiários negavam-se a pagar salários aos negros no período pós abolição da escravatura (BARBOSA, 2015; SAINT VAL, 2019).

No século XX, Saint Val (2019) explica que a partir da década de 1990 o Brasil entra no roteiro de destino da imigração dos nativos da América do Sul, porém neste período não há registros precisos de documentação dificultando, portanto, saber o número exato de imigrantes que ingressaram no país.

Em relação ao Haiti, cabe citar, em 2017, a realização de acordo bilateral entre os governos do Haiti e Brasil – mediado pela Organização das Nações Unidas (ONU), que criou condições facilitadoras para a integração de imigrantes haitianos, por meio do fornecimento de registro no Cadastro Nacional de Pessoas Físicas (CPF), permitindo a inserção mais ágil no mercado de trabalho, apesar dos percalços e iniquidades, amplamente divulgados e sofridos por esse grupo de imigrantes (BRASIL, 2017).

Segundo o Ministério da Justiça Brasileiro (2020), de 2011 a 2018 foi registrada no Brasil a entrada de 774,2 mil imigrantes, considerando todos os amparos legais, sendo que o maior número de carteiras de trabalho foi emitido para haitianos e venezuelanos. Em 2018, o Brasil recebia regularmente imigrantes venezuelanos, paraguaios e colombianos, bem como, africanos, de diversos países do continente, porém os haitianos passaram a constituir o principal contingente de migrantes inseridos em atividades de trabalho formal entre os estrangeiros no Brasil (Figura 3).

Figura 3. Imigrantes no Brasil.

IMIGRAÇÃO E REFÚGIO NO BRASIL

PRINCIPAIS NACIONALIDADES: 2012 E 2018

1° Haitianos	5° Argentinos
2° Bolivianos	6° Chineses
3° Venezuelanos	7° Portugueses
4° Colombianos	8° Peruanos

PRINCIPAIS NACIONALIDADES DE 2018

1° Venezuelanos - 39%
2° Haitianos - 14,7%
3° Colombianos - 7,7%
4° Bolivianos - 6,8%
5° Uruguaios - 6,7%

Fonte: Portal de Imigração, 2018.

O fluxo migratório de haitianos tendo o Brasil como país de destino é relativamente recente, surgindo mais efetivamente, a partir do terremoto ocorrido em janeiro de 2010, que destruiu a capital do Haiti, Porto Príncipe, embora as condições que contribuíram para este fluxo se estabeleceram antes da catástrofe. O país vive uma crise socioeconômica, resultante de décadas de instabilidade política, em sua maioria de regimes ditatoriais e golpes de estado. A falta de oportunidades entre os jovens é o principal motivo de migração da população. As famílias reúnem recursos financeiros para subsidiar a viagem e cabe ao migrante retribuir, uma vez empregado, enviando valores para sustento dos que permanecem no país, de modo que o volume total destes valores tem movimentado a economia do Haiti (HANDERSON, 2015).

Os desastres climáticos são outro fator que influencia a ocorrência da diáspora haitiana. O final de tarde do dia 12 de janeiro de 2010 ficará marcado para sempre na história do Haiti, neste dia o maior terremoto que atingiu o país alcançou 7.3 graus na escala Richter, deixando um rastro de destruição na capital Porto Príncipe. Da população de 10 milhões contabilizadas na época, em torno de 300 mil morreram, mais de 500 mil ficaram feridos e 3 milhões de pessoas foram desalojadas. A população ficou isolada, sem luz e sem comunicação, o caos instalado. O Palácio Nacional, sede do governo, os prédios ministeriais, hospitais, escolas, universidades e principalmente as residências, transformaram-se em entulhos (SEGUY, 2014).

Ao mesmo tempo da catástrofe, uma epidemia de cólera se instalou em outubro de 2010, causando mais de 600 mil casos e 7500 óbitos, representando uma taxa de letalidade de 1,2%. A epidemia começa na região central dos país, mas rapidamente se propaga em outras regiões. A fragilidade que o país apresentava na situação pós terremoto, em que houve meio milhão de mortos, outros tantos amputados, ausência de água, alimentos, energia elétrica, coleta de lixo, pessoas vivendo em barracas, contribuiu para agravar ainda mais a situação (HAITI, 2012).

Outro fator que influenciou fortemente a migração haitiana para o Brasil foi a presença de brasileiros no Haiti. O Brasil fez parte da missão das Nações Unidas para a estabilização do Haiti. Conhecida como MINUSTAH (sigla em francês, que significa: Mission des Nations Unies pour la Stabilisation en Haïti). Essa missão foi criada em abril de 2004, após o golpe efetuado contra o presidente Jean-Bertrand Aristide, eleito em 2001. O Brasil foi escolhido para liderar a missão pelo fato de possuir o maior contingente de pessoal. E a partir da circulação constante de brasileiros no país, começou a ser divulgado na mídia e em vários espaços, o momento de prosperidade econômica brasileira da época, além da postura humanitária adotada pelo país, o que incluiu o Brasil nos destinos almejados pelos migrantes (PROSPERE, 2015). Além da MINUSTAH, o Haiti recebeu ajuda humanitária de vários países. As Organizações Não Governamentais (ONG's) já estavam em território haitiano antes de 2010 e com o terremoto, as ajudas humanitárias se multiplicaram, embora alguns estudos apontam que essas organizações não acessavam o país para construir melhorias sob da ótica da população local. Elas vinham com a visão norte americana ou eurocentrada, visando privilegiar economicamente os países de origem.

Seguy (2014) entende que as ONG's veem no Haiti uma forma de fazer negócios, ao receberem grandes somas em dinheiro e pouco investir na população local. O autor destaca nestas ações o racismo e a exploração internacional praticados no Haiti, pois, ao mesmo tempo em que a vida do povo haitiano beira a desumanização quase total, os cooperantes internacionais vivem em meio ao luxo. Na situação do terremoto, e em outras também, o país oferece um campo livre para experiências humanitárias, porém é inaceitável do ponto de vista moral considerar o Haiti como um laboratório. A

reconstrução do Haiti e a promessa de bilhões de dólares inflamaram muitos interesses, de modo que muitos foram ao Haiti para fazer negócios (ROBERT, 2010).

O Haiti tem sido chamado de a “República de ONGs”, vivendo uma situação de intensa proliferação de organizações governamentais, religiosas, caridosas, filantrópicas, de vários países e regiões do mundo, atuando em seu território, e desenvolvendo ações desordenadas, superpostas, pouco efetivas e sem atentar para as reais necessidades da população. Assim, o país se transformou em fonte de recursos de milhares de ONGs que não melhoraram qualidade de vida do povo haitiano, quer seja, no campo da saúde, alimentação, habitação, saneamento, dentre outros. Há denúncias relacionadas ao desvio ou à má aplicação de verbas e de ações focadas na manutenção das próprias ONGs e nos salários dos colaboradores (SANTIAGO, 2013).

Os que criticam a permanência das ONGs no país indicam que estas fazem o papel que seria do Estado nos projetos de interesse da nação. As informações produzidas são repassadas primeiramente às agências financiadoras que alinham suas atividades sem controle nenhum do Estado, além de produzirem bancos de dados referentes à população não disponibilizados ao governo que atua sem conhecimento dos indicadores sociais, econômicos e de saúde da nação. Para alguns, as ONGs são a cortina das políticas neoliberais de governos ocidentais e são usadas para enfraquecer governos do Sul, trabalhando para reforçar a dependência de países capitalistas. As agências humanitárias realizam ações em relação a queixas e sintomas de enfermidades e não em relação às causas, assim, no caso da epidemia de cólera, era preciso atuar nas causas estruturais como a rede de água e esgoto e não apenas tratando a doença. Sem interferir e alterar a estrutura dos determinantes sociais e de saúde, as ONGs atuam apenas de forma paliativa (SCHRAMM et al, 2014).

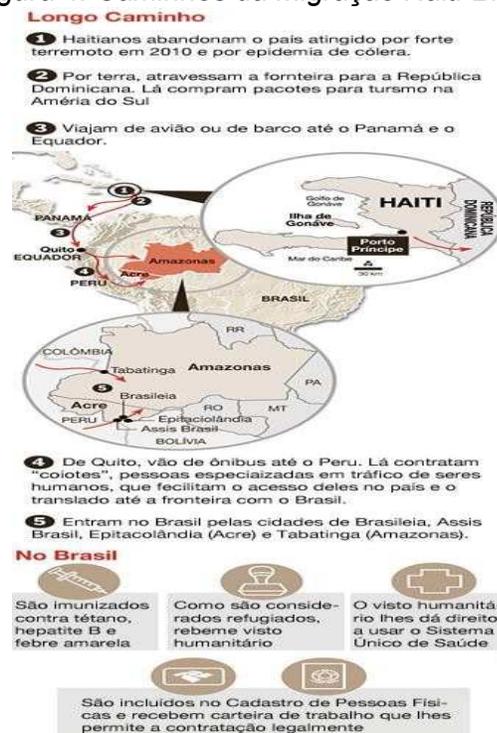
Nota-se, também, que frente à fragilidade devida à instabilidade econômica e social no Haiti, a diáspora se desenvolve e se reafirma diariamente. O destino preferido para migrações a partir de 1957 eram Estados Unidos, França e Canadá, mas em 2001 esses países ficaram mais rigorosos no controle migratório. O convívio com os brasileiros, aliado ao auxílio financeiro, estabeleceu uma imagem do povo brasileiro de acolhedor,

fraterno e receptivo (FERNANDES E CASTRO, 2014) e mobilizou os desejos para migrar ao Brasil.

Handerson (2015) entende que o imaginário social, construído em solo haitiano para estabelecer o Brasil como destino migratório final, projetou o sonho de melhoria acessível e o colocou como uma terra de oportunidades. Argentina, Peru, Chile e Equador também ofereceram vistos humanitários, mas a aproximação com o Brasil fez que este fosse escolhido como o país de destino para grande parte dos migrantes haitianos.

Ao entrar na rota da diáspora haitiana, o Brasil precisou dar respostas rápidas e eficientes ao movimento que teve início no final de 2010 e se intensificou com o passar dos anos. A trajetória da migração no Brasil percorreu um longo caminho, da fronteira da República Dominicana aos municípios do interior da região norte do Brasil (Figura 4).

Figura 4. Caminhos da migração Haiti-Brasil



Fonte: BARBOSA, 2015.

Nesse contexto, o desdobramento da política migratória brasileira, pautou-se na busca de soluções que atendessem a situações emergenciais para as demandas dos

imigrantes. A partir daí, criou-se o visto humanitário para imigrantes haitianos e posteriormente para outras etnias. Dessa maneira, os haitianos que chegam ao Brasil, recebem visto humanitário criado em 2012 para facilitar o processo de entrada no país. Antes do visto humanitário, os imigrantes solicitavam o refúgio, o que é concedido em situações especiais, como perseguições políticas e religiosas, o que não seria o caso dos haitianos que solicitavam a entrada no Brasil por razões econômicas e desastre ambiental (FERNANDES e CASTRO, 2014).

O pedido de refúgio é um processo demorado e não há garantias do acolhimento do mesmo. A possibilidade de obtenção de visto humanitário ocorreu através da resolução normativa nº 97 de 2012, pelo Conselho Nacional de Imigração (CNIG), com vigência de dois anos, sendo prorrogado um ano pela resolução normativa nº 106, depois houve nova prorrogação até 2015, pela resolução normativa nº 115 e até 2017, pela resolução normativa nº 123. Em 06 de abril de 2018 foi publicada a Portaria Interministerial nº 10 que dispõe sobre a concessão do visto temporário e da autorização de residência para fins de acolhida humanitária para cidadãos haitianos e apátridas (BRASIL, 2018).

O objetivo é regulamentar a entrada dos estrangeiros no país, por razões humanitárias resultantes do agravamento das condições de vida da população haitiana em decorrência do terremoto ocorrido naquele país em 2010 (FERNANDES, 2013). O visto é emitido exclusivamente pela Embaixada do Brasil em Porto Príncipe e permite a concessão de residência temporária de dois anos no Brasil, passível de transformação em residência por prazo indeterminado ao final desse período (BRASIL, 2018).

Os haitianos que migram e passam a residir no exterior, fazendo parte da diáspora haitiana, estudada e discutida nos trabalhos de Joseph Handerson (2015), têm forte ligação com o Sul Global e, de acordo com o Observatório das Migrações Internacionais (2019) figuram como a principal nacionalidade no mercado de trabalho formal brasileiro em 2018 (CAVALCANTI et al., 2019).

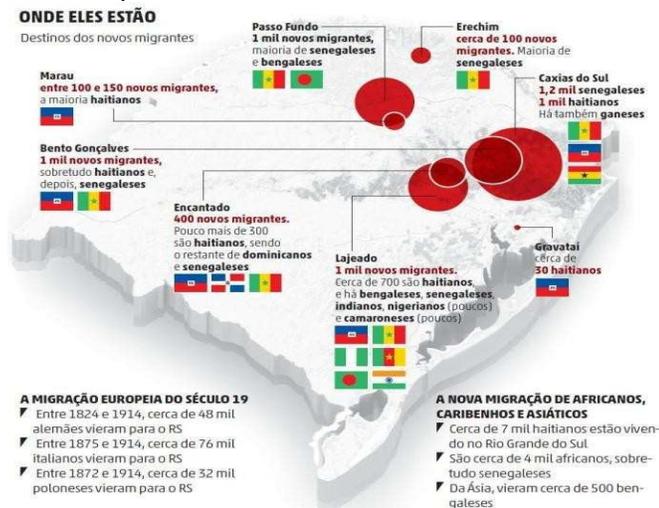
O estado do Rio Grande do Sul é o nono em extensão territorial e o quinto em população no Brasil, ficando atrás somente de São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro

e Bahia. A economia gaúcha é diversificada, com tradição na exportação, tendo como base a agricultura, a pecuária e a indústria. O Rio Grande do Sul, no início do século XX, tinha 12% da sua população composta por estrangeiros, índice superior ao do Brasil e resultante do intenso fluxo migratório para o Estado no final do século XIX (RIO GRANDE DO SUL, 2020).

Os haitianos têm entrado no Brasil pela região norte do país, acessando outros estados, principalmente na região sudeste e sul em busca de emprego. Apesar de não haver registros precisos percebe-se que o Rio Grande do Sul e Santa Catarina são os destinos mais visados (Figura 5). A presença de haitianos do Rio Grande do Sul deve-se à oportunidade de trabalho em áreas que não são mais desejadas pelos gaúchos, uma tendência de um estado que passa pelo processo de aceitação de sua característica atrativa para migrantes (UEBEL, 2016).

De acordo com a Associação de Haitianos do Rio Grande do Sul (2020), os haitianos residentes em Porto Alegre estão localizados em maior número nas regiões norte e leste da cidade. Grande parte mora em bairros, que abrigam população de baixa renda, Lomba do Pinheiro, Sarandi, Santa Rosa e Rubem Berta.

Figura 5. Principais destinos dos haitianos no Rio Grande do Sul



Fonte: <https://gauchazh.clicrbs.com.br/geral/noticia/2014/08/Novos-imigrantes-mudam-o-cenario-do-Rio-Grande-do-Sul-4576728.html>

O acesso de haitianos ao Rio Grande do Sul e sua permanência, no Brasil, já é uma realidade, como já abordado anteriormente. Mas ainda é necessário que haja um melhor preparo dos profissionais que atendem essa população.

Países que recebem migrantes regulares devem dispensar tratamento justo e lhes prestar serviços adequados de bem-estar social, garantir sua segurança e integridade física, levando em conta as circunstâncias e necessidades especiais do país, particularmente dos países do sul, e procurando alcançar esses objetivos ou requisitos, com relação a migrantes irregulares, de conformidade com as disposições de convenções, instrumentos e documentos internacionais pertinentes. Os países devem garantir a todos os migrantes os direitos humanos básicos nos termos da Declaração Universal dos Direitos Humanos (HANDERSON, 2015).

3.4 Saúde e migração

O direito à saúde é fundamento constitucional e condição substantiva para o exercício da cidadania, sendo estratégico para a promoção da saúde. É eixo importante para a superação do racismo e da desigualdade racial, desenvolvimento e fortalecimento da democracia (BRASIL, 2007). No Brasil, o artigo 196 da Constituição Federal preceitua que:

saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988 p. 33).

O Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil foi uma conquista histórica dos movimentos sociais após o processo de democratização e fim da ditadura brasileira. A evolução das políticas de saúde deu-se em estreita relação com o desenvolvimento econômico e social da sociedade brasileira. O SUS é o sistema de saúde pública brasileiro, estabelecido formalmente a partir da Constituição Federal de 1988 e promulgado pela Lei 8080/90 de 19 de setembro de 1990. É pautado por um conjunto de princípios e diretrizes válidos em todo o território nacional e é composto pelo conjunto organizado e articulado de serviços e ações de saúde integrantes das organizações

públicas de saúde nas três esferas governamentais, a União, o Estado e o Município, além dos serviços privados que atuam de forma complementar ao sistema (ALMEIDA, 2018).

A lei base do sistema, a Lei 8080/90, dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde e ainda regula as ações, a organização e o funcionamento dos serviços em todo país. A saúde é entendida como direito fundamental do ser humano devendo o Estado prover todas as condições que assegurem o acesso universal e igualitário da população. E para que essas condições se estabeleçam, a lei norteia-se por princípios organizativos e doutrinários. Os princípios organizativos orientam o funcionamento do sistema, e os doutrinários expressam as ideias filosóficas do sistema, são eles: a universalidade, a integralidade e a equidade da atenção. Esses princípios apontam para a democratização nas ações e serviços, possibilitando o direito de saúde a todos os indivíduos em território nacional, independente de contribuição previdenciária, de nacionalidade entre outros pré-requisitos.

Para melhor compreensão, conceituam-se os princípios doutrinários do SUS como, universalidade, que assegura o acesso de toda a população aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, sem preconceitos, discriminação ou privilégios de qualquer ordem. Integralidade é a articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação no cuidado prestado a cada indivíduo que utiliza dos serviços do SUS. Equidade considera as diferenças entre os grupos de forma a priorizar aqueles que apresentem maior necessidade em função de situações de risco e condições de vida e saúde (MINAYO, 2001).

Em relação aos aspectos administrativos do SUS, destaca-se a hierarquização, que determina como se dará o acesso das pessoas ao sistema, de acordo com o s níveis de complexidade. O acesso se inicia pelas portas de entrada que são as redes de atenção primária à saúde, a atenção de urgência e emergência, atenção psicossocial e serviços de acesso especial. Após iniciar o atendimento, o indivíduo é referenciado aos serviços de maior complexidade e densidade tecnológica, conforme a necessidade do usuário (ALMEIDA, 2018).

Passadas quase três décadas da criação do SUS no Brasil, alguns desafios ainda persistem para a efetiva implantação dos princípios doutrinários que regem suas ações. Um dos principais obstáculos são as desigualdades reforçadas pelo desequilíbrio na distribuição de renda e o desperdício de recursos impulsionados pela corrupção e/ou má gestão pública. Para que estes princípios sejam de fato implantados, é necessário reconhecer que alguns grupos sociais tem mais dificuldade de acesso aos serviços de saúde do que outros grupos do restante da população.

Em relação à proteção a saúde dos migrantes, a presença de novos fluxos migratórios tem levantado a questão sobre o acesso à saúde e a integração da população migrante à sociedade e ao mercado de trabalho local. Os migrantes compõem um grupo, que, embora garantido por lei, tem o acesso dificultado aos serviços de saúde por vários fatores estruturais. Os migrantes são mais vulneráveis social e economicamente, principalmente os recém-chegados que precisam se submeter a trabalhos insalubres, baixos salários e moradias precárias. Esses fatores os expõem a riscos de saúde como a subnutrição, doenças laborais e infecciosas como a tuberculose, infecções sexualmente transmissíveis (IST's) como HIV e hepatites virais e agravos em saúde mental como a depressão.

Autores como Werneck (2016), já citaram a relação de indicadores de saúde como a morbimortalidade e as variáveis do quesito raça/cor, ou seja, raça e etnia (entendidos aqui não no sentido biológico e sim social) como fatores de exclusão social e sanitário (SANTOS, 2016). Diferenças culturais e linguísticas, assim como a cor da pele, podem ser fonte de estigmatização e barreiras de acesso ao sistema de saúde. É importante salientar a dificuldade do migrante em lidar com as normas e rotinas de um sistema de saúde diferente de seu país de origem com regras até então para eles desconhecidas. Outro fator a ser observado é que os migrantes haitianos são um grupo social especialmente desafiante aos SUS, por serem negros e falantes de língua estrangeira (francês e créole), o que pode acarretar eventual discriminação dos prestadores de serviços a esses novos usuários (SANTOS, 2016; CASTAÑEDA, 2010).

A intensificação da migração de países africanos, latino-americanos e caribenhos tem gerado reações no âmbito político-administrativo nos países de destino e uma questão sempre preocupante é a observação dos direitos básicos dos migrantes, especialmente o direito à saúde. As recentes crises econômicas mundiais e o recrudescimento das ideologias de extrema direita se apresentam como um retrocesso às políticas sociais e em particular, às políticas de saúde de migrantes (SANTOS,2016). CONSTANT (2010) destaca que países como a França e a Espanha têm criado barreiras à utilização dos serviços públicos de saúde nos três níveis de complexidade (primário, secundário e terciário) e acesso a insumos como medicamentos e próteses e obrigado os migrantes a pagar valores anuais para o sistema, além de criar uma série de dificuldades para o uso dos serviços de saúde.

O debate sobre acesso à saúde oscila entre dois polos: um destaca a saúde como direito universal a ser subsidiado pelo Estado em qualquer circunstância independente da origem da pessoa, e outro, apoiado pela lógica liberal, prioriza a dimensão contributiva das políticas sociais, considerando como sujeitos de direitos somente àqueles que contribuem financeiramente para o Estado (KULLGREN, 2003). O autor ainda questiona se essa lógica liberal é vantajosa para o Estado, uma vez que essa política de limitação do acesso poderia acarretar ônus ainda maiores com a piora dos indicadores de saúde, tornando difícil a detecção e contenção de doenças de ordem epidêmica.

Um estigma que persegue os haitianos (as) é a pecha de “disseminadores de doenças”, algo que é recorrente em países da diáspora, como nos Estados Unidos (EUA), onde no auge da epidemia de HIV, na década de 1980, a população haitiana foi tratada como “grupo de risco”. A estigmatização das populações migrantes é um aspecto perverso da geopolítica tornando ainda mais difícil o reconhecimento da cidadania destes grupos (SANTANA; DANCY, 2000).

Seguy (2015) destaca que, além do estigma, o povo haitiano sofre com o racismo desde sua concepção como nação negra, a primeira revolução escrava vencedora, em que a maioria dos países passou a tratar e inferiorizar a nação, como sendo a de um povo incapaz de se autogerir.

Essa desumanização se expressa ainda na atualidade, fazendo com que povos negros de diferentes origens sejam estigmatizados e colocados em situação de vulnerabilidade, principalmente na área de políticas sociais e econômicas e no acesso a serviços de saúde, de tal maneira que os indicadores de saúde demonstram a fragilidade dessa população.

3.5 Racismo, direitos sexuais e saúde da população negra

3.5.1 Racismo no Brasil e no Haiti

A população negra está presente na sociedade brasileira há mais de cinco séculos. Como grupo racial específico, tem se organizado na luta em defesa de seus direitos, lutando por justiça e igualdade racial. É uma população que luta por equidade, e nessa luta desenvolvida, percebe-se o racismo se reafirmando dia após dia pela linguagem comum que se mantém e se alimenta na cultura e sociedade, influenciando a vida, o funcionamento de instituições e as relações interpessoais. Trata-se de condição histórica de preconceito e discriminação que afeta a população negra e, no momento atual, aos migrantes negros que vieram ao Brasil (PORTO ALEGRE, 2010).

Ao citar racismo e preconceito, faz-se referência a Seyferth (1996), que em seus textos refere a criação de um conceito que mostra os vários momentos da história em que ocorreu a afirmação exacerbada de um povo em detrimento de outro. Para Fouchard (1988), a questão racial emerge na Idade Moderna como discurso que legitima a escravidão africana nas Américas. O tráfico significou o aprisionamento, morte e subjugação de milhares de homens e mulheres racializados, obrigados a fornecer mão de obra gratuita, na mineração, no sistema de plantação, no trabalho doméstico, enriquecendo os países centrais e sustentando o imperialismo europeu.

A teoria racial propugna que há raças mais evoluídas sustentando a ideia de hierarquia racial, por meio do racismo. Ao longo da história do Brasil, os grupos autóctones e a população negra foram submetidos a condições desiguais em relação ao acesso a bens e serviços, resultando num quadro de desigualdade e iniquidade. O racismo, que ao ter sido internalizado após a abolição oficial da exploração dos povos

africanos no Brasil, persistiu silencioso, não declarado, e muitas vezes negado (BRASIL, 2007) cimenta estas desigualdades.

Do ponto de vista histórico, o Haiti se assemelha ao Brasil na colonização, na dizimação dos povos nativos e na relação de preconceito e discriminação à população negra. Em pouco tempo de colonização e escravização dos povos vindos da África, o Haiti tornou-se um próspero produtor de cana de açúcar, o que solidificava a riqueza dos países centrais. Esse fato é semelhante ao Brasil, que, ao utilizar a mão de obra gratuita fornecida pelo tráfico negreiro, produziu grandes riquezas para os países colonizadores. A diferença entre os dois países, é que, ao contrário do Brasil, a última colônia a abolir a escravidão, o Haiti, se rebelou contra a colônia e promulgou sua independência, em 1804. Essa atitude fez com que o Haiti pagasse um alto preço até os dias de hoje (PROSPERE, 2015).

Conforme Werneck (2016, p.541), o racismo internalizado traduz a “aceitação” dos padrões racistas pelos indivíduos, incorporando visões e estigmas. O racismo interpessoal se expressa em preconceito e discriminação, de modo intencional ou introjetado entre pessoas.

O racismo é estruturante na sociedade do Brasil e do Haiti, possui caráter ideológico com significado social, fomentado o preconceito e a discriminação em relação a indivíduos ou grupos, imputando-lhes características negativas e gerando sofrimento, desigualdade, doença e morte (BRASIL, 2004; SEGUY, 2014).

Seguy (2015) entende que o racismo internacional é abertamente praticado no Haiti, pois ao mesmo tempo que a população carece de condições básicas para sua sobrevivência, as organizações internacionais vivem num luxo extremo. Exemplo foi a epidemia de cólera que aconteceu logo após o terremoto de 2010, levada ao Haiti pelo contingente militar nepalês da MINUSTAH. Nesta epidemia, a população permaneceu necessitada de água potável, pias e banheiros, enquanto que as organizações internacionais tinham a sua disposição todos os recursos. Outro exemplo foi e é o tratamento desigual dado aos haitianos, assim, as reuniões com as organizações eram feitas na Base Logística ou Log Base e os haitianos só podiam acessar tais reuniões com

documentos de identificação e convite (o que era raro), e mais uma mostra de desrespeito, as reuniões eram conduzidas em inglês, jamais em crioulo haitiano ou francês, idiomas locais.

No Brasil, enquanto ideologia, o racismo norteou leis e políticas no país, e até hoje continua influenciando práticas sociais. Esta lógica utiliza o preconceito, opinião ou ideia preconcebida e desconsidera argumentos ou sentimentos das pessoas. O preconceito abre margem para a discriminação, que se caracteriza pela conduta que viola o direito das pessoas através de julgamentos, de explicitação de estereótipos de raça, gênero, religião, origem social, nacionalidade, entre outros. A discriminação racial significa distinção, exclusão, restrição ou preferência baseada em raça, cor, descendência ou origem (BRASIL, 2004).

Ao abordar os temas de preconceito e discriminação, percebemos reflexos da colonização no Haiti e efeitos da ocidentalização ao afirmar que conceitos de “liberação econômica”, “liberação política”, “boa governança” ou “modernização” nada mais são do que uma tentativa de desconstruir a cultura comunitária local, não deixando espaço para diversidade/diferença. O Haiti então se vê obrigado a escolher entre resistir, ser assimilado ou aniquilar-se (SEGUY, 2014). Os Estados Unidos, sob o pressuposto racista de que negros são incapazes de se autogovernar e com o intuito de acabar com a proibição de vendas de terras para brancos contida na Constituição haitiana até então, invade o Haiti em 1915, iniciando a primeira ocupação militar do país que perdurou até 1934. Note-se o pronunciamento do subsecretário de Estado norte-americano, William Phillipps, antes da primeira invasão militar americana no Haiti, em que se refere à população haitiana, dizendo: “Este é um povo inferior, incapaz de conservar a civilização que haviam deixado os franceses”. Robert Lansing, secretário de Estado, justificou a longa e feroz ocupação militar explicando que a raça negra é incapaz de governar-se a si própria, que tem “uma tendência inerente à vida selvagem e uma incapacidade física de civilização” (GALEANO, 2010).

Seguy (2015), ainda lembra que após a independência da Ilha de Sant-Domingue, posteriormente República do Haiti, os franceses deixaram, além do modelo de violência

onde tratavam os escravizados com requintes de crueldade, apenas a Igreja Católica, já que haviam cuidado para que os negros não aprendessem a ler.

O governo francês reconheceu que a necessidade de estender e generalizar a instrução - conveniente sem dúvida à educação de um povo livre - é incompatível com a existência das nossas colônias baseadas na escravidão e na distinção de cor seria, por conseguinte, uma imprudência bem perigosa tolerar escolas para os negros e as pessoas de cor (DE VILLARET *apud* FOUCHARD, 1988, p. 62).

A Igreja Católica liderou e difundiu amplamente no mundo europeu colonial a ideia sistemática de banir a religião *vodu* e o idioma *creòle* (o idioma usado pelos escravos que organizaram as insurreições que culminaram na Revolução Haitiana), dizendo que as práticas *voduístas* estavam associadas à ignorância e à superstição de um povo atrasado que desenvolvia cultos demoníacos e seria incapaz de atos civilizatórios. Em 1860, o governo haitiano, atendendo ao apelo da Igreja, estabeleceu o catolicismo como religião oficial e inaugurou um longo período de “caça às bruxas” aos *voduístas* no país. A meta principal deste ato era “elevar o país à civilização” e suprimir manifestações e religiões de matriz africana (HURBON, 1987). Movimento semelhante experimentado no Brasil, em que a Igreja Católica é aceita como religião oficial e os cultos de matriz africana são suprimidos ou estigmatizados e a população negra sofre, desde o período de escravidão, com desigualdades nos mais variados campos sociais, econômicos e de saúde.

No Brasil, os negros mesmo representando mais de 54% (IBGE, 2019) da população têm sido mantidos em situação de subalternidade, sem acesso a bens e serviços e, expostos a violências que representam um verdadeiro genocídio. No Haiti a população negra corresponde a quase totalidade da população e as desigualdades mais profundas referem-se à classe social e gênero, embora historiadores tenham mostrado que a elite mulata, desde os tempos coloniais, assumiu posições de mando e privilégio (HURBON, 1987).

Ainda no Brasil, para obedecer aos princípios de equidade, foram desenvolvidas várias ações no campo da saúde, no intuito de minimizar e acabar com o racismo, que se mostra estruturante na sociedade. Entre essas ações destaca-se a construção de uma política pública de saúde que tem como objetivo principal visibilizar a população negra em todas as suas especificidades.

3.5.2 *Direitos Humanos, Saúde Sexual e Reprodutiva*

Os direitos sexuais e reprodutivos são Direitos Humanos reconhecidos em leis nacionais e documentos internacionais. A saúde sexual e reprodutiva compreende conceitos que representam uma conquista histórica na luta pela cidadania e pelos direitos humanos. A partir da Declaração Universal dos Direitos Humanos, instituída em 1948, a comunidade internacional, através da Organização Mundial das Nações Unidas (ONU), elaborou uma série de convenções internacionais com o objetivo de estabelecer estatutos comuns de cooperação mútua para a garantia de direitos considerados básicos à vida, os Direitos Humanos. Os Direitos Humanos são universais, inerentes à pessoa, independentes de particularidades sociais e culturais e vulnerabilidades de uma determinada sociedade (VILLELA; ARILHA, 2003).

Direitos Humanos fundamentais compreendem o direito à vida, à alimentação, à saúde, à moradia, à educação, ao afeto, aos direitos sexuais e reprodutivos. Esses direitos devem ser promovidos a fim de garantir a vida em sociedade sem discriminação de classe social, cultura, religião, raça, cor, etnia e orientação sexual. É preciso respeitar as diferenças e garantir a efetivação desse conjunto de Direitos Humanos (BRASIL, 2010).

Para definir os direitos sexuais e reprodutivos a ONU promoveu algumas conferências, entre elas, destacam-se a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) e a IV Conferência Mundial sobre a Mulher. A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada em 1994 na cidade do Cairo estabeleceu acordos internacionais que foram assumidos por 179 países e propiciou avanços fundamentais para as políticas populacionais de direitos humanos, bem-estar social, igualdade de gênero, saúde e de direitos sexuais e reprodutivos.

A IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em 1995, na cidade de Beijing reafirmou os acordos estabelecidos no Cairo e avançou na efetivação das agendas sobre as recomendações adotadas no que diz respeito a direitos sexuais e reprodutivos como Direitos Humanos. Em 2001, em Durban, ocorreu a Conferência sobre Racismo,

Discriminação Racial, Xenofobia e Discriminação focando a questão racial (CORREA, ALVES e JANNUZZI, 2006).

A Conferência de Durban expandiu a pauta sobre o combate à desigualdade étnica racial, adotando recomendações em áreas como saúde, educação, economia e principalmente Direitos Humanos. Por ser uma pauta conflitante, e pelo momento político estar desfavorável, seu impacto nas instituições internacionais foi baixo. Porém nas Américas, e especialmente no Brasil, houve maior mobilização para a legitimidade social da conferência. As recomendações e definições de Durban, no Brasil, foram essenciais para a elaboração de políticas públicas voltadas para a eliminação das desigualdades e discriminação racial (CORREA, ALVES e JANNUZZI, 2006).

No Brasil, com relação aos direitos sexuais e reprodutivos, pode-se citar: o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM/MS/1984; a Lei nº 9.263/1996, que regulamenta o planejamento familiar; a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher/MS/2004 e a Política Nacional dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos/MS/2005 (BRASIL, 2010).

Anteriormente a essas referências, destacam-se nas primeiras décadas do século XX, até meados dos anos 60, várias entidades de caráter privado, que tinham interesse em reduzir o crescimento populacional no país. Suas ações eram voltadas ao controle de natalidade. O enfoque era assistência à gestação e parto, o Estado se apresentava de forma quase inexistente no campo do planejamento reprodutivo (BRASIL, 2010).

Em 1983, com a colaboração de grupos feministas, serviços e universidades foi lançado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Este programa foi um marco histórico, pois não contemplava somente a questão reprodutiva e sim a saúde integral da mulher, introduzindo um novo olhar nas políticas públicas de saúde voltadas a essa população. Centralizado na integralidade e na equidade das ações, o PAISM visava atender a mulher em todas as fases do ciclo vital, significando um avanço em termos de direitos reprodutivos, porém enfrentou barreiras políticas, financeiras e operacionais para a sua implementação efetiva (CORRÊA; ALVES; JANNUZZI, 2006; BRASIL, 2010).

Em 1988 foi promulgada a Constituição Federal, nela inclui o Título VIII da Ordem Social, em seu Capítulo VII, art. 226, § 7º, a responsabilidade do Estado no que se refere ao planejamento familiar, nos seguintes termos:

“fundado nos princípios da dignidade da pessoa e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas” (BRASIL, 1988).

A Lei nº 9263 de 12 de janeiro de 1996, regulamenta o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece em seu art. 2º:

para fins desta Lei, entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal. Parágrafo único – É proibida a utilização das ações a que se refere o caput para qualquer tipo de controle demográfico (BRASIL, 1996).

Determina a mesma Lei, em seu art. 9º, que:

Para o exercício do direito ao planejamento familiar, serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção (BRASIL, 1996).

Assim sendo, os gestores do SUS, em todas as esferas de governo, precisam garantir a atenção integral as mulheres, compreendendo a concepção, mas também a anticoncepção. Percebe-se que tem sido demanda crescente na pauta da gestão pública os direitos, a saúde sexual e a saúde reprodutiva, sendo esta monitorada e acompanhada pela sociedade e controle social. No Brasil, o Ministério da Saúde relançou em 2004, em parceria com vários setores da sociedade, a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher, que objetiva a implementação de ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis. Esta política enfatiza a qualificação da atenção ao pré-natal, ao planejamento familiar, ao abortamento inseguro e às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual (BRASIL, 2010).

No ano seguinte, em 2005, o Ministério da Saúde, lançou a Política Nacional dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos que propõe entre outras coisas, a ampliação da oferta dos métodos contraceptivos, a implementação de práticas educativas de saúde sexual e reprodutiva, a capacitação de profissionais das redes de atenção, a ampliação das redes de assistência às mulheres e adolescentes vítimas de violência doméstica e sexual, a atenção humanizada e qualificada às mulheres em situação de abortamento, entre outras ações (BRASIL, 2010).

Os direitos sexuais e reprodutivos fazem parte de questões ampliadas de direitos humanos e reportam às temáticas de cidadania moderna, pensada a partir de ideias iluministas do século XVIII. No entanto, 200 anos separam as primeiras referências de direitos aos povos e a Conferência do Cairo, neste tempo de caminhada, em muitos momentos, houve políticas coercitivas alternadas com políticas cooperativas.

No início deste debate, ainda sob as lentes da Revolução Francesa, Condorcet (1743-1794) apresentou uma posição otimista da relação população e desenvolvimento, em que ele previa uma queda progressiva das taxas de mortalidade e natalidade e que haveria uma relação harmônica entre o crescimento populacional e o desenvolvimento socioeconômico.

Pouco tempo depois o economista e pastor da Igreja Anglicana, Thomas Malthus (1766- 1834), apresentou uma posição contrária e pessimista ao afirmar que a população tendia a crescer mais rapidamente que os meios de subsistência e em consequência disso, o progresso e o desenvolvimento não seriam alcançados pela maioria da população. Para Malthus, atividade sexual e a reprodução caminhavam juntas e era contra qualquer método contraceptivo e o aborto. Para ele, aumentar a idade de casamento e a abstinência sexual eram os únicos meios aceitáveis de controle de natalidade (ALVES, 2002).

Para SEN (1995), Condorcet foi defensor das políticas cooperativas e Malthus, precursor das políticas coercitivas. Todavia, embora todas as polêmicas travadas pelos defensores de ambos os pontos de vista durante o século XIX, a realidade mostrou que houve queda da taxa de mortalidade e natalidade nos países ricos na primeira metade

do século XX. Os estudiosos dão a esse fenômeno o nome de “transição demográfica”. As primeiras referências sobre transição demográfica não entendem que tenha havido uma contradição entre dinâmica populacional e desenvolvimento, mas sim uma influência mútua (NOTESTEIN, 1945; ARRIAGA, DAVIS, 1969). Isso significa que mais riqueza, melhores salários e condições de trabalho incidiriam na diminuição das taxas de mortalidade, devido à melhoria na alimentação, moradia, saneamento, etc. A diminuição na natalidade acarretando mudança na estrutura etária e baixo crescimento populacional deve-se ao acesso das mulheres à educação e aos dispositivos anticoncepcionais.

Correa, Alves e Jannuzzi (2006) falam que o alicerce da teoria da transição demográfica utilizado para analisar a expansão dos países pobres do Sul chegou a conclusões diferentes. Alguns demógrafos analisaram que a queda das taxas de mortalidade nos países não industrializados, após a Segunda Guerra Mundial, se deu devido à importação de tecnologias médicas e sanitárias vindas de países industrializados. Dessa forma, a queda dos índices de mortalidade, em especial a infantil, teria ocorrido sem a transformação das estruturas sociais e econômicas o que, contribuiu para a manutenção elevada das taxas de natalidade.

Assim, a partir da segunda metade do século XX, os países com estruturas predominantemente agrárias e rurais apresentaram elevado crescimento demográfico decorrente de uma mortalidade em queda e de taxas elevadas de fecundidade. Nas décadas de 1950 e 1960, temendo a explosão populacional, os formuladores de políticas de saúde passaram a defender a disseminação de métodos anticoncepcionais de modo autoritário e sem considerar a autonomia das mulheres. Nesse contexto, as feministas colocaram como ponto fundamental o direito de escolha e a liberdade de decisão das mulheres no tocante a assuntos sexuais e reprodutivos (CORREA, ALVES e JANNUZZI, 2006).

Nos anos 1990, observou-se a presença ativa dos movimentos feministas, ambientalistas e de Direitos Humanos nos espaços de decisão, o que possibilitou avançar nos princípios assumidos na Conferência do Cairo (CORREA, ALVES e JANNUZZI, 2006), que entendeu os direitos reprodutivos,

ancorados no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsabilmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência (NACIONES UNIDAS, 1995, p. 30).

Ainda na Conferência do Cairo a saúde reprodutiva, definida como:

um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simples a ausência de doença ou enfermidade, em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo e a suas funções e processos. A saúde reprodutiva implica que a pessoa tenha uma vida sexual segura e satisfatória, tenha a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando, e quantas vezes o deve fazer. (NACIONES UNIDAS, 1995, p. 30).

O conceito de direitos sexuais tem história distinta e mais recente. Foram reconhecidos inicialmente pelos movimentos gay e lésbico dos EUA e Europa, e posteriormente, adotados pelo movimento feminista. Muitos foram os avanços alcançados nestes últimos anos para que pessoas com distintas identidades de gênero tivessem seus direitos sexuais respeitados (BRASIL, 2010). Grupos como o HERA (Health, Empowerment, Rights and Accountability), visaram a garantia da implementação dos acordos estabelecidos na IV Conferência Mundial sobre a Mulher. Para o HERA a saúde sexual:

possibilita experimentar uma vida sexual informada, agradável e segura, baseada na autoestima, que implica abordagem positiva da sexualidade humana e respeito mútuo nas relações sexuais. A saúde sexual valoriza a vida, as relações pessoais e a expressão da identidade própria da pessoa. Ela é enriquecedora, inclui o prazer e estimula a determinação pessoal, a comunicação e as relações (HERA, 1999 apud CORRÊA; ALVES; JANUZZI, 2006, p. 19).

Os direitos sexuais incluem o direito de viver e expressar a sexualidade sem violência, sendo respeitado pelo parceiro; direito de escolha de parceiros sexuais; direito de viver a sexualidade com plenitude e sem vergonha; direito a viver a sexualidade independente de estado civil, condições físicas e idade; direito de expressar a orientação sexual; direito de ter relação sexual independente de reprodução; direito ao sexo seguro para prevenção de gestação e IST's; direito a acesso aos serviços de saúde que

garantam privacidade e atendimento de qualidade, sem discriminação; direito à informação e à educação sexual e reprodutiva (BRASIL, 2010).

O reconhecimento universal dos direitos sexuais e reprodutivos é fundamental para a proposição de políticas públicas que contemplem a população em suas especificidades. A prática sexual e a maternidade/paternidade devem ser garantidas pelo Estado, mediante estratégias e políticas que promovam a responsabilidade de todos os sujeitos, diante de condições saudáveis e sem riscos (BRASIL, 2010).

Ao falar em direitos sexuais e reprodutivos, faz-se necessário citar a infecção por HIV/AIDS e as IST's no Brasil. Atualmente no país e no mundo, a infecção pelo HIV persiste, apresentando crescimento no número de pessoas infectadas. Em 2017, 58 % dos casos de HIV registrados ocorreram em pessoas negras e, fazendo o recorte de gênero foram 2,6 casos em homens para cada caso em mulheres. Já em 2018, se compararmos a partir do recorte raça/cor, há um predomínio nas mulheres negras que se infectam (54%) enquanto que a incidência em brancas é de 37%. Nas IST's, a sífilis tem alta incidência entre as gestantes e a maioria dos casos (63%) ocorre em mulheres negras. E as populações vulneráveis ou populações-chave são as mais suscetíveis visto que medidas de prevenção, tratamento e cuidado integral não são prestados adequadamente. Essas populações enfrentam exclusão e dificuldades no acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2020).

3.6 Saúde da população negra no Brasil

Ao falar de políticas de saúde para a população negra, faz-se necessário imergir em um período histórico do Brasil em que lutas foram empreendidas pela população excluída reivindicando participação e acesso. Os modelos de saúde vigentes até a elaboração da Constituição de 1988 e do Sistema Único de Saúde tinham como características a exclusão da população negra que vivia no campo e não possuía trabalho formal, pois esses sistemas pressupunham o direito à saúde somente para aqueles que tinham emprego formal e contribuía para Previdência Social. Realidade inversa de negros e negras que eram a minoria entre os trabalhadores com vínculos formais (MUNANGA, 1996). De acordo com o autor, a partir de 1985, o Brasil passou por um

processo de democratização política superando um regime ditatorial instaurado em 1964 e a reivindicação do direito à saúde passa a ser uma pauta da sociedade.

Ainda de acordo com Munanga (1996), a incorporação da saúde como direito, incluiu a universalização do acesso, a concepção de saúde como direito universal e dever do Estado, a reorganização do setor através de estratégia de sistema unificado de saúde, ampliando o olhar individual e coletivo aos sujeitos. O marco fundamental para a discussão da saúde e mudança de modelo ocorreu em 1986, através da 8ª Conferência Nacional de Saúde em Brasília. Esta conferência contou com ampla participação da sociedade e propôs, não somente um sistema de saúde, mas a Reforma Sanitária. O processo constituinte de 1988 introduziu a proposta de corrigir injustiças e desigualdades sociais históricas vigentes durante séculos, por meio da componente equidade.

Werneck (2016, p.543) ressalta que *“é no contexto dessa nova ordem social focada na promoção do bem de todas as pessoas, sem preconceito de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação (Brasil, 1988, art 3º, inc IV), que o Sistema Único de Saúde (SUS) é criado”*. Entretanto, este modelo igualitário e equânime que versa a lei 8080/90, ainda não foi aplicado para corrigir as iniquidades cometidas contra da população negra, submetida a desigualdades históricas. Em 2009 foi instituída a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), propondo superar a distância que separa esta população de outros grupos, evidenciada pelas piores posições nos indicadores econômicos, sociais e de saúde.

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) foi uma construção política e histórica de diversos setores e movimentos sociais, em especial o movimento negro brasileiro que entende a saúde como direito constitucional necessário para o exercício da cidadania. Entende também que a construção da política é um marco estratégico para a superação do racismo e garantia de promoção da igualdade racial, desenvolvimento e fortalecimento da democracia. A PNSIPN foi publicada no Diário Oficial da União em maio de 2009, através da portaria 992 (BRASIL, 2009).

Em cumprimento dessas diretrizes, em 2010, na cidade de Porto Alegre, foi implantada a área técnica de Saúde da População Negra, hoje Gerência de Equidades,

e para consolidar a Política, foram estabelecidas várias iniciativas no município, entre elas a criação do curso de Promotoras em Saúde da População Negra, no ano de 2012. Participam deste curso, trabalhadores da saúde, estudantes e o controle social (PORTO ALEGRE, 2010) que se comprometem a implementar a Política em suas unidades de saúde, acompanhados pelos Comitês Técnicos de Saúde da População Negra (instância institucional de planejamento por região da implementação da PNSIPN) de cada região distrital de saúde da cidade de Porto Alegre (CANAVESE, 2017).

3.6.1 *Saúde Sexual e Reprodutiva de Mulheres no Haiti*

Neste capítulo nos debruçamos sobre o tema de Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR) e os determinantes que influenciam e/ou podem influenciar a saúde da população migrante. No Haiti, a atenção à SSR sofre com a instabilidade econômica e política. Embora os indicadores tenham melhorado nos últimos anos, o acesso, a equidade, a qualidade e o financiamento da saúde são elementos chave para mudança nos indicadores epidemiológicos em relação a morbimortalidade de mulheres e também à SSR. Nesse sentido, o Ministério da Saúde e da População elencou como prioridade as ações de acesso e melhorias de programas de assistência à saúde materna e neonatal, ao planejamento familiar, à saúde de jovens e adolescentes, à prevenção de cânceres gênito-mamários e à violência baseada em gênero. Porém a estrutura sanitária do país oferece acesso formal a apenas 47% da população. Os altos custos, a escassez de serviços de saúde, principalmente em áreas rurais, e de recursos humanos qualificados configuram como os principais obstáculos para o acesso à atenção da SSR (SAINT VAL, 2019).

Saint Val (2019) ressalta que ao lado da medicina moderna, existe a medicina tradicional, utilizada por cerca de 70% da população, e se constitui no primeiro recurso da população em caso de problemas de saúde. A medicina tradicional está ligada à cultura, à religião e ao nível educacional da população. E ao analisar a estrutura social e cultural da população haitiana, percebe-se que a presença do patriarcado, entendido como o sistema hierárquico de poder entre homens e mulheres, modula as relações entre os gêneros. De acordo com um provérbio haitiano *fanm se potomitan* que em tradução livre significa algo essencial, ou neste caso, mulheres são o pilar central. Essa afirmação se

traduz no fato das mulheres chefiarem 40% das famílias, 46% decidirem como organizar o orçamento familiar e das mulheres estarem a frente de 75% dos comércios informais, sobretudo na área rural onde são conhecidas como *Madam Sara*¹ (CAYMITTES, 2018).

O Haiti é um país machista, os casos de violência contra as mulheres fazem parte da rotina de muitas delas e, na cultura popular, é justificável o homem bater em uma mulher. De acordo com o Caymittes (2018), a violência doméstica é justificável quando a mulher queima a comida, quando discute com o marido, quando sai de casa sem avisar, quando é negligente com os filhos ou quando se recusa a manter relações sexuais. Essas afirmações são assumidas tanto por homens quanto por mulheres. As frequências dos crimes por estupro são muito elevadas especialmente após o terremoto de 2010, situação em que muitas famílias ficaram sem suas casas tendo que viver em abrigos ou campos de refugiados, onde não havia privacidade, segurança, ou iluminação, o que possibilitou a eclosão das violações sexuais (FERNANDES E CASTRO, 2014).

A diáspora haitiana e os fluxos migratórios campo-cidade impulsionados pela precariedade e a miséria levaram muitas mulheres e jovens a precisar se prostituir, uma situação ignorada e negligenciada pelos trabalhadores humanitários que vivem no país. Muitas dessas mulheres e meninas em situação de vulnerabilidade engravidaram ou adquiriram IST's, incluindo HIV, cujas taxas no país são muito elevadas e a proporção homem: mulher é de 1:2 (HANDERSON, 2015). A prevalência de HIV entre mulheres de 15 a 49 anos é 2,3% e dos homens é 1,6% (EMMUS VI, 2017), indicando o maior risco e vulnerabilidade das mulheres para contrair a infecção. De acordo com SAINT VAL (2019), no Haiti, o sexo desprotegido especialmente no início das relações sexuais e no sexo comercial é comum. Certos comportamentos sexuais relacionados à prática do *vodu*, que aceita a possibilidade de maior liberdade sexual e multiplicidade de parceiros socialmente aceitos podem oferecer maior risco de contaminação por HIV/IST's. De acordo com o EMMUS VI (2017), 19% das pessoas acreditam que a transmissão de HIV/IST se dá através da feitiçaria. Essas práticas impõem ao Haiti as mais altas taxas de prevalência

¹ Mulheres rurais que intermediam transações comerciais, enfrentando condições insalubres, andando longas distâncias sob forte calor, por vezes dormindo na rua e estabelecendo conexões entre os produtores e os consumidores urbanos.

de HIV em adultos dos países caribenhos e no mundo. Estima-se que 85% das pessoas infectadas por HIV do Caribe, vivam no Haiti. As ISTs apareceram no Haiti há séculos e evoluíram de maneira endêmica, ocupando o terceiro lugar na prevalência de doenças infecciosas. Nas mulheres a maior prevalência de ISTs é de trichomona vaginalis, seguida por candidíase, clamídia, sífilis e vaginose bacteriana, nos homens os casos mais comuns são a gonorreia, seguida por uretrite não específica, linfo-granuloma venéreo, cancroide e sífilis.

Em uma perspectiva de gênero, o perfil da situação das mulheres no Haiti em termos demográficos tem sido sumarizado pelo EMMUS VI (2017). O número médio de membros das famílias haitianas é 4,3 e 45% das famílias são chefiadas por uma mulher. Entre os adultos jovens (15 a 49 anos), 41% de mulheres e 56% dos homens estão solteiros, e a união livre é o tipo de relação marital mais comum (26% entre mulheres e 23% entre homens). A idade média de ingresso na vida sexual inicia mais cedo para os rapazes, sendo de 15,8 anos de idade para eles e 17,7 para mulheres na faixa etária de 25 a 49 anos. A enquete verificou também que 17,7% das mulheres entrevistadas relataram nunca ter tido relações sexuais.

A fecundidade média é três filhos por mulher, o intervalo entre os partos é de 39 meses, a idade média no primeiro parto é de 22,4 anos para mulheres de 25 a 49 anos e, entre as adolescentes de 15 a 19 anos, 10% já tinham filhos (13% na região rural e 7% urbanas). Mulheres de 45 a 49 anos tiveram uma média de 4,9 filhos, dos quais 4,2 estavam vivos no momento da enquete. Em relação aos filhos desejados, para os homens e mulheres de 15 a 49 anos de idade em união, 54% dos homens e 58% das mulheres não querem mais ter filhos ou estão esterilizados. Das crianças que nasceram nos cinco anos precedentes 25% não eram desejadas e aproximadamente 25% dos casais em união afirmaram querer esperar pelo menos dois anos para a próxima gravidez.

Quanto ao planejamento familiar todos os homens e mulheres entrevistados conheciam pelo menos algum método: pílula, injetáveis, condom e implantes. 34% das mulheres de 15 a 49 anos utilizam um método contraceptivo, sendo os meios injetáveis

os mais usados (21%) seguidos pelo condom (4%). 47% das mulheres obtiveram os anticoncepcionais em instituições públicas de saúde, principalmente centros de saúde. Mulheres de maior escolaridade utilizam contraceptivos em maiores proporções e 38% das mulheres não está satisfeita com o método contraceptivo usado (41% rurais e 34% urbanas).

No Haiti, segundo o EMMUS-VI (2017), menos de 50% dos partos eram realizados em condições adequadas (60% na capital, 56% em zonas urbanas e 23% em regiões rurais) e havia elevado risco de morte materna (ONU, 2007). Além disso, os atendimentos em saúde são massificados e não se consideram as especificidades de idade, ocupação e orientação sexual.

No período 2016-17, verificou-se que 67% das mulheres realizaram pelo menos quatro consultas de pré-natal, porém apenas 39% dos partos foram realizados em serviços de saúde, sendo 60% dos partos domiciliares. A mortalidade materna estimou 529 mortes para cada 100.000 nascidos vivos, mantendo-se este indicador como um dos maiores do continente. Quanto à realização de um abortamento, 96% referiram nunca ter realizado um aborto. Das 4% que referiram ter realizado um aborto, a maioria declarou que a decisão foi delas mesmo e 53% das que abortaram depois de 2011 o fizeram no domicílio (EMMUS-VI, 2017).

Quanto às situações de violência, ainda segundo o levantamento realizado, 29% das mulheres reportaram ter sofrido violência física em algum momento de suas vidas e 11% no último ano. Além disso, 12% notificaram violência sexual, sendo 5% das ocorrências no ano anterior. Um terço das mulheres ativas sexualmente (34%) reportou ter sofrido violência conjugal (emocional, física ou sexual) por parte de seu marido/companheiro atual ou recente. Mulheres haitianas no Brasil estão mais isoladas em função da barreira linguística em que os homens aprendem o idioma português e elas dependem de seus companheiros para conseguirem se comunicar. Boa parte dos homens haitianos investe em atividades como a construção civil, o setor de transporte e de segurança, ou seja, eles saem de casa para obter os proventos enquanto a maioria das mulheres permanece em casa cuidando dos filhos e dos afazeres domésticos. Este

fato as torna mais dependentes, com menos competência linguística e menor chance de se integrar na sociedade do novo país. Assim, a divisão sexual de trabalho sobrecarrega as mulheres diante das responsabilidades domésticas e familiares e a sujeição das mulheres aos homens é reforçada (FERNANDES, CASTRO, 2014; HAITI, 2013).

O cenário de desigualdades, presença de cultura patriarcal, submissão das mulheres aos companheiros ou maridos, as barreiras linguísticas presentes na vida de mulheres e homens haitianos no Brasil, bem como a dificuldade de acesso e compreensão do sistema de saúde brasileiro motivaram a autora a propor este projeto de intervenção social.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este capítulo descreve e caracteriza a trajetória metodológica da pesquisa. Refere o tipo de pesquisa escolhida para atingir os objetivos propostos, as características dos sujeitos da amostra e os procedimentos realizados para o desenvolvimento do estudo.

De acordo com Tartuce (2006) a metodologia científica trata de método e ciência. Metodologia se caracteriza pela escolha e descrição do método e procedimentos que se pretende utilizar na pesquisa.

Segundo Gil (2007, p. 17),

pesquisa é definida como o (...) procedimento racional e sistemático que tem como objetivo proporcionar respostas aos problemas que são propostos. A pesquisa desenvolve-se por um processo constituído de várias fases, desde a formulação do problema até a apresentação e discussão dos resultados.

Este estudo, pautado na temática da saúde sexual e reprodutiva da população haitiana residente na vila Esperança Cordeiro, em Porto Alegre, por meio da metodologia de oficinas, descreve conhecimentos, atitudes e práticas da população referida frente ao tema, bem como identifica elementos facilitadores e dificuldades no acesso e utilização dos serviços de saúde.

O procedimento metodológico alinha-se ao modelo qualitativo e foi realizada uma intervenção sob o formato de oficinas, que na visão de Meneghel (2014), é uma estratégia de ação social que objetiva produzir conhecimento e mudança já que participantes e pesquisadores se envolvem de modo cooperativo. Ainda de acordo com a autora, as oficinas têm sido consideradas dispositivos coletivos de trabalho determinados por práticas históricas e sociais utilizadas para estimular a autonomia dos sujeitos através do diálogo e reinvenção do cotidiano.

A técnica de oficina utiliza os referenciais de pesquisa participante e da pesquisa ação, definida por Thiollent (1988), como um tipo de investigação social com base empírica, concebida e realizada em associação com uma ação ou com a resolução de

um problema coletivo no qual pesquisadores e participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo.

Ainda para MENEGHEL (2014, pág.117),

a pesquisa ação é uma tentativa de solução de questões específicas de grupos sociais alijados do poder e, nos dias atuais, tem sido utilizada no trabalho com as minorias: mulheres, migrantes, grupos étnicos e pessoas em situação de vulnerabilidade.

GIL (2007) entende que a pesquisa ação é alvo de controvérsia devido ao envolvimento ativo entre o pesquisador e grupos envolvidos na pesquisa, porém, apesar das críticas, esse tipo de pesquisa tem sido usado por pesquisadores sociais mobilizados para a transformação da sociedade.

As oficinas e grupos permitem acolher mulheres (e homens também) em situação de vulnerabilidade, em serviços sociais e de saúde e, estimular a construção de relações mais igualitárias, baseadas na confiança e na solidariedade. O grupo é um dispositivo potente e histórias tecidas nestes espaços permitem reviver e ressignificar experiências de dor, adoecimento e aflição (MAIRESSE, 2003; MENEGHEL et al. 2008; MENEGHEL, FARINA, RAMÃO, 2005), além de estimular o diálogo, a crítica, a cooperação e o trabalho coletivo (MENEGHEL, 2014).

Para o desenvolvimento da pesquisa, optou-se pela realização de três oficinas pautadas no tema da saúde sexual e reprodutiva. As oficinas foram realizadas utilizando a língua *créole*, devido ao fato de que nem todos os haitianos conseguem falar a língua francesa fluentemente, assim como o português. Para tanto contamos com a participação de Kesta Saint Val, médica haitiana, mestre em saúde sexual e reprodutiva, que traduziu os diálogos que ocorreram nas oficinas. Desta forma, acredita-se que se evitou as barreiras na comunicação, além de demonstrar respeito à identidade das e dos participantes e deixá-los mais à vontade.

Os sujeitos do estudo são imigrantes haitianos (as) residentes na Vila Esperança Cordeiro e suas proximidades na zona norte de Porto Alegre (Figura 6). Eles e elas foram

Oficina 1 – Quebrando o Gelo e contando histórias. Nesta primeira oficina foi realizada a apresentação da pesquisadora, da facilitadora Kesta Saint Val, médica haitiana que colaborou em todas as oficinas traduzindo os diálogos em português e crioulo haitiano. Poucos participantes entendiam português, pois estavam recentemente no Brasil. Neste momento, foi-lhes explicada a pesquisa e seus objetivos, a leitura do TCLE e esclarecimento de dúvidas. Proposta uma atividade de quebra gelo, que não foi realizada.

Oficina 2 – Conversando sobre Saúde: Na segunda oficina dialogamos sobre os sistemas de saúde brasileiro e haitiano. Questionou-se se os participantes conheciam o Sistema Único de Saúde – SUS bem como suas formas de acesso. Realizamos a dinâmica da caixa onde cada participante pegava dentro da caixa uma pergunta sobre aspectos relacionados à saúde e a lia. Após a leitura da pergunta iniciávamos as discussões.

Oficina 3 - Conversando sobre Sexo e Gênero: Utilizou-se a dinâmica da caixa, convidando os participantes a retirar uma pergunta da caixa e ler. Os temas foram saúde sexual e reprodutiva, sexo seguro, IST's e planejamento familiar. Ao final desta oficina os participantes sugeriram propostas de melhoria de acesso à saúde no Brasil e avaliaram o projeto.

Como apontado em experiências similares (MENEGHEL, 2014), nesse tipo de trabalho não há um protocolo rígido e o roteiro vai sendo construído durante a própria intervenção, já que está implícita a escuta e a participação de todos os membros do grupo. Assim, em cada uma das oficinas foram propostas atividades provisórias, deixando aberta a possibilidade de reformular, mudar, acrescentar temas e ações durante o processo investigativo.

Em cada uma das oficinas houve momentos para conversas informais entre os participantes e, também em cada uma delas, uma ou várias dinâmicas foram usadas para alavancar a discussão sobre os temas. As oficinas foram filmadas e gravadas com o consentimento dos participantes para esta ação. Ao final de cada encontro houve um pequeno lanche e no último encontro avaliou-se o trabalho.

Esperava-se que as oficinas fossem espaços em que as pessoas se sentissem à vontade para falar o que pensam, incluindo aspectos da vida do dia a dia e não apenas de doenças, como muitas vezes é o discurso que impera nos serviços de saúde. Para cada um dos encontros houve um espaço para atividades lúdicas, e como em outras experiências, desejou-se que *“a arte e o lúdico se façam potência, já que o jogo, a encenação, o brincar permitem exercitar esta capacidade esquecida de criar dispositivos que agenciem capacidade de montar e desmontar os sonhos, rir e começar de novo”* [em um novo país] (GUATTARI & ROLNIK, 1996).

As conversas foram transcritas para realizar análise temática (BARDIN, 2010), identificando as percepções dos participantes sobre as questões abordadas. Segundo Moraes (1999), a análise ajuda a reinterpretar as mensagens e a atingir uma compreensão de seus significados em um nível que vai além da leitura comum. Esta etapa permitiu identificar como ocorreram os grupos, verificando a adesão e participação, além de novos temas e estratégias que emergiram no espaço grupal. A análise permitiu compreender como se dão as relações de conjugalidade, os padrões de sexualidade, os modos de resolver os conflitos e as relações entre os sexos e na medida em que estes temas foram problematizados e discutidos, pode-se contribuir para melhorar o entendimento de questões relacionadas à saúde sexual e reprodutiva de haitianos e haitianas.

Em relação aos aspectos éticos, o presente estudo faz parte da pesquisa: "Equidade de gênero nos serviços de saúde como marcador de integralidade na Atenção Básica", aprovada no CEP UFRGS sob o número 188.515. Os nomes dos participantes foram preservados, utilizamos nomes fictícios de uso comum no Haiti.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DAS INFORMAÇÕES

Para a análise e discussão das informações dividimos o trabalho em duas partes: Preparando o campo, em que se apresenta o desenvolvimento da pesquisa, o território de diáspora haitiana na zona norte da cidade e se apresenta um pouco do sistema de saúde no Haiti. Na segunda parte, que chamamos Conversas com Haitianos e Haitianas, apresentam-se as oficinas e conversas que aconteceram nestes encontros.

5.1 Preparando o campo

Conforme apresentado no capítulo Procedimentos Metodológicos, a presente pesquisa foi desenvolvida no formato de oficinas. As oficinas foram realizadas no mês de agosto de 2019 no Centro Vida Humanístico, localizado na zona norte na cidade de Porto Alegre. O local foi escolhido por ser um centro de referência e bastante frequentado pela população haitiana local.

Foram realizadas três oficinas nos dias 10, 17 e 24 de agosto de acordo com a temática proposta. Agendamos cinco encontros com os migrantes, através de contato telefônico, mídias sociais e convites feitos por haitianos e haitianas dos quais já tínhamos contato. Os dois primeiros encontros, que foram agendados para julho, não aconteceram, pois, nenhum migrante apareceu nas oficinas. Diante da impossibilidade de realização dos dois primeiros encontros, mudamos de estratégia, fomos até a unidade de saúde de referência da área, conversamos com a equipe e pedimos autorização para realizar convites aos usuários haitianos que acessassem o local. Na sala de espera havia haitianos aguardando atendimento, conversamos com eles, explicando os objetivos da pesquisa, convidamos para os encontros e solicitamos apoio para acessar as residências e fazer o convite para as oficinas aos demais imigrantes da área. Uma das pacientes que estava aguardando atendimento na unidade se ofereceu para nos acompanhar, iremos chamá-la de CLERLINE.

CLERLINE, entendendo a importância da pesquisa e muito disposta a colaborar, nos acompanhou em cerca de 20 residências e nas abordagens aos migrantes que circulavam pelas ruas da Vila Esperança Cordeiro.

5.1.1 A Territorialidade da Diáspora Haitiana

A vila Esperança Cordeiro situa-se na região norte da cidade de Porto Alegre, local transformado em ponto da diáspora haitiana desde o final do ano de 2013. Localizada entre os bairros Passo das Pedras, Sarandi e Rubem Berta. A zona norte é dividida, segundo as regiões do Orçamento Participativo (OP)² em região Eixo-Baltazar e Região Norte. O mapa delimita a vila entre o Vida Centro Humanístico e quatro ruas. As ruas são Homero Guerreiro, João Bravo de Almeida, Onévio Lopes e a Júlio Stregue. São quatro linhas retas cujas entradas são pela Avenida Baltazar de Oliveira e o fim culmina na unidade de saúde Esperança Cordeiro. As ruas são muito estreitas e asfaltadas, as calçadas existem, mas são afuniladas, conforme se observa na Figura 7. Os terrenos são pequenos, com poucas árvores, mas em algumas residências há árvores frutíferas e plantas ornamentais. As quatro ruas do território são pavimentadas e as casas são de alvenaria, cercadas por muros ou grades de ferro. Em bairros mais periféricos, a prioridade é a edificação e, geralmente, as casas ocupam todo o espaço disponível para construção e construções anexas que abrigarão os novos casais de uma família ou servirão de renda extra na concessão de aluguel das mesmas (KERSTING, 2019).

Figura 7. Rua da Vila Esperança Cordeiro



Fonte: Arquivo da autora

² O Orçamento Participativo é um programa de governança participativa instalado em Porto Alegre em 1989 na gestão do então prefeito Olívio Dutra (PT). Dentro das dinâmicas do O.P. os moradores de determinada região, em assembleias abertas, podiam deliberar quais os investimentos prioritários a serem feitos e que em negociação com a prefeitura poderiam passar a compor a lei orçamentária do ano vigente. Esse modelo foi utilizado como exemplo em muitas cidades do mundo, como Paris, Montevideo, Barcelona, Recife, Belo Horizonte, entre outras.

A vila Esperança Cordeiro apresenta-se geograficamente de forma privilegiada e é bastante organizada em termos de recursos institucionais disponíveis. Conta com duas associações de moradores, AMOVIECOR (Associação de Moradores da Vila Esperança Cordeiro), situada na rua João Bravo de Almeida, e a AMONE (Associação de Moradores da Vila Nova Esperança Cordeiro) na rua Júlio Stregue. Cada uma das Associações é responsável por uma creche.

O território faz divisa com o Vida Centro Humanístico, conhecido como Centro Vida, que é um complexo social com 120 mil metros quadrados e era uma antiga fábrica de cerâmica, a Cerâmica Cordeiro (Figura 8). O centro foi inaugurado em 1990 e é vinculado à Fundação Gaúcha do Trabalho e Ação Social (FGTAS), órgão da Secretaria do Trabalho e do Desenvolvimento Social do Estado do Rio Grande do Sul. O Centro Vida abriga uma série de ONGs que disponibilizam cursos gratuitos e programas de atendimento à comunidade.

Figura 8. Vida Centro Humanístico



Fonte: Arquivo da autora

A vila situa-se próximo a uma avenida central na zona norte de Porto Alegre, a avenida Baltazar de Oliveira Garcia, onde passam as principais linhas de ônibus que levam até o centro.

Percorremos casa a casa para explicar os objetivos da pesquisa, convidando os haitianos e haitianas para participarem do estudo, abrangendo todo o território e no percurso, encontramos uma igreja evangélica haitiana (Figura 9), que é o local de encontro de grande parte desta população. Ainda foram encontrados dois pontos de comércio, um que vendia produtos de beleza e serviços de embelezamento feminino, e o outro vendia gêneros alimentícios, ambos dispunham de produtos oriundos do Haiti. No interior do comércio, encontramos o estabelecimento de uma haitiana que vende no mesmo espaço produtos de embelezamento para corpo e cabelo, trabalha como trancista e vende produtos alimentícios típicos do Haiti, tais como *ble* (trigo em grão), *aransò* (peixe seco), *maggi criolito* (tempero de frango em tablete), *digo* (anil).

Encontramos também um estabelecimento do pastor da igreja Pentecostal Unida dos Haitianos do Brasil (Figura 10), que funciona como central telefônica, barbearia, remessa de dinheiro e comércio de banana da terra. Fizemos uma exaustiva caminhada com o objetivo de estimular as pessoas a participarem das oficinas.

Figura 9. Igreja Pentecostal Haitiana do Brasil (A) e ponto comercial haitiano (B)



Fonte: Arquivo da autora

A vila nos parece ser um local de resistência haitiana, em todo lugar encontramos imigrantes, música, aroma de comida e pessoas falando em *krèyol*. É um território de uma sociedade diaspórica estabelecida, onde o comércio local estabelece uma relação de proximidade entre Brasil e Haiti. Cabe aqui lembrar que do ponto de vista ênico, Handerson (2015), ressalta que a mobilidade haitiana e a diáspora são utilizadas para caracterizar pessoas, casas e objetos que fazem parte do universo migratório.

Cada oficina durou cerca de três horas e elas foram gravadas com a autorização prévia dos participantes. Foram realizadas nas tardes de três sábados seguidos: 7, 10 e 24 de agosto de 2019. Após a realização das oficinas, procedeu-se a transcrição das gravações. Participaram das oficinas 54 pessoas, destas, apenas 42 assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo esta a nossa população de amostra. Na última oficina, subdividimos o grupo em três subgrupos e solicitamos que os mesmos escrevessem propostas de melhoria para o acolhimento e atendimento aos imigrantes haitianos no Sistema Único de Saúde do município.

Para maior compreensão apresentamos no Quadro 2 as características sociodemográficas do grupo de haitianos que participou das oficinas e assinou o TCLE:

Quadro 2. Características sociodemográficas de haitianos e haitianas participantes de Oficinas de promoção da Saúde, Porto Alegre, 2019

Características	Total n=42	Masculino n=23	Feminino n=19
Faixa etária			
20 a 30	19	12	7
31 a 40	16	6	10
> 41	7	4	3
Escolaridade			
Fundamental	10	4	4
Secundário	22	11	11
Superior	10	8	2
Estado civil			
Solteiro (a)	30	18	12
Casado (a)	10	4	6
Divorciado (a)	2	1	1

5.1.2 O Sistema de Saúde no Haiti

Antes de discutir os achados obtidos nas conversas com haitianos e haitianas durante as oficinas de promoção à saúde realizadas em Porto Alegre, iremos descrever sumariamente o sistema de saúde haitiano, sistema este que opera com muitas dificuldades e é conhecido por estes migrantes vivendo na periferia da cidade de Porto Alegre.

A saúde é um direito fundamental reconhecido pela Constituição do Haiti no artigo nº 23, que afirma: “O Estado está vinculado à obrigação de fornecer os meios para assegurar uma proteção adequada a todos os cidadãos e também a manutenção e restauração da sua saúde, fornecendo as infraestruturas necessárias” (HAITI, 1987).

A responsabilidade de gerenciamento da saúde está a cargo do Ministério da Saúde Pública e da População (MSPP), que elabora suas ações a partir da Política Nacional de Saúde. Desde 1996, baseia suas políticas nos cuidados de saúde preventiva e curativa de qualidade, sem discriminação e reconhece que todos os haitianos têm assegurado o direito fundamental à saúde. Os serviços básicos de saúde são ofertados por instituições públicas, instituições privadas com fins lucrativos, instituições privadas sem fins lucrativos (Organizações não Governamentais - ONGs) e as instituições mistas em que a gestão de saúde é compartilhada entre governo e setor privado para atender as necessidades de saúde da população (MOI-MEME; ROSA, 2018).

Ainda de acordo com os autores, há uma lacuna entre as afirmações da Política Nacional de Saúde e aquilo que o Estado haitiano realmente consegue fornecer aos cidadãos, investindo apenas 4% do PIB nacional no setor saúde ou o montante de 8 dólares/habitante. A cobertura universal de serviços é baixa e atende apenas a 47% da população, os demais não têm acesso a nenhum serviço de saúde. A quantidade de profissionais é de apenas 5,9 médicos ou enfermeiros por 10.000 habitantes.

O país não conta com um sistema de informação e registro contínuo de eventos vitais, havendo necessidade de obter dados estatísticos para calcular os indicadores de saúde por meio de enquetes realizadas periodicamente. Dados estatísticos podem ser obtidos pelo EMMUS, uma enquete sobre mortalidade, morbidade e uso dos serviços realizada a cada 5 anos no Haiti (a primeira em 1987, a segunda em 1994- 1995, a terceira em 2000, a quarta em 2005-2006, a quinta em 2012 e a sexta em 2017).

O EMMUS mostra que há uma grande diferença nas taxas de mortalidade entre os ricos e pobres no país. De acordo com Saint Val (2019), a mortalidade neonatal entre os 20% mais pobres é muito maior quando comparada com a população 20% mais rica. Os partos hospitalares são oito vezes mais elevados na

população rica do que na população pobre. Essas diferenças estão associadas a fatores socioeconômicos, de gênero, raça e localização geográfica.

O país apresenta uma alta taxa de morbimortalidade por doenças associadas à pobreza. As principais causas são as doenças transmissíveis (tuberculose, infecções agudas respiratórias e crônicas, HIV/AIDS e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST's), filariose, malária e dengue); doenças de veiculação hídrica; zoonoses, como o antrax e a raiva humana; doenças crônicas, cardiovasculares, neoplasias e diabetes; e traumas (HAITI, 2013). A mortalidade infantil tem taxas elevadas, são 54 mortes para cada 1000 nascidos e uma a cada doze crianças não chega ao quinto ano de vida.

Apesar de um declínio significativo nos últimos anos, a taxa de mortalidade materna continua sendo a mais alta entre os países caribenhos e para reduzir esses índices, o Ministério da Saúde elencou populações alvo para ações de saúde, incluindo as gestantes e mulheres entre 15 e 49 anos. Segundo dados do EMMUS V a mortalidade materna encontrava-se em 646 para cada 100.000 nascidos vivos nos anos de 2016 e 2017 (CAYEMITTES, 2018).

Pesquisa realizada no Haiti (JACQUES, MENEGHEL et al., 2017) mostrou a existência de numerosos obstáculos ao acesso e à qualidade dos cuidados dispensados às usuárias na atenção primária de saúde. As mulheres despenderam muito tempo caminhando para chegar aos serviços, que eram, em sua maioria, pagos. O tempo de duração das consultas foi curto e as mulheres não sabiam o nome das pessoas que as tinham atendido, mostrando a falta de diálogo entre profissionais de saúde e pacientes. Além do mais, neste estudo as mulheres entrevistadas faziam parte da metade da população que consegue chegar aos serviços de saúde e ser atendida.

O Relatório Haiti, 10 anos depois, elaborado em 2020, mostra as dificuldades de funcionamento dos serviços de saúde no país, em um contexto de conflito político e econômico depois da alta dos combustíveis em julho de 2018, uma situação que deixou os serviços de saúde sem condições de funcionamento enfrentando falta de medicamentos, oxigênio, sangue, energia elétrica e pessoal. A situação da população mostra-se cada vez mais precária devido à inflação galopante, falta de perspectivas

econômicas e aumento da violência estrutural. Em 2019, na capital, houve um bloqueio por vários meses, com barricadas nas ruas, impedindo a passagem de quaisquer veículos, inclusive ambulâncias e insumos médicos. Neste contexto aumentou a frequência de pessoas feridas por armas de fogo. Nas zonas rurais a situação é ainda pior com os hospitais desabastecidos ou pilhados e a dificuldade para transportar pacientes graves a longas distancias (MEDICINS SANS FRONTIERES, 2020).

O sistema de saúde do Haiti utiliza a medicina moderna mesclada com a tradicional e o povo mantém uma concepção de espiritualidade ligada às práticas de vodu, para enfrentar situações adversas, inclusive a doença e a morte. Para entendermos um pouco acerca do Haiti e do povo haitiano, a descrição do cenário econômico e da situação de precariedade, inclusive da prestação de serviços de saúde, explicam o desejo de migrar para outros países, inclusive, o Brasil.

5.2 Conversas com haitianos e haitianas

5.2.1 Oficina 01: Quebrando o gelo e contando histórias

Esta oficina poderia ser iniciada contando a história mais uma vez. Contando e recontando a história da rebelião escrava. Da primeira revolta escrava vitoriosa. Começando assim:

“Remontando à colonização espanhola, a partir de 1492, a ilha foi rapidamente ocupada, a população nativa foi dizimada e em torno de 50 anos já houve o início do tráfico de africanos escravizados (PROSPERE, 2015). Os negros escravizados eram procedentes de múltiplas regiões e etnias: Ouloffs, Peulh, Bambara e do Madinka do Senegal; Bouriquis da Costa do Marfim, Aradas ou Dahomeans, originários da Costa do Ouro e do Congo (DESCARDES, 1999). Essa multiplicidade de etnias viria a se expressar na multiplicidade fenotípica dos haitianos que se observa na atualidade.

A partir de 1697, os franceses ocuparam a ilha e em 1803, eclodiu a Revolução e foi promulgada a independência do país no dia 1 de janeiro de 1804. Seguy (2014) descreve a revolução haitiana como a única revolução de uma sociedade escravizada. O Haiti foi uma nação pioneira na obtenção de sua independência e na abolição da escravidão, tornando-se a primeira República Negra no mundo (PROSPERE, 2015).

A descrição do evento registra que na noite de 22 para 23 de agosto de 1791, 50 mil escravos se rebelaram no Haiti. Era uma noite chuvosa no Bosque Caiman, norte da ilha quando, numa cerimônia vodu, Bouckman gritou em alta voz e em crioulo haitiano, que ali começava a revolução. Este movimento culminou na libertação dos escravos em 1 de janeiro de 1804 e Toussaint Louverture, o grande líder revolucionário, denominado de Espártaco negro pelos revolucionários, indicava que a revolução haitiana universalizava os princípios da declaração dos direitos do homem, largamente difundidos da revolução francesa. Porém a revolução francesa era um movimento de homens brancos e burgueses, que em nenhum momento pensavam em incluir entre seus beneficiários, as mulheres e os negros escravizados ou em abolir duas instituições tão lucrativas quanto abomináveis: o tráfico e a escravidão (RIBBE, 2008).

A movimentação que culminou com a libertação já estava sendo gestada há mais tempo, e diversas revoltas entre os escravos haviam sido sufocadas. Apenas, dois anos mais tarde, Sonthonax, o enviado pela República, enfrentando uma ameaça de invasão anglo-espanhola, apoiada pelos revoltosos, foi obrigado a reconhecer a emancipação de fato. Este fato histórico segue vivo em manifestações do nacionalismo haitiano, que enaltece a história do Haiti e da revolução, cujos vultos importantes estão presentes no território e nas manifestações culturais de todo o país”.

A oficina iniciou na metade da tarde após a chegada de 23 participantes e começou com a apresentação dos facilitadores e do projeto, bem como seus objetivos e do TCLE. A ideia de convidar uma médica haitiana para participar como facilitadora foi justamente para tentar transpor barreiras linguísticas e culturais, e já no início percebemos que motivar os participantes para o diálogo não seria tarefa fácil.

Após as apresentações, um dos participantes questionou os índices de HIV/AIDS em Porto Alegre, disse ter ouvido no noticiário os números da doença. Falei brevemente sobre o questionamento, explicando que no decorrer das oficinas aprofundaríamos mais o diálogo e debate sobre o tema.

Entregamos os termos de consentimento para cada participante, eles leram atentamente e perguntamos se havia dúvidas sobre o texto do TCLE. Uma das

participantes perguntou o que é Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR), explicamos em crioulo seu significado.

No início da oficina eles se mantiveram em silêncio, mesmo quando questionávamos acerca de dúvidas, a respeito dos termos ou se desejavam conversar sobre outras temáticas além das propostas ninguém respondia, apenas olhavam uns para os outros.

O silêncio, que de certa maneira é perturbador, nos levou a pensar o quão desconfiados eles se mostravam, embora ao olhar a história do Haiti e os preconceitos e violências que eles sofreram e sofrem no Brasil, entendemos que há razões para eles se manterem em alerta com desconhecidos. E mesmo assim, eles vieram para a oficina, usando a tarde de sábado, que poderia ser dedicada ao lazer, descanso ou atividades domésticas.

A experiência de nos defrontarmos com o silêncio por parte do grupo de haitianos, nos fez entender que a barreira linguística constituiu um limitador importante para uma efetiva comunicação com os participantes da pesquisa. Também representa uma das dificuldades na integração dos imigrantes haitianos, embora muitos já estejam falando o português. Outro fator que dificulta a comunicação e qualidade de vida destes migrantes é o racismo e a xenofobia. Isso faz com que os imigrantes, principalmente africanos e haitianos, tenham se mantido em espaços segregados e sofrido com o racismo estrutural e políticas segregativas acompanhadas de xenofobia. Entre 2014 e 2015 as violações dos direitos de migrantes e refugiados, ou seja, atos xenófobos aumentaram 633% no país (FARAH, 2017).

Após a leitura dos termos, foi proposta uma atividade lúdica de quebra gelo, em que eles, em dupla, conversariam rapidamente e depois um apresentaria o outro para o grande grupo. A condução da atividade foi explicada, mas eles não quiseram participar, mantiveram-se calados e não demonstraram receptividade. Então, mudamos de proposta e sugerimos a formação de uma roda de conversa, o que foi aceito pela maioria, porém quiseram se manter em torno das mesas existentes na sala. Com a composição da roda, explicamos a dinâmica da oficina para todos. Dentro de uma caixa, havia algumas perguntas escritas em crioulo haitiano para serem

respondidas e estimular o diálogo. Esta atividade foi recebida com desconfiança ou timidez de início, mas logo foi se desenvolvendo com sucesso.

Explicou-se, então, em português e crioulo, a situação do HIV/AIDS em Porto Alegre, a sexta capital brasileira em números de casos de HIV/AIDS e terceira capital em casos de sífilis e a resistência dos gaúchos quanto ao uso de preservativos nas relações sexuais (BRASIL, 2020; BRASIL, 2019).

Os participantes ouviram atentamente as informações e relataram seu temor em participar da pesquisa, pois nunca participaram de pesquisas no Brasil e no Haiti, onde não há a prática de realização de pesquisas sobre saúde. Até então só ouviram falar do EMMUS. Foi explicada a importância da participação nesta pesquisa, pois através dos resultados da mesma, estaremos propondo melhorias de acesso e atendimento para a população migrante. Enquanto explico, instala-se um diálogo paralelo em crioulo e uma das participantes que chamaremos MARIE fala que a “brasileira” (no caso, eu) quer ganhar dinheiro com eles. Percebo com esta fala certa agitação entre os haitianos (as).

A fala da participante nos remete ao papel das ONG's no Haiti, que desenvolvem ações que deveriam ser efetuadas pelo Estado nos vários departamentos haitianos. Estas ONG's não permitem ao povo exercerem um papel de protagonismo, pelo contrário, entram em território haitiano com ações prontas, sem observar as necessidades reais da população, ofertando duplicidade de ações de saúde e descurando de outras, deixando solução de continuidade no fornecimento de medicamentos, cobrando por ações e insumos e usando recursos para sua própria manutenção, sem se preocupar com a melhoria da qualidade de vida da população. Desenvolve-se assim um estado paralelo que não presta contas à população, perpetuando a pobreza, a fome, o desemprego e o pagamento por serviços que deveriam ser disponibilizados gratuitamente (Seguy, 2015). A partir da reflexão do autor é possível compreender o temor da participante MARIE quando entende a pesquisa como uma forma de obter recursos através dos haitianos (as).

Os objetivos da pesquisa foram explicados novamente, esclarecendo que não há fundos econômicos para esta atividade e que o intuito é melhorar o acesso aos serviços de saúde para a população migrante, explicar as políticas de planejamento

familiar e educação sexual. Reforça-se a importância de participarem das oficinas e convidarem outras pessoas já que se trata de um espaço para esclarecimento de dúvidas e divulgação de conhecimento. Enquanto isso, mais haitianos (as) chegam para a oficina, perfazendo um total de 54 pessoas.

Finalizada a conversa, explica-se a dinâmica da oficina e a atividade começa, com cada participante pegando uma pergunta na caixa de perguntas. Solicito um voluntário para ler sua pergunta. Chamaremos de Jean. JEAN lê sua pergunta: Qual motivo te fez imigrar para o Brasil? Ele responde: *“vim para o Brasil porque o Haiti enfrenta problemas políticos, instabilidade e insegurança. Vim conseguir emprego para ajudar a família e outras pessoas que tenho no meu país e para melhorar de vida”*.

O Haiti, desde a Revolução em 1804, sofre com sanções dos países centrais, sobretudo França e os Estados Unidos, que através da instauração de uma política neoliberal, se mantém no centro do poder através da super-exploração de mão de obra haitiana em trabalhos análogos à escravidão. A fragilidade econômica do país imposta pela exploração internacional e pela ditadura, coloca os haitianos no cenário de migração em busca de melhores condições de vida para si e para o grupo familiar que muitas vezes permanece no país de origem vivendo de remessas internacionais (BARBOSA, 2015, LÔBO, 2017; SEGUY, 2014).

A participante JOANE responde: *“vim para o Brasil em busca de uma vida melhor, mas estou sofrendo por não ter trabalho e tenho família no Haiti para ajudar”*. O participante TOUSSAINT responde: *“vim ao Brasil porque acho que os países estão abertos para o que chamamos de globalização e só melhora a situação dos países que têm crises políticas e sociais”*. Ressalta-se neste e em outros depoimentos a presença de análise crítica da economia e política global, além da compreensão do modelo econômico vigente (globalização).

Começa, então, um debate em que todos querem falar e reforçar a fala dos que disseram ter vindo ao Brasil para trabalhar, ajudar a família e melhorar de vida. Outra participante fala de sua dificuldade em conseguir emprego aqui, pois não fala português e salienta que é muito difícil aprender o idioma. Mesmo com a

disponibilidade de aulas gratuitas de português, todos relatam a dificuldade em aprender.

Um participante fala sobre racismo, complementado por outros, principalmente homens que dizem perceber as relações de racismo no trabalho, “*o negro não é escolhido para trabalhar e se é estrangeiro é ainda pior*”. Ao ser abordada a questão do racismo, todos encontram dificuldade em conceituar, porém sabem perceber como o racismo se desenvolve e se reafirma nas relações, principalmente nas relações de trabalho.

Embora a maior parte dos participantes não consiga conceituar o que é racismo, eles relatam que no Haiti o preconceito não é somente de cor, mas principalmente social ou de classe, ou seja, quanto mais pobre mais discriminado. Falam que aqui no Brasil as pessoas são julgadas pelo tom de pele, quanto mais preto, mais discriminado e maior a dificuldade para conseguir um emprego. Expressam que se sentem maltratados e pouco acolhidos por serem pretos e estrangeiros.

A discussão sobre racismo politizou a conversa, desviando a atenção dos temas ligados a saúde (HIV, IST's, uso de preservativos). Os haitianos, mesmo não conceituando o que é racismo, sabem muito bem do que se trata, pois o tem sentido na pele e nas relações sociais e laborais. As narrativas nos remetem a LÔBO (2017), que na obra *Racismo e Patriarcado como Sistema Internacional: uma análise antropológica das relações Brasil-Haiti*, reflete sobre as origens do racismo nas sociedades haitiana e brasileira. No Haiti, a colonialidade ainda permeia as políticas externas através de ações de países imperialistas que entendem o país como um país de terceiro mundo/tribal, difundindo a ideia de ‘raça’, impondo ao povo desigualdades cada vez mais crescentes entre negros camponeses, que vivem abaixo da linha da pobreza e um reduzido número de brancos e mestiços que se encontram nas classes mais altas da sociedade haitiana.

Os haitianos podem morrer jovens, diz Lôbo (2017), como os escravos, porque são mão de obra barata e abundante, fácil de ser substituída. As empresas têm a sua disposição um exército industrial de reserva de 80% de desempregados. Se um trabalhador fica doente, não ganha nada. Se morrer, pode ser substituído de imediato

por outro haitiano faminto. As multinacionais não pagam nenhuma das conquistas dos séculos XIX e XX, como férias, décimo terceiro salário, aposentadoria. Não pagam praticamente nenhum imposto ao estado, que por sua vez não precisa assegurar saúde nem educação ao povo. Os trabalhadores moram ao lado das empresas, podendo ir a pé para o trabalho. Se alguém morar longe, vai a pé assim mesmo. Os bairros não têm rede de esgotos ou água potável, menos ainda energia elétrica. A situação do proletariado haitiano pode ser comparada a dos antigos escravos. Na verdade, em termos econômicos há aspectos ainda piores.

Já no Brasil, o racismo é uma versão sofisticada da discriminação, pois apaga o protagonismo negro no país, marginalizando-o e negando sua maioria numérica e participação na construção econômica e sociocultural brasileira. Mesmo com as políticas de ações afirmativas, existem muito mais profissionais brancos do que negros com nível superior e mesmo os negros que concluem a graduação têm dificuldades para se inserirem no mercado de trabalho. Os negros estão nos estratos mais vulneráveis, ocupando as periferias onde a rede sanitária não funciona e o acesso à saúde acontece de forma precária. Este é um legado do racismo estrutural presente desde a colonização brasileira (LÔBO, 2017).

Falar de racismo sempre é doloroso, pois traz à memória situações e experiências de preconceito e discriminação que o negro, seja ele brasileiro ou estrangeiro, não deseja vivenciar novamente. E no decorrer da discussão, uma das participantes novamente chama atenção para o racismo. MARIE diz que trabalha num local onde tem muitos brancos e que ganha menos que todos exercendo a mesma função e quando está limpando o local, os brancos fazem questão de passar e sujar o ambiente que acabou de limpar. Conta que certa vez uma das colegas brancas a mandou refazer seu trabalho, dizendo que não estava bom e ela se negou, falou que não era empregada, lembra inclusive que numa ocasião colocou sabão líquido no piso para que a pessoa caísse, o que aconteceu e ela pediu desculpas pelo ocorrido. MARIE mais uma vez reforça para os demais participantes sua ideia de que queremos ganhar dinheiro com esta pesquisa e com os diálogos coletados por meio das oficinas. Novamente, pausamos a oficina para reforçar a todos que este não é o objetivo do estudo e aparentemente as pessoas compreendem a fala.

Em termos de temas abordados, pode-se dizer que houve um consenso em relação aos motivos que os levaram a migrar, qual sejam, a instabilidade econômica do Haiti, a presença da super-exploração dos trabalhadores haitianos pelas multinacionais, insegurança e ao sonho de um futuro melhor. Demonstram conhecimento dos fatores geopolíticos na divisão mundial dos países do norte privilegiado e do sul explorado. Referem possuir familiares nos Estados Unidos, Canadá e França, mas que preferiram vir para o Brasil porque simpatizam com o país e por terem amigos ou familiares aqui também. Encerramos a oficina, convidando para o próximo encontro e reforçando a importância da participação de todos.

5.2.2 Oficina 02: Conversando sobre Saúde

Iniciamos a oficina fazendo um recordatório da oficina anterior. Todos estão mais receptivos e até me abraçam na chegada, muitos me dão boa tarde em português e me chamam pelo meu nome. Quando começamos a falar dos temas da oficina anterior, uma participante interrompe e diz que é melhor ficar sem saber nada para não ter problemas. Pergunto a ela que tipo de problemas teria ao se apropriar de informações? Mesmo havendo tradução simultânea do creòle, a participante diz que não sabe informar, apenas refere que *“quanto mais a pessoa sabe, mais problemas ela pode ter em tudo na vida, é melhor ser ignorante”*. Pode-se pensar no oprimido de que fala Paulo Freire, que prefere permanecer na ignorância a sofrer.

É MARIE, uma participante que se mostra resistente a todas as falas e abordagens da oficina, mas veio a todos os encontros e fica até o final. Para que ela e outros participantes que concordam com suas observações entendam nossa pesquisa, falamos de outras pesquisas realizadas para visibilizar a imigração haitiana e como é importante a colaboração deles para o bom resultado destes estudos. Falo que são instrumentos potentes para diminuir a desigualdade e combater a xenofobia.

Ao refletir sobre as observações dos participantes, citamos Pimentel (2009) ao analisar o texto de Paulo Freire que fala da educação como libertadora e geradora de autonomia e conscientização do sujeito ao ser detentor do saber crítico, destacando que o homem não pode participar ativamente na história, na sociedade, na transformação da realidade, se não é auxiliado a tomar consciência da realidade, a

“pronunciar o mundo” e a perceber sua própria capacidade para transformá-lo (FREIRE, 1977, p. 48).

O sujeito não luta contra forças que não compreende e a prática educativa se efetiva na medida da participação livre e crítica do educando. “É preciso, portanto, fazer dessa conscientização o primeiro objetivo de toda educação libertadora” (FREIRE, 1978, p. 40).

Entendendo, a partir das ideias de Paulo Freire, que a educação é libertadora, a fim de produzir e trocar saberes e práticas, retomamos a atividade através da dinâmica da caixa de perguntas. Um dos participantes pega um papel com pergunta e lê. A pergunta é: O que é saúde para ti?

Mesmo procurando os termos para elaborar a resposta, MICHEL diz que *“saúde é importante para todos, que devemos seguir regras de higiene e devemos ir periodicamente ao médico”*. Abro o questionamento aos demais participantes, eles dialogam com entusiasmo entre si no idioma materno e preciso trazê-los constantemente para a conversa no coletivo. LOUIS diz que *“a saúde é uma coisa importante para a sociedade, é uma das primeiras necessidades de uma população. Se esta não tiver uma boa saúde ou ajuda médica, podemos dizer que esta pessoa não está vivendo. O primeiro objetivo de um médico é salvar vidas”*.

STEVE diz *“saúde é proteger-se, proteger o meio ambiente, cozinhar muito, não comer alimentos crus, não tomar água contaminada, tomar banho”*. SOREL responde que *“sabe que deve evitar a doença, fazer a higiene, lavar as mãos antes de comer, ingerir alguns alimentos no café da manhã, ir ao médico a cada três meses, principalmente se tem algum sintoma”*. Já para JUSTINE, *“saúde é a maior riqueza que uma pessoa pode ter, uma pessoa sem saúde é pobre”*.

O diálogo sobre saúde permanece por algum tempo e acho pertinente perguntar aos participantes o entendimento que eles possuem sobre o sistema de saúde brasileiro, como eles procediam ao adoecer no Haiti e como fazem se adoecem no Brasil. Eles são unânimes em dizer que não entendem o sistema de saúde brasileiro, que é muito diferente do Haiti. Aqui, de acordo com JOVENEL, *“para ser atendido, precisa passar em acolhimento, agendar consulta e aguardar, se está*

doente tem que ir no hospital". Dizem que não entendem as orientações dadas pelos profissionais de saúde e isso pode estar associado à barreira linguística.

Percebemos a dificuldade de compreensão dos haitianos em relação ao sistema de saúde brasileiro porque existem diferenças entre as políticas de saúde do Brasil e Haiti. Enquanto que no Brasil o sistema de saúde vigente está amparado na lei 8080/90 que em seu art. 2º diz que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, traduzido em gratuidade e qualidade de assistência a todos os cidadãos presentes em solo brasileiro através de políticas públicas, no Haiti, embora se fale em direito universal à saúde, o estado provê acesso gratuito somente a 47% da população, com maior disponibilidade de serviços nas zonas urbanas. Nas áreas rurais esse acesso é muito mais difícil, ficando reservada aos habitantes destas regiões somente a medicina tradicional e as práticas religiosas, as pessoas precisando andar até duas horas a pé para conseguir uma consulta (BRASIL, 1996; SAINT VAL, 2019, JACQUES et al, 2017).

Eles referem o Hospital Conceição como referência de atendimento, pois de acordo com MARIE, *"quando estão doentes e vão à unidade de saúde só recebem paracetamol e outros tratamentos são oferecidos no Conceição, na unidade nem somos examinados"*. A maioria dos participantes concorda com a fala da MARIE e eles reforçam a ideia que na unidade de saúde recebem apenas paracetamol como tratamento e encontram dificuldade de fazer vínculo, pois não entendem as orientações.

Eles citam as agentes de saúde como elo entre eles e a unidade de saúde, mas seu vínculo maior é com a técnica de enfermagem NILZA, a qual eles se referem como "mãe". NILZA lidera um grupo de voluntários que se reúne no Centro Vida e uma vez ao mês são oferecidas cestas básicas aos imigrantes cadastrados, além de utensílios domésticos e roupas. O vínculo dos imigrantes com a técnica de enfermagem é tão intenso, que ela é madrinha de batismo de muitas crianças haitianas e quando acessam a unidade, muitos se reportam a NILZA para orientações de saúde.

Explicam que o sistema de saúde haitiano é diferente, lá eles pagam pelo atendimento e só vão ao hospital (qualquer serviço de saúde eles entendem como

sendo hospital) quando a situação é grave e não conseguiram curar em casa. Citam o uso de chás, ervas e práticas caseiras de cura. Perguntamos se estas práticas de cura seriam rituais voduns, alguns confirmam que sim, mas a maioria diz que não tem relação. Sugiro conversarmos sobre a religião vodu, todos dizem que não querem falar sobre o tema. A oficina se estende e precisamos encerrar com o compromisso de nos encontrarmos na última reunião.

5.2.3 Oficina 03: Conversando sobre Sexo e Gênero

Iniciamos o encontro fazendo algumas combinações acerca da organização das atividades e recordando os temas apresentados no encontro anterior.

Segue-se a dinâmica das perguntas a serem retiradas da caixa de perguntas. Peço que um participante retire uma pergunta da caixa, PIERRE lê sua pergunta: *Existem diferenças entre homens e mulheres? Ele responde que no Haiti não há diferenças entre homens e mulheres quando se trata de salários, mas no Brasil existe diferença, sobretudo se for estrangeiro. No Haiti as mulheres lavam louças, roupas, cuidam do esposo e da família, o que é diferente no Brasil.* A participante ARIANE diz que *“a mulher recebe ordens, o homem emite as ordens, o homem é o chefe”*. Já ANNE diz que *“a mulher é mais fraca e o homem é mais forte, a mulher é mais sensível que o homem”*.

A participante CIDERNIA diz: *“vim ao Brasil porque meu esposo estava aqui e não poderia ficar sem ele, como estava sem filhos, não poderia esperar o retorno dele”*. Faz-se necessário, a partir da fala da participante, dialogar sobre gênero. As mulheres representam cerca de 30% da população haitiana migrante no Brasil, e os motivos pelos quais essas mulheres têm migrado, em sua maioria, são para fugir da pobreza, pelo reduzido acesso à educação e à saúde, pela falta de autonomia e pela vulnerabilidade e violência a que estão expostas. No projeto migratório, as mulheres se identificam como membros de famílias transnacionais³, que têm papel estrutural e seu objetivo principal ao migrar é contribuir na manutenção familiar.

³ Famílias cujos membros vivem em parte ou na maior parte do tempo separados uns dos outros, porém se unem no propósito de criarem um bem-estar coletivo e unidade, mesmo diante de fronteiras internacionais.

Para JEAN PIERRE, *“homens e mulheres não tem o mesmo direito no Haiti, os homens têm mais valor que as mulheres”*. Peço que explique melhor sua colocação e ele diz que a mulher é desvalorizada na cultura haitiana. O diálogo se prolonga neste tema e gera uma discussão entre os participantes, porém, mesmo com alguns protestos por parte das mulheres, todos concordam que o patriarcado estabelece uma hierarquia entre homens e mulheres na qual as mulheres estão em posição de subalternidade. Para os participantes *“os homens saem para trabalhar, são os provedores e responsáveis pela família, as mulheres ficam (ou deveriam ficar) em casa fazendo os ofícios do lar e cuidar do esposo e filhos”*.

SOREL lê a pergunta: O que tu sabes sobre saúde sexual e reprodutiva? Responde que saúde sexual e reprodutiva *“é quando um casal procura um médico antes do início das relações sexuais e reprodutiva. Deve procurar atendimento mensal para saber o estado de saúde”*. Refere ainda que faz sexo com mulheres e profissionais do sexo. Cita que nas casas que frequenta lhe é apresentado o cardápio do sexo, em que cada atividade sexual possui um valor. Questiono se faz uso de preservativo, diz que sim. NURIA diz que *“é um método que se usa para o pênis e a vagina ficarem sem germes”*. LISE, KEDA, ROSE e MICHELSON referem não saber o que é saúde sexual e reprodutiva ou nunca ouviram falar.

JOANNE pergunta como se pega IST e antes que eu pudesse responder, MARIE interrompe e responde que a contaminação ocorre na água suja, quando urina no chão ou ao lavar e estender a calcinha, e esta não deve estar com o fundo para fora, lavar sempre com água quente. Explico que não é assim e aproveito o momento para perguntar o que é como ocorre a contaminação por IST. Foram muitos questionamentos a partir desta pergunta e tivemos que organizar as falas para oportunizar espaço a todos.

O participante JOVENEL diz que doenças como gonorreia, clamídia e gêp kôk (sem tradução) são evitadas usando preservativo e conhecendo o parceiro. JOSEPH diz que *“se contrai IST quando a mulher fica sem lavar a vagina após a relação ou fica o dia todo sem lavar também”*. LISE diz que *“é uma coisa que pode pegar durante o sexo, no banheiro e na forma como cuida das calcinhas”*. ANNE diz que *“existe contaminação no ato, na água e no comportamento das pessoas”*. STEVE concorda que a contaminação acontece pela água suja, observação seguida pela maioria dos

participantes, diz que os temas ISTs e sexo não são falados no Haiti. SIDA, gonorreia, clamídia, infecções, sífilis foram exemplos citados. Uma das participantes cita disúria e água branca (secreção vaginal) como exemplo de IST.

Saúde sexual e reprodutiva é um tema que causa muito desconforto e agitação entre os participantes, muitos não querem conversar sobre este assunto e reforçam a constatação de que este não é um assunto falado abertamente entre haitianos. Estes tabus evidenciam o conservadorismo da sociedade haitiana. Insistimos em conversar argumentando que precisamos saber as práticas e culturas e como fazer para nos prevenir de IST's. Ainda, em relação a esta questão: PAUL diz que *“conhecer sobre saúde sexual e reprodutiva é importante para ser capaz de proteger-se e evitar fatalidades na sociedade e evitar ter família numerosa”*. Para prevenção de IST, ele reforça que *é necessário respeitar as regras de higiene e evitar ter contato com qualquer pessoa*, cita o preservativo como exemplo de prevenção. JACKY fala que *“quando se tem dois ou três parceiros sexuais a pessoa fica doente”*.

Em relação ao uso de métodos contraceptivos, todos citam o preservativo um deles cita o coito interrompido como método de prevenção de doenças, com exceção de uma participante que acredita que o preservativo causa IST's. Pergunto se está se referindo a alergia ao látex, diz que não, que preservativo causa IST. Explicamos que o preservativo é o único método de barreira para IST.

MARIE pergunta se tuberculose (TB) é uma IST, explico que não é e como é o modo de transmissão da TB. Acrescenta-se o risco de transmissão da tuberculose e co-infecção TB/HIV, e quem são os mais suscetíveis a contaminação: negros, imigrantes, privados de liberdade. MARIE pergunta se Hepatite C é o mesmo que SIDA, digo que não e explico o que são cada uma das doenças. Falo dos modos de transmissão. MARIE diz que no HAITI não se explicam os diagnósticos das doenças, só o tratamento.

Ao retomar o questionamento sobre métodos contraceptivos, RACHELLE diz *“que uma mulher sem marido não deve usar nada de medicação para evitar filho, pois não é correto, diz que se objetivo é não ter filho, e se não tem marido, não deve usar. Não é aceitável vida sexual entre solteiros”*.

Pergunto sobre identidade de gênero e explico o que significa, todos, rapidamente, se identificam como heterossexuais, referem que o homossexualismo não é aceito no Haiti.

Questiono se utilizam algum método para evitar filhos. JOVENEL cita a abstinência sexual e coito interrompido, STEVE diz que no seu país um método muito usado é colocar sal grosso no umbigo da mulher e amarrar um tecido branco na cintura logo após a ejaculação para evitar a gravidez, cita ainda que outra prática é tomar um copo de água com sal grosso logo após a ejaculação, pois são métodos de purificação do corpo da mulher e com isso, evita-se a gestação. Questiono se esta é uma prática vodu, alguns (a maioria) dizem que não, mas outros dizem que sim. Pergunto mais uma vez se gostariam de falar sobre vodu, mas eles não querem conversar sobre esse tema.

Ao final, faço uma subdivisão do grupo para que sugiram melhorias de acesso ao sistema de saúde. A fala conjunta dos participantes é que as unidades e serviços de saúde devem conter informações visuais e gráficas no idioma crioulo e ter profissionais aptos (linguisticamente) a atender haitianos. Para finalizar a série de oficinas, proponho uma confraternização entre todos os participantes.

6 AVALIANDO A CAMINHADA

A minha intenção aqui não é fazer uma recapitulação da dissertação, mas mostrar, em poucas palavras o que eu consegui aprender com essa pesquisa, as interrogações que permaneceram e as principais contribuições desse trabalho, além de apresentar as suas principais limitações.

Quando iniciei a pesquisa, minha motivação inicial era ampliar minha compreensão sobre a migração haitiana e os fatores que levaram este povo a percorrer essa longa distância, sofrendo tantas dificuldades e mesmo iniquidades. Nessa caminhada desde o primeiro contato com o migrante haitiano até o momento atual houve muitos desafios, o primeiro deles foi a comunicação, a barreira linguística entre uma brasileira que nunca ouviu o idioma crioulo e haitianos que não falam português. Não foram poucos os haitianos que acessavam os serviços em busca de trabalho e amparo social sem muito sucesso, pois nossa porta de entrada é a de um serviço que se destina a prover saúde à população brasileira e conforme a regionalização do SUS, com território restrito o que em muitos casos, impedia o acesso da população migrante.

A dificuldade enquanto serviço e equipe de saúde era tão grande e nosso estranhamento, enquanto cidadãos e profissionais, com o volume crescente de haitianos em um território pouco habitado por estrangeiros, salvo os estrangeiros estudantes (em sua maioria africanos) da universidade federal era tão intenso que buscamos auxílio da secretaria de saúde da cidade para entender esse processo e desenvolver ações de saúde aos migrantes.

Foi então que iniciamos o curso de crioulo haitiano para profissionais de saúde das duas regiões da cidade com maior quantidade de população haitiana circulante no território, a região da Lomba do Pinheiro e a zona norte da cidade, mais especificamente, a região eixo Baltazar onde existe o Centro Vida que abrigou por muito tempo os haitianos vindos do norte do Brasil. Em uma das reuniões iniciais do grupo de trabalho do curso, uma das enfermeiras participantes sugeriu o nome de *M'akeyiw lakay mwen* (Te Acolho em Minha Casa) para o curso pensando na política de acolhimento proposta pela lei 8080/90 que rege o Sistema Único de Saúde. O

nome foi aceito por todos do grupo. A partir daí iniciei leituras sobre o Haiti e em cada leitura meu encantamento pela história do país e de seu povo crescia.

Estudar a população negra brasileira e seu legado na construção social e política sempre foi alvo de leituras e pesquisas, ao desenvolver pesquisa sobre a saúde da mulher negra adentrei no universo da pesquisa negra e conheci autores importantes como Lucia Xavier, Jurema Werneck, Lelia Gonzales, Frantz Fanon entre tantos outros que contribuíram para a formação da minha consciência negra. Mas depois de ler a história da revolução haitiana, o país que foi a única república negra no mundo e ver que essa república foi construída pelas mãos de uma população negra escrava que não se conformou com sua situação foi um despertar tão intenso, que me faltam palavras para explicar.

Dentro do contexto histórico, cabe ressaltar que a Revolução Haitiana, iniciada em 1791, na cerimônia no bosque Caiman, liderada pelo escravo jamaicano Bouckman e seguida nos anos que se seguiram com intensas batalhas e morte de brancos e mulatos foi liderada por Toussaint Louverture, nome símbolo deste processo, embora tenha falecido meses antes da Proclamação de Independência, ocorrida em 1 de janeiro de 1804. Toussaint foi um articulador importante liderando batalhas ao lado de Georges Biassou, Jean-François e Jeannot Bullet, também ex-cativos que levaram adiante o sonho e a conquista da Independência (MOREL, 2019). Com seu carisma, Toussaint Louverture arrebatou uma multidão de seguidores e em uma cilada de militares europeus, foi capturado e levado à prisão na França. Morreu meses depois, sujeito a maus tratos e isolamento, mas a partir de sua prisão tornou-se símbolo de Pai da Pátria haitiana e sua imagem consta nas instituições públicas, escolas e em cerimônias oficiais do país.

Esse orgulho e nacionalismo de ter sido a única República Negra existente no mundo se expressa no cotidiano do haitiano. Em seus diálogos diários, Louverture é citado como o herói da revolução, o homem que tirou o povo da escravidão. Porém, ao analisar as obras de autores como Galeano (2010), percebe-se facilmente que o país, mesmo tendo ganhado a guerra, foi destruído pela França ao ser obrigado a pagar uma indenização exorbitante ao colonizador. Barbosa (2015), ao incursionar pela história, indica que esta dívida mantém o país em crise econômica até a atualidade, abrindo passagem para várias invasões e ditaduras posteriores,

permanecendo com uma estrutura de sociedade fraca, empobrecida e suscetível aos desgovernos, à pobreza e aos conflitos políticos.

A história do Haiti é a história do racismo na civilização ocidental e o país sofre até hoje pela audácia de se rebelar no período escravista (GALEANO, 2010), em que o negro era discriminado e inferiorizado pelo branco colonizador que o mantinha em um processo de inferiorização e desumanização usando comparações zoológicas e referindo-se ao escravizado como um ser igualado a cavalos e mulas (FANON⁴, 2010; TROUILLOT, 1995).

Essa devastação material e humana se expressa no contexto social e econômico do país e na diáspora haitiana efetuada há décadas. As dificuldades em encontrar emprego no país são enormes, pois somente 20% da população possui trabalho, argumentam os haitianos ao apresentarem o panorama do país de origem. Grande parte da população empregada desenvolve atividades ligadas ao comércio e prestação de serviços. Migrar torna-se então uma opção econômica familiar e do país. Os haitianos, também movidos pelas catástrofes naturais sempre migraram e a partir de 2010, devido ao aumento da seletividade migratória nos Estados Unidos e pela aproximação com os brasileiros, começaram a migrar para o Brasil. As remessas dos imigrantes enviadas para o Haiti representam entre 24 e 30% do PIB nacional. Assim a diáspora faz parte da realidade socioeconômica, cultural e educacional do país (HANDERSON, 2015; BARBOSA, 2015).

A inclusão do Brasil no destino de migração haitiana acontece por vários motivos, pela facilidade de receber visto humanitário, apesar de Argentina, Chile, Equador e Peru também oferecerem o mesmo visto, mas também pela participação de brasileiros na já referida MINUSTAH e pelo convite do ex-presidente da república, Luís Inácio Lula da Silva aos haitianos a migrar para o Brasil, em sua visita ao país logo após o terremoto. Esses fatores impulsionaram na criação de um mito de que o país de destino seria um local de progresso, de modernidade, de facilidades para o estrangeiro, logo é desfeito ao chegarem aqui e perceberem a precariedade de

⁴ Sobre as obras dessa estratificação social no contexto colonial, Fanon reflete que “a infraestrutura econômica é também superestrutura. A causa é consequência: alguém é rico porque é branco, alguém é branco – ou menos negro – porque é rico”

acolhimento e assistência aos estrangeiros, a dificuldade de conseguir emprego e de ter acesso adequado à alimentação e à moradia (BAENINGER, PERES, 2017; GRANADA et al, 2017).

Ao discutir saúde e processos migratórios, percebe-se a dificuldade dos haitianos em compreender o modelo de saúde brasileiro, por suas características de acesso via atenção básica, pelas estratégias de acolhimento e pelas diferentes concepções culturais sobre saúde/doença. Acrescente-se a dificuldade linguística e o racismo estrutural presente nas relações sociais no Brasil. No Haiti, os serviços de saúde atendem apenas parte da população (cerca de 47%) obrigando a população a procurar outras formas de acesso a saúde.

Nas oficinas realizadas, o estranhamento dos participantes com relação ao tema referente à saúde sexual e reprodutiva ficou evidente, uma vez que SSR e ISTs são temas tabus, causando desconforto ao serem postos em discussão. De início a resistência foi intensa, mas foi desfeita, pelo menos em parte, por meio do diálogo, da naturalidade com que os temas foram abordados e da empatia manifesta entre brasileiras, haitianas e haitianos. Ao final da primeira oficina, muitas pessoas, sobretudo as mulheres, nos procuravam para sanar dúvidas que não quiseram expor no grupo. As dúvidas eram as mais diversas, desde o trato com os filhos até doenças crônicas como o Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica. Muitos participantes queriam consultas médicas com a médica que atuou como tradutora, Kesta Saint Val.

Entre as participantes, havia uma enfermeira recém-formada no Haiti, que migrou em busca de melhores oportunidades no Brasil e que não falava português. Tentei uma colocação profissional para ela, mas em função da barreira linguística, não foi possível.

No decorrer das oficinas, barreiras foram transpostas, grande parte dos participantes já me chamava pelo nome e eu era recebida com abraços, as crianças pediam colo. Alguns homens, confundindo as relações, iniciaram investidas românticas, e chamavam a mim e a Kesta para amizade nas redes sociais, logo após nos pedindo em casamento, o que desestimulamos. Relações de amizade foram estabelecidas e o contato com muitos deles continua até hoje.

O desenvolvimento desta pesquisa foi desafiante, primeiro por ter que transpor a barreira linguística com o creòle e o francês e por entrar no cotidiano de migrantes com características e comportamentos tão singulares. No caso de haitianos (as) que conheci em campo, um exemplo das relações locais é a religião. A religião evangélica faz parte do cotidiano de muitos desde seu país de origem até o seu país de acolhimento. E frequentar os cultos os mantém ligados a um hábito já praticado no Haiti. Muitos foram os convites para participarmos das reuniões.

Ao discutir SSR e IST, percebe-se a necessidade de fortalecimento das orientações sobre saúde, acesso e cuidados, bem como de planejamento reprodutivo. Muitos migrantes têm pouco ou nenhum conhecimento sobre o referido tema, particularmente no que se relaciona à prevenção, colocando-os em situação de vulnerabilidade, principalmente quando acessam um país de passagem ou acolhimento, vivendo com culturas diversas às suas e sendo expostos a doenças desses países.

No que diz respeito ao acesso de haitianos (as) ao sistema de saúde brasileiro, acredito que a ausência de direcionamento por parte da gestão e o desconhecimento da população migrante é outro fator que pode atuar como barreira no acesso aos serviços de saúde. O que me faz pensar que deve ser prioritário o acesso à informação e o combate às vulnerabilidades, tais como desigualdades sociais, pobreza e discriminação racial, como medidas que influenciam a melhoria de saúde dos imigrantes.

A partir destas ponderações, acredito ser possível pensar em como a experiência migratória destes haitianos (as) da zona norte de Porto Alegre, se relaciona com as experiências cotidianas, mas também com suas experiências no campo da saúde. Cabe destacar que cada migrante é um ser singular, dotado de conhecimentos e cultura que devem ser respeitadas e valorizadas no ato de promover saúde e bem-estar.

Em síntese, para além da saúde sexual e reprodutiva, das infecções sexualmente transmissíveis e do acesso aos serviços de saúde, esse estudo possibilita um registro da migração transnacional haitiana. Percebe-se a diáspora como condição estruturante da sociedade haitiana, em que o migrante se vê obrigado

a migrar em busca de melhores condições de vida para si e sua família e neste percurso migratório, se vê exposto a diversas situações que o deixa vulnerável e suscetível. O sistema de saúde haitiano é precário, não dispõe de acesso universal à saúde, fazendo com que o povo busque a medicina tradicional ou popular como forma de manter a saúde e enfrentar a doenças, buscando os serviços de saúde (muitos deles pagos) apenas em última instância, quando a doença já está agravada. Esta forma de acesso é mantida também no Brasil, onde a maior parte dos migrantes, sobretudo quem é recém-chegado, não compreende a universalidade e gratuidade do sistema de saúde brasileiro.

Concluindo, entendo que é necessário destacar a urgência em estabelecer políticas de acolhimento a saúde de migrantes, pensando que o acesso à informação é imprescindível, pois as relações entre os processos migratórios e a saúde são atravessadas pela complexidade e multifatorialidade, em que concorrem as diferentes concepções de saúde, exigindo dos profissionais e gestores da saúde pública respostas eficientes a essa população. Enquanto sociedade, precisamos respeitar nossos compromissos constitucionais de considerar a saúde como direito universal, incluindo os direitos sexuais e reprodutivos e, dessa maneira ampliar o acesso aos serviços de saúde para a população migrante.

7 REFERÊNCIAS

BRASIL. IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasília, 2010 <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/18282-populacao-chega-a-205-5-milhoes-com-menos-brancos-e-mais-pardos-e-pretos> Acesso em: 16/01/2020.

_____. Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017. Institui a Lei de Migração. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 25 maio 2017.

_____. ITAMARATY. Ministério das Relações Exteriores, 2018. Disponível em: <http://www.itamaraty.gov.br/pt-BR/notas-a-imprensa/18622-visto-humanitario-para-haitianos>. Acesso em 30/09/2018.

_____. Constituição. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. Lei 8080/90 Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm Acesso em 10/03/2020

_____. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 jan. 1996.

_____. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica 26: Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva. Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 992 de 13 de maio de 2009: Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. DF, 2009.

_____. Resolução Normativa do Conselho Nacional de Imigração n. 97, de 12 de janeiro de 2012. Dispõe sobre a concessão de visto permanente previsto no art. 16 da Lei n. 6.815, de 19 de agosto de 1980, a nacionais do Haiti. Brasília, 2012.

_____. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Brasília, DF: Seppir, 2007.

ALMEIDA, E. R. et al. Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015-2017). **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, p. e180, 2018.

ALVES, J. E. D. Mitos e realidade da dinâmica populacional. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 20, 2000, Caxambu. Belo Horizonte: CEDEPLAR, 2000.

ALVES, J.E.D. *A polêmica Malthus versus Condorcet reavaliada à luz da transição demográfica*. Rio de Janeiro, texto para discussão, nº 4. ENCE/IBGE, 2002.

ARRIAGA, E.; DAVIS, K. The pattern of mortality change in Latin America. *Demography*, Washinton, v.6, n.3, p. 223 - 242, Aug. 1969.

Associação dos Haitianos do Rio Grande do Sul, 2019 [file:///C:/Users/55519/Downloads/DOC PARTICIPANTE EVT 5430 154090189985 1_KComissaoPermanenteCDH20181030EXT091_parte10286_RESULTADO 1540901899851%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/55519/Downloads/DOC%20PARTICIPANTE%20EVT%205430%20154090189985%201_KComissaoPermanenteCDH20181030EXT091_parte10286_RESULTADO%201540901899851%20(2).pdf) Acesso em: 02/02/2020

BAENINGER, R.; PERES, R. Migração de crise: a migração haitiana para o Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 34, n. 1, São Paulo, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-30982017000100119 Acesso em: 28 Fev. 2020.

BARBOSA L.S. Imigrantes haitianos no Rio Grande do Sul: uma etnografia de sua inserção no contexto sociocultural brasileiro [Dissertação de mestrado]. Universidade Federal de Santa Maria; 2015.

BARDIN L. Análise de conteúdo. 4. ed. Lisboa: Edições 70, 2010.

BOURDIEU, P. A Distinção: crítica social do julgamento / Pierre Bourdieu; tradução Daniela Kern; Guilherme J. F. Teixeira. São Paulo: Edusp; Porto Alegre: Zouk, 2007. 560 p.

CANAVESE, D. et al. Equidade etnicorracial no SUS: pesquisas, reflexões e ações em saúde da população negra e dos povos indígenas. Porto Alegre: UFRGS, 2017.

CASTAÑEDA, H. Im/migration and health: conceptual, methodological, and theoretical propositions for applied anthropology. *Napa Bulletin*, v.1, n.34, p.6-27. 2010.

CAVALCANTI, L; OLIVEIRA, T; MACÊDO, M; PEREDA, L. Resumo Executivo. Imigração e Refúgio no Brasil. A inserção do imigrante, solicitante de refúgio e refugiado no mercado de trabalho formal. **Observatório das Migrações Internacionais**, Ministério da Justiça e Segurança públicas / Conselho Nacional de Imigração e Coordenação Geral de Imigração Laboral. Brasília, DF: OBMigra, 2019.

CAYEMITTES M, SOUMAÏLA MBB, BLAISE SCA. Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services, Haïti, 2016-2017 [Internet]. Haïti; 2018. Disponível em: <https://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/FR326/FR326.pdf> Acesso em: 23/01/2019

CONSTANT, L. França reduz acesso à saúde de imigrantes clandestinos, 2010. Disponível em: <http://www.portugues.rfi.fr/franca/20101103-franca-reduzacesso-saude-de-imigrantes-clandestinos>. Acesso em: 12 fev. 2019.

CORRÊA S, ALVES J, JANNUZZI P. Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores. In: Cavenaghi S, coordenador. Indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva. Rio de Janeiro: ABEP; 2006.

DESCARDES, J.R. Dynamique vodou e droit de l'homme em Haïti. 1999. These (Doctorat) - Université de Paris I. (Pantheon-Sorbonne). 1999.

EMMUS-V. Enquête mortalité, morbidité et utilisation des services. Institut Haïtien de l'Enfance/Measure DHS ICF International: Pétiion-Ville, Haïti/Calverton, Maryland, USA: 2013.

EMMUS-VI. Enquête mortalité, morbidité et utilisation des services en Haïti 2016- 2017. Institut Haïtien de l'Enfance/Measure DHS ICF International: Pétiion-Ville, Haïti/, Rockville, Maryland, USA: 2018.

FANON, Frantz. **Pele negra, máscaras brancas**. SciELO-EDUFBA, 2008.

FARAH, P. D. Combates à xenofobia, ao racismo e à intolerância. *Revista USP*, (114), 11-30. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9036.v0i114p11-30>, 2017.

FERNANDES D, CASTRO, MCG. Estudos sobre a Migração Haitiana ao Brasil e Diálogo Bilateral. Belo Horizonte. 2014.

FERNANDES, Durval et al. Migração dos Haitianos para o Brasil: a RN no 97/2012: uma avaliação preliminar. **Refúgio, Migrações e Cidadania**, v. 8, n. 8, p. 55-71, 2013.

FOUCHARD, J. Les marrons de la liberté. Port-au-Prince: Editions Henri Deschamps, 1988.

FREIRE, P. A mensagem de Paulo Freire: textos de Paulo Freire selecionados pelo INODEP. São Paulo, Nova Crítica, 1977.

_____. Conscientização. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.

GALEANO, E.H. A história do Haiti é a história do racismo. Boletim Diário do Portal EcoDebate: 2010.

GIL A.C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007

GIL A.C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GRANADA, D., CARRENO, I., RAMOS N., RAMOS, MCP. Discutir saúde e imigração no contexto atual de intensa mobilidade humana. Revista Interface: Comunicação e Saúde. 2017

GUATTARI F, ROLNIK S. *Micropolítica: Cartografias do desejo* (4ªEd.). Petrópolis: Vozes; 1996.

HAITI. La Constitution de la République d’Haïti de 1987 amendée. Port-au-Prince. Seç. Le Corps Législatif 1987.

HAITI. Ministère de la Santé Publique et de la Population. Plan directeur de Santé 2012-2022. Port-au-Prince, 2013. Disponível em: https://mspp.gouv.ht/site/downloads/Plan_elimination_du_cholera_2012_2022.pdf Acesso em: 09 out. 2019.

HAITI. Ministère de Santé Publique et Population. Plan d’élimination du cholera en Haiti 2013-2022. Port-au-Prince, 2012. https://mspp.gouv.ht/site/downloads/Plan_elimination_du_cholera_2012_2022.pdf Acesso em: 16/06/2018.

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

HANDERSON, J. Diáspora: As dinâmicas da mobilidade haitiana no Brasil, no Suriname e na Guiana Francesa. Tese de Doutorado, Museu Nacional, UFRJ, 2015.

HURBON, L. O Deus da resistência negra: O Vodou Haitiano. São Paulo: Paulinas, 1987.

IMDH, 2014. Disponível em: <http://migrante.org.br> Acesso em: 05 mai. de 2019.

INSTITUT HAITIEN D’STATISTIQUE ET INFORMATIQUE. Analyse demographique. Port-au-Prince: IHSD, 2012.

IPPF. Déclaration des droits sexuels [Internet]. 2008 [citado 18 de janeiro de 2020]. Disponível em: [ippf_sexual_rights_declaration_french.pdf](http://ippf.org/ippf_sexual_rights_declaration_french.pdf)

JACQUES N, MENEGHEL SN, DANILEVICZ IM, SCHRAMM JMA, FERLA AA. Equidade na atenção à saúde de mulheres no Haiti. Rev Panam Salud Publica. 2017;41:e 34

KERSTING, AB. “Se eu ficar só pensando em voltar, eu não faço nada na minha vida”: uma etnografia das territorialidades e solidariedades na diáspora haitiana - Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Filosofia e Sociologia, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social. Porto Alegre, 2019.

KULLGREN, J. T. Restrictions on undocumented immigrants' access to health services: the public health implications of welfare reform. *American Journal of Public Health*, v.93, n.10, p.1630-1633. 2003.

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

LOWENTHAL, I. P. Ritual Performance and Religious Experience: A Service for the Gods in Southern Haiti. *Journal of Anthropological Research*, vol. 34, no 3, pp.392- 414, 1978.

MAIRESSE D. Cartografia: do método à arte de fazer pesquisa. In: Tania Mara Galli Fonseca & Patrícia Kirst (Orgs.), *Cartografias e devires – a construção do presente* (pp. 259-527). Porto Alegre: Ed UFRGS; 2003.

MARCONATTO M.; GOMES, AJC. Quem quer ser toussaint louverture? Banalização e silenciamento na produção de narrativas oficiais sobre a história haitiana. *Revista Brasileira do Caribe*. 2015, 16 (31), 125-169 ISSN: 1518-6784. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=159144624006> Acesso em 02/02/2020.

MARTIN D, G. A, SILVEIRA C. Imigração, refúgio e saúde: perspectivas de análise sociocultural. *Saude soc.* 2018. 27 (1): 26-36.

MEDECINS SANS FRONTIERES. Haïti: Dix ans après le séisme, les structures de santé sont au bord de l'effondrement. Disponível em: (<https://www.medicinssansfrontieres.ca/article/ha%C3%A9ti-dix-ans-apr%C3%A8s-le-s%C3%A9isme-les-structures-de-sant%C3%A9-sont-au-bord-de-l%E2%80%99effondrement>). Acesso em: 24/04/2020.

MENEGHEL S.N, FARINA O, RAMÃO S.R. Histórias de resistência de mulheres negras. *Revista Estudos Feministas*, 13(3), 567-583; 2005.

MENEGHEL S.N; FARINA O, SILVA L.B, WALTER, L et al. Histórias de dor, de morte e de vida. *Saúde e Sociedade*, 17(2), 220-228; 2008.

MENEGHEL S.N. Contadores de histórias – uma experiência de grupos de mulheres. *Athenea Digital* 14(4): 113-128; 2014.

MHAVE. Ministério dos Haitianos Residentes no Exterior. Disponível em: <http://www.mhave.gouv.ht/>. Acesso em 30/09/2018.

MINAYO, M. C. S. (Org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes. 2001. MOI-MEME PJ, ROSA DSR. O sistema de saúde do Haiti. In: Imigração haitiana: perfil, ambientação social e organizacional no oeste catarinense, política migratória e aspectos da história do Haiti. Unoesc; 2018. p. 91-109.

MOI-MEME, P.J, ROSA D.S.R. O sistema de saúde do Haiti. In: Imigração haitiana: perfil, ambientação social e organizacional no oeste catarinense, política migratória e aspectos da história do Haiti. Unoesc; 2018. p. 91-109.

MORAES R. Análise de conteúdo. Educação, Porto Alegre, v. 22, n.37, 1999.

MUNANGA, K. Nosso racismo é um crime perfeito. Forum, 2009. O anti-racismo no Brasil. In: MUNANGA Kabenguele (Org). Estratégias e Políticas de combate à discriminação racial. São Paulo, EDUSP, Estação Ciência. 1996.

NACIONES UNIDAS. Informe de la Conferência Internacional sobre la Población y el Desarrollo: el Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994. Nueva York: Naciones Unidas, 1995. Disponível em: <
http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/572_filename_finalreport_icpd_spa.pdf>
Acesso em: 20 mar. 2019.

ONU. Objetivos de desarrollo del Milenio. Informe 2006: Una mirada a la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer en América Latina y el Caribe. Santiago de Chile. 2007.

PATARRA, NL. Migrações internacionais de e para o Brasil contemporâneo: volumes, fluxos, significados e políticas. São Paulo em Perspectiva [Internet]. Setembro de 2005 ;19(3):23-33. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-88392005000300002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt Acesso em: 02/06/2019.

PAULA, L. Processos Migratórios: experiências de migrantes haitianos (as) na cidade de Porto Alegre – RS. 4º Encontro Anual da ANPOCS. ST 18 – Migrações Internacionais e Fronteiras: políticas, sociabilidades, territórios e reconfigurações identitárias, 2015.

PIMENTEL, M. A. M. A Pedagogia do oprimido: uma proposta pedagógica atual? Ou utopia do passado? A educação como prática da liberdade. **Scientia FAER, Olímpia-SP**, 2009, v. 1.

PORTO ALEGRE. SMS. CGVS. Boletim Epidemiológico nº 48 de outubro 2010. Edição Especial - População Negra. Boletim Epidemiológico. Nº44, ano XII, 8p. 2010.

PROSPERE, R. AS MOBILIZAÇÕES COMUNITÁRIAS LOCAIS COMO ALAVANCA DO REFLORESTAMENTO DO/NO HAITI: Uma proposta de educação ambiental. Tese de Doutorado, FURG, Rio Grande, 2015.

RIO GRANDE DO SUL. <https://estado.rs.gov.br/geografia> Acesso em: 02/02/2020.

ROBERT, A. Haïti est la preuve de l'échec de l'aide internationale. Disponível em: <http://www.letemps.ch/Page/Uuid/2a1b8ad0-0bb8-11e0-91f4> Acesso em: 01/03/2020.

SAINT VAL, K. Avaliação da saúde sexual e reprodutiva dos imigrantes haitianos no Sul do Brasil [Dissertação de mestrado]. Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, 2019. 105 p.

SANTANA, M. A.; DANCY, B. L. The stigma of being named “AIDS carriers” on Haitian-american women. Health Care for Woman International, v.21, n.3, p.161-171. 2000.

SANTIAGO, A. (Org.). Haiti por si: a reconquista da independência roubada. Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora, 2013.

SANTOS, F.V. dos. A inclusão dos migrantes internacionais nas políticas do sistema de saúde brasileiro: o caso dos haitianos no Amazonas. **Hist. cienc. saude- Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 477-494, June 2016. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702016000200477&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 Mai 2020. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702016000200008>.

SANTOS, R. E. do. Questões Urbanas e Racismo. Brasil, p. 134- 163, 2012.

SANTOS, F.V. dos. A inclusão dos migrantes internacionais nas políticas do sistema de saúde brasileiro: o caso dos haitianos no Amazonas. História, Ciências, Saúde Manguinhos [Internet]. 2016; Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010459702016000200477&lng=pt&tlng=pt Acesso em 11/02/2019

SCHMITZ, G.O. A migração e o desenvolvimento global: propostas para a organização do debate teórico e construção de uma agenda unificada de pesquisa. 2015.

SCHRAMM, J. M. A.; MENEGHEL, S. N.; KASTRUP, E.; FERLA, A. A.; CECCIM, R. B. Organizações Não Governamentais na Cooperação Internacional com o Haiti In: Imigração haitiana: perfil, ambientação social e organizacional no oeste catarinense, política migratória e aspectos da história do Haiti. Unoesc; 2018. 113- 128.

SEGUY, F. A catástrofe de janeiro de 2010, a “Internacional Comunitária” e a recolonização do Haiti. Tese de Doutorado, Unicamp, 2014.

SEGUY, F. Humanitarismo e questão racial no Haiti. **Lutas Sociais**, v. 19, n. 34, p. 143-157, 2015.

SEN, A. Population policy: authoritarianism versus cooperation. Nova Delhi: International Lecture Series on Population Issues, 1995.

SEYFERTH, G. Construindo a nação: hierarquias raciais e o papel do racismo na política de imigração e colonização. In: MAIO, M.C., and SANTOS, R.V., orgs. **Raça, ciência e sociedade [online]**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; CCBB, 1996, pp. 41-58.

TARTUCE, TJA. Métodos de Pesquisa. Fortaleza: UNICE - Ensino Superior, 2006. Apostila.

THIOLLENT M. *Metodologia da pesquisa-ação*. São Paulo: Cortez & Autores Associados, 1988.

THOMAZ OR. Eles são assim: racismo e o terremoto de 12 de janeiro de 2010 no Haiti. *Cadernos de Campo*, São Paulo, n. 20, p. 273-284, 2011.

UEBEL, R.R.G. Análise do perfil socioespacial das migrações internacionais para o Rio Grande do Sul no início do século XXI: redes, atores e cenários da imigração haitiana e senegalesa. 2015. 248 f. Programa de Pós-Graduação em Geografia. Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2015. (Dissertação de Mestrado). Disponível em: Acesso em: 17 jun. 2015.

VILLELA, W.; ARILHA, M. Sexualidade, Gênero e Direitos Sexuais e Reprodutivos. In: BERQUÓ, E. (Org.). *Sexo & Vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil*. Campinas-SP: Editora da Unicamp, 2003.

WERNECK, J. Racismo Institucional. Revista Saúde Sociedade. São Paulo, v.25, n.3, p.535-549, 2016.

APENDICE

Papye konsantman

Nap envite mesye/ madam/ madmwazèl.....patisipe nan yon rechèch nap fè ki rele “Sante Seksyèl e Repwodiktiv (SSR) popilasyon ayisyèn kap viv nan Porto Alegre”. Objektif li se chèche konnen kèk aspè nan SSR fanm ak gason ayisyen kap viv nan Porto Alegre. Nou panse ke patisipasyonw ap gen anpil enpòtans, paske dyalòg nou sou sijè sa kapab pèmèt nou kreye yon sistèm sante egal pou tout moun (fanm kou gason). Rechèch sa ap pèmèt ou pale de saw konnen sou SSR epwi tou de pwoblèm kew rankontre nan sant sante ak lopital yo, sa ka pèmèt nou edew jwenn solisyon pouw fè fas ak pwoblèm sa yo.

Pouw patisipe nan rechèch sa wap sèlman ba nou otorizasyon pou nou fè yon fòmasyon avèk kote nou pral palew de sijè nou sot diw yo. Nou vlew konnen tou kew li pa yon obligasyon pouw mete non ou nan papye ke wap gen pouw ranpli a, ke nou pap jijew pou saw di yo e pyès lòt moun pap gen dwa wè enfòmasyon sa yo. Se sèl moun kap fè rechèch la kap gen dwa li repons ou yo. Nou vle fèw konnen tou ke moun ki pral pozew kesyon yo se yon pwofesyonèl sante kap kapab baw oryantasyon siw ta gen kèk dout.

Patisipasyonw nan rechèch sa pa yon obligasyon, menm si ou ta aksepte patisipe nan fòmasyon yo, ou gen dwa chwazi pa fin patisipe nan rechèch la e sa pap gen pyès konsekans sou ou nan peyi a. E siw aksepte patisipe tou ou pap resevwa pyès lajan pou sa.

Pandan fòmasyon yo, nap pote atansyon ak tout sa wap genyen pouw di e nap fè atansyon poun pa jijew. Lèw pataje eksperyans ou avèk nou, sa pap deranjew nan anyen, sa ap sèlman pèmèt nou konprann e edew jwenn solisyon ak pwoblèm oubyen dout ou yo. Si ou konprann tout sa nou diw yo e ou dakò patisipe nan rechèch sa, nap mande w pouw siyen papye sa.....

Mèsi pou patisipasyonw!!

Local _____ Data _____