

Universidade Federal de Mato Grosso
Instituto de Saúde Coletiva
Departamento de Saúde Coletiva

**Utilização de serviços de saúde por imigrantes haitianos na
grande Cuiabá, Mato Grosso**

Jennifer Francielli de Sousa Alves

Trabalho de Conclusão do Curso de Saúde Coletiva apresentado como requisito parcial para a obtenção do título de bacharel em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso.
Orientadora: Prof.^a Dra. Ana Paula Muraro.

Cuiabá-MT

2016

Utilização de serviços de saúde por imigrantes haitianos na grande Cuiabá, Mato Grosso

Jenniffer Francielli de Sousa Alves

Trabalho de Conclusão do Curso de Saúde Coletiva apresentado como requisito parcial para a obtenção do título de bacharel em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso.

Orientadora: Prof.^a Dra. Ana Paula Muraro

Cuiabá-MT

2016

AGRADECIMENTOS

Primeiramente gostaria de agradecer a Deus, pois sem Ele não seria possível chegar até aqui.

À minha querida orientadora, professora Dr^a Ana Paula Muraro, pelas inúmeras orientações, por toda a sua paciência, atenção, compreensão e respeito, que foram de suma importância para a realização deste trabalho. Você me mostrou com toda a sua serenidade que posso ir muito além.

À todo o corpo docente do projeto de “Estudo da migração haitiana para Mato Grosso: etno-história, perfil socioeconômico, condições de saúde, trabalho e acesso ao SUS”, pois foi através deste que surgiu o interesse em trabalhar essa temática e foi campo de ricas experiências tanto acadêmicas quanto pessoais.

Ao Centro de Pastoral de Migrantes de Cuiabá por toda a acolhida e pela confiança em nosso trabalho.

Às docentes das disciplinas de Trabalho de Conclusão de Curso (I, II e III), Marta de Lima, Marina Atanaka e Alane Andréa por toda a atenção e orientação, contribuindo para o aperfeiçoamento deste trabalho.

À minha família, em especial aos meus pais Zilda Porto de Sousa e Josuel José Alves e aos meus avós, que sempre me incentivaram a estudar e que nunca deixaram de confiar no meu potencial.

Ao meu amado esposo Juverson Junior da Silva Moraes, por todo o seu carinho, companheirismo e por compreender as minhas inúmeras ausências durante o processo de construção deste trabalho.

Muito obrigada!

EPIGRAFE

“Bem-aventurados os caminantes de todos os caminhos, porque com lágrimas, suor e trabalho de suas mãos, preparam um amanhã recriado pela justiça e o direito. Bem-aventurados os que abrem a porta aos peregrinos, fazendo da solidariedade o passaporte da Pátria universal, porque estão construindo uma nova cidadania”

(Gonçalves, A., Bem Aventuranças do migrante).

RESUMO

ALVES, JFS. **Utilização de serviços de saúde por imigrantes haitianos na grande Cuiabá, Mato Grosso**. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso [Graduação em Saúde Coletiva] – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2016.

O fenômeno da imigração evidenciou a fragilidade da estrutura e o despreparo do país na atenção à saúde do imigrante e também a carência de políticas públicas voltadas a esta população. Por ser um fenômeno recente, ainda são poucos os estudos que avaliam a situação de saúde deste grupo populacional. Portanto, destaca-se a necessidade da análise do perfil de utilização dos serviços de saúde que, por sua vez, contribuirá para o planejamento de ações voltadas as necessidades de saúde de forma resolutiva, respeitando as singularidades deste povo. Este estudo tem como objetivo analisar a utilização de serviços de saúde por imigrantes haitianos residentes na Grande Cuiabá, Mato Grosso. Desenvolveu-se um estudo exploratório, de delineamento transversal com uma amostra probabilística de 452 imigrantes haitianos residentes na Grande Cuiabá. Os haitianos responderam a um questionário com informações sociodemográficas, condições de saúde e utilização de serviços de saúde. Para o seguinte trabalho, as seguintes variáveis foram analisadas: idade (avaliada em anos completos e classificadas em faixas etárias); renda individual (em reais, referente ao último mês); escolaridade (em anos completos com aprovação); idiomas que fala/compreende; há quanto tempo reside no Brasil; se já precisou utilizar algum serviço de saúde (sim/não); e quais os tipos de serviços e sua natureza (público/privado). A coleta de dados ocorreu entre dezembro de 2014 e fevereiro de 2015 e foi aprovada pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário Júlio Muller da UFMT. O software SPSS foi utilizado para a análise dos dados. Foram entrevistados 452 haitianos (82,5% do sexo masculino). Aproximadamente metade dos entrevistados tinham entre um e dois salários mínimos (46,0%) e uma importante proporção relataram não ter obtido nenhuma renda (30,1%). Foi maior a proporção de mulheres que relataram ter utilizado algum serviço de saúde no Brasil quando comparados aos homens (65,8% vs 41,3, $p < 0,01$). Além disso, foi maior a prevalência de utilização de serviço de saúde entre aqueles com maior renda, com melhor entendimento do português, que dominavam Crioulo haitiano e outros dois ou mais idiomas e com maior tempo no Brasil ($p < 0,05$ para todas as variáveis). Em relação aos tipos de serviços e a sua natureza, 18,6% utilizaram serviço de atendimento de emergência público; 21,5% utilizaram serviços de Unidade Básica de Saúde (UBS) pública; apenas 1,2% disse ter utilizado atendimento de emergência privada. Notou-se que há desigualdades entre gêneros quanto a utilização dos serviços de saúde, sendo maior a procura entre as mulheres. Desta forma, destaca-se a necessidade de ações voltadas para o sexo masculino ressaltando a importância da prevenção de doenças e agravos. É importante ressaltar que o domínio do idioma está diretamente associado ao tempo de residência no país de acolhida, sendo verificado neste estudo que o domínio do português não se manteve associado à utilização dos serviços de saúde, após ajuste para o tempo de residência no Brasil. Destaca-se ainda, a necessidade de empoderamento dos imigrantes sobre os seus direitos e também sobre como está organizada a rede de serviços de saúde no Brasil. Além disso, ações de educação permanente para os profissionais de saúde sobre o cuidado em saúde em relação ao imigrante e desenvolver outras formas de comunicação além da linguagem verbal pode auxiliar no melhor acesso desse grupo populacional aos serviços de saúde.

Palavras-chaves: Migração Internacional, Haiti, Uso de Serviços de Saúde.

ABSTRACT

ALVES, JFS. **Use of health services by Haitian immigrants in large Cuiabá, Mato Grosso.** 2016. Work of Completion of course [Graduating in Public Health] -Institute of Public Health, Federal University of Mato Grosso, Cuiabá-Brazil, 2016. Portuguese.

The immigration phenomenon has highlighted the fragility of the structure and the country's lack of preparation in health care for immigrants and also the lack of public policies for this population. There are few studies that evaluate the health status of this population group, as has been a recent phenomenon. Therefore, there is the need for the profile analysis of the health services use which, in turn, would contribute to the planning of actions the health needs efficiently, respecting the uniqueness of this people. This study aims to analyze the use of health services by resident Haitian immigrants in Cuiabá, Mato Grosso, Brazil. A cross-sectional exploratory study was developed, with a probabilistic sample of 452 Haitian immigrants residents in Cuiaba and Várzea Grande. Haitians answered a questionnaire with demographic, health and use of health services information. The following variables were analyzed: age (measured in years and classified into age groups); individual income (in reais, for the last month); education (in years); languages you speak/understand; How long lived in Brazil; If you ever needed to use any health service (yes/no); and what types of services and their nature (public/private). Data collection took place between December 2014 and February 2015 and was approved by the University Hospital of the Ethics Committee Julius Muller UFMT. The SPSS software was used for data analysis. Four hundred fifty-two Haitians was interviewed (82.5% male). Approximately half of the respondents earned between one and two minimum wages (46.0%) and a significant proportion reported having not got no income (30.1%). The highest percentage of women who reported having used some health service in Brazil when compared to men (65.8% vs 41.3, $p < 0.01$). In addition, there was a greater prevalence of use of health services among those with higher income, with better understanding of the Portuguese, who dominated Haitian Creole and two or more languages and living more time in Brazil ($p < 0.05$ for all variables). Regarding the types of services and their nature, 18.6% used public emergency care service; 21.5% used Basic Unit of Health Services (UBS) Public; only 1.2% said they had used private emergency care. It was noted that there are inequalities between genders regarding the use of health services, higher demand among women. Thus, there is a need for actions aimed at male emphasizing the importance of prevention of diseases and disorders. Some theorists suggest that individuals with better understanding of Portuguese, most use the health services, however, we must consider that the language domain is directly associated with the residence time in the host country, was found in this study that the Portuguese domain It was not associated with the use of health services, after adjusting for the residence time in Brazil. Thus, there is the need for empowerment of migrants on their rights and also on how it is organized health services network in Brazil. Furthermore, continuing education activities for health professionals on health care in relation to immigrant and develop other forms of communication beyond verbal language can assist in better access of this population group to health services.

Descriptors: International Immigration, Haiti, Use Health of Services.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	9
2.1 CARACTERÍSTICAS DO HAITI	9
2.2 IMIGRAÇÃO HAITIANA PARA O BRASIL.....	10
2.2.1 Migração haitiana para Mato Grosso.....	13
2.3 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)	14
2.4 ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE	16
2.5 UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	17
3 OBJETIVOS	20
3.1 OBJETIVO GERAL	20
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	20
4 METODOLOGIA.....	21
4.1 TIPO DE ESTUDO	21
4.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO.....	21
4.2.2. Critério de inclusão e exclusão	21
4.3 COLETA DE DADOS	22
4.4 TABULAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS	23
4.5 ASPECTOS ÉTICOS E SUPORTE FINANCEIRO	23
5 RESULTADOS	24
6 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	39
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41
APÊNDICE A: QUESTIONÁRIO.....	46
APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	57
ANEXO A: APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA.....	58

1 INTRODUÇÃO

Localizado em uma das regiões mais bonitas naturalmente do planeta, Mar do Caribe, com cerca de 9 milhões de pessoas, o Haiti é um dos países mais pobres das Américas e Caribe. A maior parte da população haitiana vive em situação de pobreza e, em 2014, apresentava um dos mais baixos IDH do mundo, de acordo com dados da ONU, ocupando a 168ª posição (UNDP, 2014)

A situação social no Haiti vem, desde muito, se deteriorando e apresenta-se como uma das maiores catástrofes humanitárias das Américas. Se não bastasse a crise política que o país vive há mais de 20 anos, situações de extrema gravidade como intempéries climáticas e, em 2010, um terremoto que matou em torno de 48.000 pessoas, têm contribuído para a deteriorização do tecido social. Neste quadro, a busca de saídas inclui, naturalmente, a emigração (PATARRA, 2011).

Em busca de melhores condições de vida, o Brasil foi um dos países escolhidos pelos imigrantes haitianos a partir de 2010 (COTINGUIBA e PIMENTEL, 2014). Muitos destes se estabeleceram na capital do estado de Mato Grosso que, por sua vez, foi selecionada como uma das sub-sedes da Copa do Mundo em 2014 e, portanto, aumentou-se a oferta de trabalho no setor da construção civil.

Este fenômeno da imigração evidenciou a fragilidade da estrutura e o despreparo do país na atenção à saúde do imigrante e também a carência de políticas públicas de saúde voltadas a esta população. Os imigrantes comumente migram em idades economicamente ativas e com boa situação de saúde para o trabalho, podendo ser considerado benéfico para os países receptores, pois o estado tem maiores despesas com crianças e idosos (CAVALCANTI, 2015). Portanto, a saúde não é percebida como prioridade, sendo observado que “as situações de imigração colocam o problema do imigrante e de suas condições de saúde como uma questão não exclusivamente nacional” (BARATA et al., 2014), o que, conseqüentemente, reflete em desigualdades no acesso à saúde.

Entre as barreiras ao acesso aos serviços de saúde, cabe destacar a dificuldade com a linguagem, AGUIAR (2013) verificou que uma das maiores dificuldades encontradas durante o atendimento de imigrantes Bolivianos no Bairro Bom Retiro, São Paulo, estava na linguagem e no encontro cultural de diversos grupos existentes nesta região. O boliviano, segundo a autora, tem grande dificuldade no que se refere a linguagem, o que interfere no não entendimento das

prescrições médicas e também dificuldades em expressar quais são os problemas que o levaram a buscar atendimento médico. Aguiar (2013) aponta ainda as dificuldades vividas por imigrantes coreanos, tanto no que se refere a linguagem, como também suas diferentes concepções do que é saúde e sobre os modelos de intervenção. Todas essas barreiras e choques culturais, podem afastar os imigrantes dos serviços de saúde, levando-os a optarem por cuidados alternativos, construindo assim redes de proteção entre eles.

Com base na revisão da literatura, verificou-se poucas produções científicas sobre utilização dos serviços de saúde entre imigrantes no Brasil, principalmente em relação aos haitianos, que apresentou recentemente grande fluxo migratório para o país. Portanto, destaca-se a necessidade de tal investigação, que contribuirá para o planejamento de ações voltadas as necessidades de saúde dos imigrantes haitianos de forma resolutiva, respeitando as singularidades deste povo. Neste sentido, o objetivo deste trabalho foi analisar a utilização de serviços de saúde por imigrantes haitianos na Grande Cuiabá, do estado de Mato Grosso.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 CARACTERÍSTICAS DO HAITI

O Haiti ocupa o terço oeste da Ilha Hispaniola, segunda maior do Caribe. Administrativamente seu país é dividido em 10 departamentos, 41 distritos, 135 comunas (municípios) e 565 seções comunais (MSPP/HAITI, 2005).

Em relação a sua área demográfica, o Haiti possui uma extensão de 37.750 km², tendo uma população estimada, para o ano de 2013, de 10.317 milhões (WHO, 2015) e apresentando uma dinâmica populacional caracterizada por uma crescente urbanização e emigração para países próximos (BORDIN e MISOCZKY, 2015).

Depois de uma diminuição de 5,5% do PIB em 2010, devido ao terremoto, o Haiti experimentou no período de 2011-2015 a taxa de crescimento real médio de 3,4% e um crescimento per capita do PIB de 2,0% , impulsionado em parte por elevados níveis de ajuda à reconstrução e as remessas. Em 2016 a inflação acelerou para 14,4% no fim de fevereiro, impulsionada principalmente pelos preços de alimentos locais, elevados pelas secas consecutivas em diversas partes do país (THE WORLD BANK, 2016).

Ainda sobre a economia, estima-se que a pobreza extrema caiu de 31 para 24% na última década, especialmente em áreas urbanas, principalmente em Porto Príncipe. No entanto, a sustentabilidade, a segmentação e cobertura permanecem desafios significativos. Apenas 8% da população do Haiti foi beneficiado por programas sociais em 2012, como bolsas de estudo, ajuda alimentar e outros programas de transferência de renda (THE WORLD BANK, 2016).

Neste contexto de pobreza e crescente urbanização, cabe destacar o perfil epidemiológico da população. Segundo os dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) a expectativa ao nascer estimada em 2012 era de 62 anos, apresentando um aumento de 6 anos entre 2000 e 2010. As cinco principais causas de morte em 2012 foram Acidente Vascular Encefálico (12,0%), Infecções respiratórias inferiores (8,6%), HIV/AIDS (8,3%), Doença Isquêmica do Coração (6,3%) e Doença Diarreica (5,1%) (WHO, 2015). A elevada frequência de doenças infectocontagiosas, em parte é explicada pela baixa cobertura de água tratada no Haiti, sendo estimado que aproximadamente 60% da população têm acesso à água tratada para consumo humano (WHO, 2015). A OMS estimou ainda que, em 2007, aproximadamente 35%

utilizaram os serviços de métodos contraceptivo, a cobertura de pelo menos 4 consultas pré-natal foi de 67%, apenas 37% dos nascimentos foi realizado por profissional de saúde especializado e a cobertura de imunização contra sarampo foi de 65% (WHO, 2015).

Em relação ao sistema nacional de saúde do Haiti, é estabelecido nos Artigos 19 e 23 da Constituição da República que “O Estado tem a obrigação de garantir o direito a saúde e a obrigação de fornecer a todos os cidadãos, em todo o território nacional, os meios adequados à manutenção, proteção e recuperação da saúde”. Este sistema é composto pelo setor público, setor privado com fins lucrativos, setor misto sem fins lucrativos, setor privado sem fins lucrativos e o sistema de saúde tradicional. O setor público é constituído pelo Ministério de Saúde Pública e População e o Ministério das Relações Sociais; o setor privado com fins lucrativos inclui todos os profissionais da saúde, trabalhando por conta própria ou em clínicas; o setor misto sem fins lucrativos é composto pelo Ministério de saúde pública e população que trabalham em instalações administradas pelo setor privado, por ONGs ou por organizações religiosas. O setor público compreende cerca de 35,7% de infraestrutura da saúde, o setor misto com fins lucrativos 31,8% e o setor privado 32,5% (BORDIN e MISOCZKY, 2015).

O Ministério da Saúde Pública e da População baseia-se na estratégia de cuidados primários para atender as necessidades de saúde da população. O cuidado é entregue através de um pacote básico de serviços, incluindo procedimentos específicos para crianças, adolescentes e saúde da mulher; emergência médica e cuidados cirúrgicos; controle de doenças transmissíveis; educação em saúde; saúde ambiental; e fornecimento de água potável e medicamentos essenciais (OPAS, 2007).

Estes serviços de saúde dispostos no sistema de saúde haitiano atinge 60% da população, sendo que 40% aderem a práticas tradicionais de atenção à saúde (BORDIN e MISOCZKY, 2015).

2.2 IMIGRAÇÃO HAITIANA PARA O BRASIL

Inicialmente, é importante a distinção do conceito de imigração, emigração e migração de retorno. O Observatório das migrações internacionais define imigração como “ movimento de entrada de pessoas ou de grupos humanos de uma região ou país com o intuito de permanecer definitivamente ou por longo período de tempo”, emigração como “o movimento

de saída de pessoas ou grupos humanos de uma região ou de um país com o intuito de permanecer definitivamente ou por longo período de tempo”, e migração de retorno como “a pessoa que deixa o seu Estado de origem, reside algum tempo em outro Estado e regressa” (OBMIGRA, 2016).

Segundo PATARRA (2011), a história da imigração no Brasil iniciou-se com os portugueses no contexto da colonização, visando a apropriação militar e econômica da terra e a implantação da grande lavoura de exportação, a qual deu origem ao tráfico de escravos africanos, movimento migratório forçado que perdurou por três séculos (até 1850) e introduziu na colônia cerca de 4 milhões de cativos. Esse movimento cunhou a sociedade escravocrata que marca a sociedade brasileira deixando profundos e importantes traços em sua cultura posterior à Abolição, em 1888. Nos quase 130 anos que separam este momento da década atual, o país passou de receptor de mão de obra para país de emigração. Em 2012 o Brasil transformou-se também em país de destino de grande número de imigrantes de países limítrofes como e também de países do Hemisfério Norte.

A expressiva imigração haitiana para o Brasil não deve ser restringida apenas ao fato da catástrofe do terremoto, mas também a instabilidade política vivenciada no país há muitas décadas, sendo assim, estima-se que 10% da população tenha migrado para outros países (THE WORLD BANK, 2011; COTINGUIBA e PIMENTEL, 2014) e esteja presente em diversos países como os Estados Unidos, República Dominicana, Canadá, Cuba e Venezuela. A vinda desses imigrantes para o Brasil não se trata de uma preferência pelo país mas, principalmente pelo fato de que no ano de 2012, o Conselho Nacional de Imigração do Brasil, eliminou o limite de mil e duzentos vistos permanentes anuais, por razões humanitárias, que poderiam ser concedidos a cidadãos haitianos e também devido a medidas restritivas dos outros países no que se refere a entrada de estrangeiros (ASSIS, 2012; COTINGUIBA e PIMENTEL, 2014; ITAMARATY, 2016).

Sendo assim, o Brasil passou a receber um número considerável de imigrantes haitianos em busca de melhores condições de vida e trabalho e que, aparentemente, possuem como maior objetivo o envio de dinheiro para a manutenção de seus familiares, além de conquistar para si próprios melhores condições financeiras (PILIPPIM & ZENI, 2014).

Entretanto, vale ressaltar que a entrada desses imigrantes pela fronteira amazônica “pegou a todos de surpresa”, tanto o governo quanto a sociedade civil brasileira. O primeiro desafio foi, então, definir um estatuto jurídico, já que ao chegarem àquelas fronteiras sem o visto de entrada, seja no Amazonas, seja no Acre, no ano de 2010 eles solicitaram ao Brasil a

condição de “refugiados”. A estratégia adotada pelo governo foi conceder-lhes um visto humanitário, tendo em vista a situação dramática do Haiti pós terremoto (SILVA, 2014).

Dessa maneira, o Conselho Nacional de Imigração (CNIg) concedeu o visto humanitário de residência aos haitianos, válido por cinco anos, permitindo o trabalho e o estudo no país (Resolução nº 97/2012 da CNIg). Conforme a Resolução da CNIg, não apenas quem solicitar o visto será beneficiado, mas também cônjuges e parentes, pois a unidade familiar é princípio-dever aplicado pelo Brasil aos imigrantes. Além dessas medidas, o Conare (Comitê Nacional para os Refugiados) autorgou um protocolo que lhes permite obter o cadastro de Pessoa Física – CPF e a carteira de trabalho e previdência social - CTPS (MORAES; ANDRADE; MATTOS, 2013). Para a sociedade civil, o grande desafio foi prover acolhimento a esses imigrantes sem as condições estruturais e econômicas para fazê-los de forma digna (SILVA, 2014).

Em relação a rota percorrida para chegar até o Brasil, SILVA (2014) afirma que a entrada desses imigrantes pelas fronteiras amazônicas não constitui uma opção a mais em sua rota, mas sim reflete a dificuldade e a demora para se obter o visto na embaixada brasileira de Porto Príncipe. Segundo FARIA (2012), a trajetória mais comum é partir por via aérea de Porto Príncipe (Haiti), fazendo escalas em São Domingo (República Dominicana) e Cidade do Panamá (Panamá). Do Panamá, alguns seguem para Quito (Equador) e outros para o Lima (Peru). Importante ressaltar que esses países não exigiam visto, sendo assim, os haitianos não encontraram dificuldade no que se refere a entrada. Saindo de Quito ou Lima, o trajeto é por meio terrestre ou pluvial, chegando ao Brasil em diferentes pontos, os mais comuns são Tabatinga (AM), Assis (AC) e Brasília (AC). Há também aqueles que entram no Brasil através da fronteira com a Bolívia, entrando nos municípios de Epitaciolândia (AC) e Corumbá (MS), sendo estimado que a maioria que percorre esta rota vem do Chile (FARIA, 2012).

A vinda dos haitianos para o Brasil, muitas vezes ocorre por meio de coitotes, que inicia-se com o discurso de que o Brasil é um país que não foi atingido pela crise econômica e com grande necessidade de mão de obra, com promessas de salário de até R\$ 4.000. Os custos com os serviços de coitotes tem um custo que pode variar de U\$ 1.000 a U\$ 4.500.00 aproximadamente. Os recursos, em sua maioria, são adquiridos por meio de empréstimos, sendo assim, é comum casos de endividamento após a imigração (FARIA, 2012).

Segundo a Agência da ONU para Refugiados (ACNUR), dados da Polícia Federal indicam que 39 mil imigrantes haitianos entraram no Brasil de 2010 a 2014 (UNHCR, 2014). Segundo os dados da Relação Anual de Relações Sociais (RAIS) do Ministério do Trabalho,

nos anos de 2011 e 2013, o número de imigrantes no mercado de trabalho formal cresceu 50,9% e os trabalhadores haitianos passaram a ser a principal nacionalidade no mercado de trabalho formal em 2013, superando os portugueses. Assim, a sua população cresceu, aproximadamente, dezoito vezes, passando de pouco mais 814 imigrantes em 2011, para 14.579 empregados no mercado de trabalho formal em 2013 (CAVALCANTI, 2014). Em 2014, os trabalhadores haitianos se consolidaram como a principal nacionalidade no mercado de trabalho formal, resultado de 17.577 admissões contra 6.790 desligamentos (CAVALCANTI et al., 2015). Estima-se que este número é muito maior tendo em vista que muitos imigrantes trabalham em situações informais ou estão desempregados, possuindo assim uma presença significativa no nosso país.

2.2.1 Migração haitiana para Mato Grosso

Apesar de o fluxo de imigrantes haitianos começar e intensificar a partir de 2010, foi a partir de 2012 que o estado de Mato Grosso passou a receber esse grupo populacional. Entre os fatores que podem ter influenciado a escolha do estado como destino, é o fato de sua economia estar em intensiva expansão e ao megaevento da Copa do Mundo de 2014 que aumentou os fluxos financeiros e gerou altas demandas de trabalhadores. No acolhimento desses imigrantes na capital do estado, destaca-se o papel do Centro de Pastoral para Migrantes (CPM) da Arquidiocese de Cuiabá, entidade da família religiosa dos Scalabrinianos, voltada para os interesses de imigrantes e refugiados (ROSSI et al., 2014).

Segundo os dados da Relatório Anual de Relações Sociais (RAIS) do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) de 2013, haviam 1.125 registros de trabalhadores haitianos no mercado formal de trabalho em Mato Grosso, distribuídos em 19 cidades do estado. Os dois principais setores da economia com registro de trabalhadores haitianos foram o da indústria da transformação (principalmente o grupo de abate e fabricação de produtos de carne) e o setor da construção civil, principalmente o grupo de construção de edifícios (MURARO et al., 2016).

Com o fim do evento da Copa do Mundo, houve uma drástica redução de empregos no setor da construção civil que, conseqüentemente, pode ter contribuído na alteração do fluxo de migração para o estado, como também, a emigração de retorno ao Haiti ou para outros países.

Para melhor compreender tal fluxo e dinâmica migratória, ainda são necessários estudos na área.

2.3 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

O Sistema Único de Saúde (SUS) é resultante da reforma sanitária brasileira, a qual lutava por uma “atenção à saúde abrangente, democrática e igualitária, tendo como principais atores sociais os intelectuais, as lideranças políticas, os profissionais da saúde, os movimentos estudantis universitários, os movimentos sindicais, entre outros, o que culminou com o esgotamento do modelo médico assistencial privatista vigente” (MEDEIROS JÚNIOR e RONCALLI, 2004).

Durante a 8ª Conferência Nacional de saúde, no ano de 1986, surgiram reivindicações tais como a ampliação do conceito de saúde, a necessidade da criação de um Sistema de Saúde universal, que atendesse a toda a população brasileira e não apenas a aqueles que tivessem vínculos empregatícios, atendendo assim a população de forma integral e equânime. O relatório final desta conferência atribuiu maiores responsabilidades ao Estado no que se refere no seu dever em assegurar o direito à saúde e serviu de subsídio para a elaboração de uma nova Constituição de Saúde do Brasil (BRASIL, 1988).

Sendo assim, foi criada em 1988 a nova Constituição Federal Brasileira (CF 88), que definiu em seu artigo 196 que “a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doença e de outros agravos e possibilitando o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Em 1990 foi criada a lei 8.080, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, a qual “dispõe acerca das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes” (BRASIL, 1990). Esta lei definiu princípios, como a universalidade, que é entendida como um bem comum a todos; A equidade, reconhecendo que algumas pessoas possuem necessidades diferentes de outras, diminuindo as disparidades entre a população; e, por fim, a Integralidade, que é compreender o indivíduo em sua totalidade, levando em consideração aspectos sociais, econômicos, culturais e biológicos.

Os serviços de saúde no SUS são organizados em regiões de saúde e hierarquia. As regiões de saúde compreenderá ações e serviços da atenção primária, tal como a Estratégia de Saúde da Família; Urgência e Emergência, como as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e Pronto Socorros (PS); Atenção psicossocial, como por exemplo os serviços ofertados pelo Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); Atenção ambulatorial especializada e hospitalar, como consultas com médicos especialistas; e Vigilância em saúde, a qual compreenderá serviços da vigilância sanitária, epidemiológica, ambiental, entre outros. Já a Hierarquia irá dispor sobre “o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada de acordo com a complexidade do serviço” (BRASIL, 2011).

O estado de Mato Grosso possui 16 regiões de saúde, a qual destaca-se região da Baixada Cuiabana, concentrando-se 30,0% da população do estado e detendo a maior densidade demográfica. Os serviços de atenção básica são providos pelo setor público, em todo o estado. Em 2010, a cobertura de ESF era de 42,6% na Baixada Cuiabana, enquanto que no estado era de 65,1%. Das 16 regiões de saúde, a Baixada Cuiabana possui o menor percentual de serviços públicos. Em relação aos serviços de Apoio Diagnóstico e Terapia, o SUS concentra 4,4% da oferta existente no estado e a Baixada Cuiabana apresenta apenas 12%. Sobre a assistência hospitalar na Baixada, 41,8% eram leitos hospitalares SUS (SCATENA et al., 2014).

O município de Cuiabá apresentava em 2013, uma rede pública de serviços composta por um total de 96 unidades de atenção primária em saúde, 32 serviços de atenção especializada, urgência e apoio diagnóstico/ terapêutico, 01 Pronto Socorro Municipal e 02 hospitais, além dos serviços complementares da rede privada de saúde do município. Nas regionais Sul e Norte concentravam-se 54,2% das unidades básicas de saúde. Estudo da capacidade instalada desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá, na rede de atenção, em 2013, apontou que 7,6% da população residente no município encontravam-se descoberta de serviços de atenção primária em saúde. A cobertura da população com a Estratégia Saúde da Família era de apenas 45,0 % (SMS CUIABÁ, 2013).

2.4 ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE

ANDERSEN (1995) define acesso como “um dos elementos dos sistemas de saúde, dentre aqueles ligados à organização dos serviços, que se refere à entrada no serviço de saúde e à continuidade do tratamento”.

Têm-se no acesso, a primeira fase a ser superada pelo usuário, na busca de atendimento para resolução de seus problemas de saúde o que envolve diversas questões, tais como disponibilidade ou não do serviço na rede, a distância da área de residência do usuário, e quais práticas estão sendo ofertadas para o atendimento dos usuários; quais são os recursos disponíveis, qual a capacitação técnica dos profissionais que atuam na unidade de saúde e de que forma têm se responsabilizado pelos problemas da população, a quem e como devem prestar serviço (ASSIS e JESUS, 2012).

No SUS esse acesso se dá primeiramente nas portas de entradas dos serviços de saúde, tais como a atenção primária, serviços de urgência e emergência, de atenção psicossocial e especiais e de acesso aberto (BRASIL, 2011). Sendo a saúde um direito de todos, qualquer cidadão residente no Brasil tem direito aos serviços ofertados pelo SUS. Portanto, as condições migratórias não podem ser fatores impeditivos para o acesso à saúde, que é considerada um direito universal (MARQUES, AFONSO e SILVEIRA, 2014). Segundo SANTANA et al. (2014), embora o Brasil seja conhecido por ser um país acolhedor, os migrantes e refugiados sentem muita dificuldade para se integrar a sociedade brasileira e acessar aos serviços de saúde. PINHEIRO e MATTOS (2005), destacam que o cuidado em saúde deve se dar de forma interativa, incluindo o relacionamento entre o profissional de saúde e o migrante que busca acesso ao serviço, acolhendo-o e escutando-o, respeitando seu sofrimento e sua história de vida. Quando se é prestado um cuidado adequado, o impacto da doença pode ser diminuído. Já o contrário ocorrerá, caso este migrante não seja atendido de forma integral, podendo agravar o seu adoecimento e aumentar o isolamento social.

Algumas barreiras dificultam o acesso a saúde, podendo estar relacionadas ao paciente, como dificuldades com o idioma, variantes culturais nas atitudes relacionadas à saúde, interação cultural e desconhecimento dos direitos e dos serviços disponíveis. Podem estar também relacionadas ao profissional de saúde, seja pelas barreiras da comunicação, da interação cultural, desconhecimento sobre políticas de saúde e organização de serviços para migrantes e discriminação e preconceito. Por fim, as barreiras impostas pela Sistema de Saúde, como as

políticas públicas para migrantes e refugiados, a organização de serviços de saúde para migrantes e refugiados, custos dos serviços de saúde. (SANTANA et al., 2014)

Frequentemente os imigrantes se deslocam geograficamente em idades economicamente ativa, pressupondo-se que migram em estado saudável. Porém, as populações de imigrantes, refugiados e minorias étnicas são mais vulneráveis a certos problemas de saúde que a maioria da população por estarem expostos a muitas situações de riscos relacionadas à pobreza, discriminação e exclusão social (WHO, 2010; INGLEBY, 2012). Essas desigualdades sociais, econômicas e de acesso a bens e serviços, incluindo os serviços de saúde, podem resultar em iniquidades, ou seja, “desigualdades de saúde entre grupos populacionais que além de sistemáticas e relevantes são também evitáveis e desnecessárias”.

2.5 UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

TRAVASSOS e MARTINS (2004) define utilização de serviços de saúde como “o centro do funcionamento dos sistemas de saúde”, esclarecendo que “este processo é resultante da interação do comportamento do indivíduo que procura cuidados e do profissional que o conduz dentro do sistema de saúde”. O conhecimento do padrão de utilização desses serviços se torna essencial, para que as respostas a essas demandas reflitam decisões equânimes e efetivas em relação aos custos, uma vez que esse padrão oferece insumos durante o processo de alocação e geração de recursos (SAWYER et al., 2002).

Por ser considerada como o centro do funcionamento dos sistemas de saúde, é muito importante a avaliação do perfil de utilização de serviços pela população, contribuindo assim para o melhor planejamento de ações e serviços de acordo as necessidades em saúde.

Segundo ANDERSEN (1995), a utilização poderá ser influenciada por fatores individuais, os quais ele define como:

[...] 1) fatores predisponentes: fatores que antecedem o problema de saúde do indivíduo, afetando a predisposição dos mesmos a utilizarem os serviços de saúde; 2) fatores capacitantes: meios disponíveis às pessoas a obterem cuidados de saúde; e 3) necessidades em saúde: condições de saúde percebida pelo indivíduo ou por profissional de saúde.

GOMES et al. (2013) afirmam que o uso de serviços de saúde vem aumentando no país, mas permanecem as desigualdades geográficas e sociais, especialmente entre os grupos minoritários, principalmente quando relacionada a raça/cor, estando fortemente ligada a questões de baixa renda e menores níveis de escolaridade.

A Lei 8.080 em seu artigo 3º, pressupõe que a saúde tem entre os fatores determinantes e condicionantes, “a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” (BRASIL, 1990). Os imigrantes, comumente enfrentem problemas como precarização do trabalho, oferecendo-lhe riscos ocupacionais, além da baixa remuneração, falta de moradia, dificuldades em relacionar-se, devido as diferenças culturais e linguísticas, má qualidade de alimentação, dificuldade para acessar e utilizar os serviços de saúde, entre outros, o que podem ser fatores determinantes para algumas morbidades (MELO e CAMPINAS, 2010).

O Brasil ainda não possui uma política na área de saúde voltada para os estrangeiros, entretanto, cabe destacar a iniciativa da cidade de São Paulo para a criação de uma Política de Saúde do Imigrante. Tal iniciativa surgiu após a 1ª Conferência Municipal de Políticas para Imigrantes, realizada de 29 de novembro a 1º de dezembro de 2013, em São Paulo. Durante a conferência foram definidas algumas prioridades demandadas por comunidades e movimentos sociais de imigrantes da cidade, sendo a saúde um dos problemas elencados. Formou-se então, um grupo de trabalho de saúde de imigrantes e refugiados, que conta como participantes os representantes do Conselho Municipal de Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde, de imigrantes e representantes de organizações da sociedade civil, realizando rodas de conversas para a coleta de dados e elaboração de propostas (SÃO PAULO, 2014). Além disso, em junho de 2016, foi aprovado na Câmara de Vereadores de São Paulo o projeto de lei nº 142/2016, o qual “Institui a Política Municipal para a População Imigrante, dispõe sobre seus objetivos, princípios, diretrizes e ações prioritárias, bem como sobre o Conselho Municipal de Imigrantes” e dispõe em seu Art. 7, inciso II, “garantir o acesso universal da população imigrante à saúde”, observando-se as necessidades dessa população, o perfil epidemiológico e também as características dos sistemas de saúde do seu país de origem (MISSÃO PAZ, 2015; SÃO PAULO, 2016).

Em um estudo de MARTES e FALEIROS (2013) com imigrantes bolivianos residentes em São Paulo, identificou-se os serviços de saúde utilizados pelos migrantes entrevistados e seus familiares. Os autores observaram que os serviços mais utilizados foram os de vacinação, pediatria e parto. Sobre os tipos de serviços, verificaram que 65% já haviam se consultado com

médico especialista, 30% afirmaram nunca ter realizado consulta com especialista e apenas 4 dos entrevistados utilizaram serviços odontológicos. Importante ressaltar que os migrantes entrevistados utilizaram serviços dispostos em todos os níveis de atenção à saúde disponíveis no SUS.

NOYMER e LEE (2013), comparam a saúde de imigrantes em 32 países ao redor do mundo com a saúde da população nativa. Em dez dos 32 países, os imigrantes tiveram a pior avaliação de saúde. Vários fatores podem contribuir para as disparidades no que tange ao acesso e utilização de serviços de saúde entre imigrantes e refugiados, podendo estar relacionados a discriminação e racismo, falta de seguro saúde (países que não possuem sistema universal), diferenças culturais acerca de conhecimentos relacionados a saúde-doença, barreiras de linguagem, maior exposição a riscos ambientais relacionados a poluição, pobreza, violência e sistemas de saúde inadequados (EDBERG et al., 2011).

Após o terremoto ocorrido no Haiti em 2010, percebeu-se uma mudança no perfil de morbidade entre imigrantes haitianos. Em um estudo realizado no *Little Haiti*, em Miami, verificou-se que um dos impactos ocasionados pelo terremoto foi o aumento de doenças mentais pós traumáticas. Tal fato pode estar associado ao luto pelas perdas de familiares e amigos. Observou-se que as mulheres eram mais propensas a essas doenças, quando comparadas aos homens, podendo estar relacionada a cultura de gênero do Haiti, aonde homens que possuem doenças mentais são considerados como “fracos” (KOBETZ et al., 2013).

Em outro estudo de KOBETZ et al. (2010), sobre o rastreamento de câncer de mama entre imigrantes haitianas, no *Little Haiti*, Miami, revelou que houve redução nos casos de morbidade e mortalidade por câncer de mama em mulheres nos Estados Unidos, porém, essa diminuição não ocorreu de forma equânime entre os diferentes grupos étnicos. O diagnóstico tardio dessa doença pode estar relacionada as barreiras enfrentadas pelas imigrantes, incluindo as razões já citadas pelo estudo de EDBERG et al. (2011).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a utilização de serviços de saúde por imigrantes haitianos residentes na grande de Cuiabá, Mato Grosso, entre dezembro de 2014 e fevereiro de 2015.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever as características sociodemográficas, econômicas e de estilos de vida, dos haitianos residentes na Grande Cuiabá-MT;
- Descrever a proporção de haitianos que já utilizaram algum serviço de saúde no Brasil, quais os tipos e a natureza desses serviços (público ou privado);
- Analisar a utilização de serviços de saúde pelos haitianos segundo características sociodemográficas, econômicas e de estilos de vida.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal com uma amostra probabilística de migrantes haitianos residentes em Cuiabá. Os haitianos responderam a um questionário com questões fechadas e abertas, permitindo assim a caracterização da população de migrantes haitianos em Cuiabá- MT, fluxo migratório, condições de saúde e trabalho, estilo de vida, percepção de riscos ocupacionais, entre outros.

4.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO

O inquérito foi aplicado à uma amostra probabilística, proporcional por sexo, adotando-se para o cálculo da amostra os procedimentos de LUIZ & MAGNANINI (2000). Foi considerado para o cálculo o número de migrantes haitianos acolhidos pelo Centro de Pastoral para Migrantes de Cuiabá, no período de 2012 a 2014 (N = 1059, sendo 16% do sexo feminino), prevalência de 50%, nível de significância de 95% e um erro tolerável de 4%, chegando ao número 383 indivíduos. Considerando as possíveis perdas, acrescentou-se ainda 15% (57 indivíduos) do tamanho amostral, obtendo-se o valor de 440 indivíduos para compor a população do estudo (sendo 370 homens e 70 mulheres).

4.2.2. Critério de inclusão e exclusão

Foram incluídos haitianos que migraram para o Brasil nos últimos quatro anos e que residiam no estado de Mato Grosso. Foram excluídos do estudo indivíduos que por ventura estejam apresentando alguma deficiência mental ou física que os impossibilite ou dificulte a entrevista ou obtenção de medidas antropométricas.

4.3 COLETA DE DADOS

A coleta dos dados ocorreu entre 28 de dezembro de 2014 e 02 de fevereiro de 2015, sendo as entrevistas realizadas por entrevistadores bilíngues (Crioulo/Português), devidamente treinados e sob a supervisão dos pesquisadores responsáveis. Os sujeitos de pesquisa foram contatados por telefone ou pessoalmente e convidados a participarem da pesquisa, sendo os contatos telefônicos e endereços obtidos no CPM (Centro de Pastoral para Migrantes). Os entrevistados responderam um questionário contendo 10 grupos de informações (APÊNDICE A).

Neste estudo, foram avaliadas as práticas adotadas em caso de necessidade de cuidado em saúde, sendo questionado “Aqui no Brasil, quando você adocece, que tipo de ajuda você busca?”, tendo como opções de resposta: Não se aplica/ Nunca adoeci no Brasil; procura o serviço público de saúde; automedicação; procura o serviço privado de saúde; ou outros, com a possibilidade de descrever qual seria a outra estratégia. Quanto a utilização de serviços de saúde no Brasil, os sujeitos de pesquisa foram questionados se já precisaram utilizar algum serviço de saúde no Brasil (sim/não), qual o tipo de serviço utilizado (emergência, hospital, ambulatorial, clínica odontológica, atenção primária em saúde) e o qual a gestão do serviço (público ou privado). Além disso, foi avaliada a proporção que possuía planos privados de saúde e que já foi imunizada no país.

Para a caracterização demográfica e socioeconômica dos indivíduos, as seguintes variáveis foram analisadas nesse projeto: idade (avaliada em anos completos e classificada em faixas etárias); estado civil (casado/com companheira, solteiro, viúvo ou separado/divorciado); renda individual (em reais, referente ao último mês e posteriormente transformada em salários mínimos); escolaridade (em anos completos com aprovação); se estava trabalhando no momento da pesquisa (sim/não); idiomas que fala/compreende (classificado em: apenas Crioulo; Crioulo e mais outro idioma; Crioulo e outros dois ou mais idiomas); compreensão da língua portuguesa (muito pouco, pouco, razoavelmente, bem/muito bem) e tempo de residência no Brasil (menos de 30 dias; entre um mês e um ano; um ano ou mais).

Além disso, foram avaliadas as informações quanto ao uso de medicamento contínuo e como adquiria este medicamento (recursos próprios ou via SUS). As questões sobre o estilo de vida incluíram tabagismo atual (sim/não), consumo de bebida alcoólica (pelo menos uma vez por semana) e prática de atividade física de lazer (sim/não). Foi avaliado também a

autoavaliação de saúde, considerando a pergunta “Como você classificaria seu estado de saúde?”, tendo como opções de resposta: excelente, muito boa, boa, regular e ruim. Adicionalmente, foi avaliado se o entrevistado considerou que sua saúde mudou após a migração para o Brasil, sendo questionado como a saúde foi alterada para: muito melhor, melhor, razoável, pior ou muito pior.

4.4 TABULAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

Os dados coletados passaram por dupla digitação e validação por meio do Software Epi Info 7. A análise de dados quantitativa foi realizada por meio do software SPSS (versão 23). Foi utilizado o teste do Qui-quadrado para testar as diferenças entre as proporções, adotando-se a significância ao nível de 5%. Regressão de Poisson foi utilizada para verificar os fatores associados a utilização de serviços de saúde, sendo considerado a Razão de Prevalência e seu intervalo de confiança de 95%.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS E SUPORTE FINANCEIRO

O projeto de pesquisa pelo qual este trabalho está vinculado foi aprovado pelo Comitê de ética do Hospital Universitário Júlio Muller da Universidade Federal de Mato Grosso (CAAE N° 29120414.0.0000.5541 – ANEXO A) e todos os indivíduos que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) antes da coleta de dados.

Este estudo foi financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Mato Grosso (FAPEMAT – Processo 155709/2014) e pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq – Processo 445842/2014-7).

5 RESULTADOS

Os resultados e discussões deste trabalho de conclusão de curso será apresentado no formato artigo.

Utilização de serviços de saúde por imigrantes haitianos na grande Cuiabá, Mato Grosso

Use of health services by Haitian immigrants in large Cuiabá-MT, Brazil

Autores: Jenniffer Francielli de Sousa Alves^a; Ana Paula Muraro^{b*}

^aCurso de Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Saúde Coletiva – Universidade Federal de Mato Grosso, Mato Grosso-Brasil

^bInstituto de Saúde Coletiva – Universidade Federal de Mato Grosso, Mato Grosso-Brasil

***Ana Paula Muraro**

Av. Fernando Corrêa da Costa, nº 2367 - Bairro Boa Esperança.

Cuiabá - MT – CEP: 78060-900.

E-mail: muraroap@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Analisar a utilização de serviços de saúde por imigrantes haitianos residentes na grande Cuiabá, Mato Grosso. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal, com uma amostra probabilística de 452 imigrantes haitianos residentes em Cuiabá e Várzea Grande, entre dezembro de 2014 e fevereiro de 2015. Foram avaliadas as características sociodemográficas, e de saúde, fatores de estilo de vida e a utilização dos serviços de saúde. Na análise dos dados foram calculados o teste de Qui-quadrado e a Regressão de Poisson para investigar os fatores associados a utilização dos serviços de saúde. **Resultados:** Verificou-se que 45,6% dos entrevistados utilizaram algum serviço de saúde no Brasil, sendo maior a prevalência de utilização entre as mulheres, aqueles com maior renda, maior tempo de residência no Brasil, e que auto avaliaram sua saúde como ruim. Os principais serviços utilizados foram Unidade Básica de Saúde (UBS) e atendimento de urgência e emergência públicos. **Conclusão:** os resultados mostram as características ligadas a utilização de serviços de saúde entre imigrantes haitianos na capital mato-grossense, indicando a necessidade de empoderamento dos imigrantes sobre o direito a saúde, o acesso aos serviços e o modo de funcionamento da rede de serviços públicos.

Palavras-chaves: Migração Internacional, Haiti, Uso de Serviços de Saúde.

ABSTRACT

Objective: To analyze the use of health services by Haitian immigrants in Cuiabá, Mato Grosso. **Methods:** cross-sectional study with a random sample of 452 Haitian immigrants in Cuiaba and Várzea Grande, between December 2014 and February 2015. Sociodemographic and health characteristics, lifestyle factors and the use of health services were evaluated. Data analysis included Chi-square test and Poisson regression to investigate the factors associated with the use of health services. **Results:** It was found that 45.6% of respondents used some health service in Brazil, with a higher prevalence of use among women, those with higher income, longer residence time in Brazil, and self-rated their health as bad. The Basic Health Unit (UBS), public urgent care were the main services used. **Conclusion:** The results show the characteristics related to the use of health services among Haitian immigrants in the capital of Mato Grosso, indicating the need for empowerment of immigrants on the right to health, access to services, and the operating mode of the utility network.

Key-words: International Immigration, Haiti, Use Health of Services.

INTRODUÇÃO

Localizado em uma das regiões mais bonitas do planeta, o Haiti amarga a condição de país mais pobre das Américas e Caribe. A situação foi agravada ainda mais após o terremoto de 2010¹. Neste quadro, a busca de saídas inclui, naturalmente a emigração para outros países², sendo o Brasil um dos países escolhidos como destino a partir de 2010³. No Brasil, a maioria tem como destino os estados da região sul e sudeste, seguindo o padrão de migração internacional do país. Porém, muitos destes se estabeleceram na capital do estado de Mato Grosso que, por sua vez, foi selecionada como uma das sub-sedes da Copa do Mundo em 2014 e que tem apresentado acelerado crescimento econômico nos últimos anos.

A Constituição Federal Brasileira (CF 88) definiu em seu artigo 196 que “a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doença e de outros agravos e possibilitando o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação”⁴. Embora o direito a saúde esteja assegurado pela Constituição brasileira, o fenômeno da imigração evidenciou a fragilidade da estrutura e o despreparo do país na atenção à saúde do migrante e também a carência de políticas públicas de saúde voltadas a esta população⁵.

A utilização dos serviços de saúde é definida como “o centro do funcionamento dos sistemas de saúde”, esclarecendo que “o processo de utilização dos serviços de saúde é resultante da interação do comportamento do indivíduo que procura cuidados e do profissional que o conduz dentro do sistema de saúde”⁶. No Brasil, a utilização de serviços de saúde pela população apresenta-se em crescimento, porém, permanece com desigualdades geográficas e sociais, especialmente entre os grupos minoritários, como os relacionados a raça/cor que, por sua vez, apresentam ainda questões relacionadas à baixa renda e menores níveis de escolaridade⁷.

As demandas por serviços de saúde resultam da conjugação de fatores sociais, individuais e culturais da população e o conhecimento do padrão de utilização desses serviços se torna essencial, pois permite a alocação e geração de recursos de forma equânimes e efetivas⁸. Entretanto, com base na revisão da literatura, verificou-se a necessidade de estudos sobre utilização dos serviços de saúde entre imigrantes internacionais no Brasil, principalmente na região central do país e sobre os imigrantes haitianos, por ser esta uma realidade recente. Neste sentido, o objetivo deste estudo foi analisar a utilização de serviços de saúde por imigrantes

haitianos residentes na grande Cuiabá, Mato Grosso, e os fatores sociodemográficos associados à esta utilização.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal com uma amostra probabilística de migrantes haitianos residentes em Cuiabá e Várzea Grande, considerado neste estudo como grande Cuiabá. Adotou-se para o cálculo da amostra os procedimentos de Luiz e Magnanini (2000)⁹, sendo considerado para o cálculo o número de migrantes haitianos acolhidos pelo Centro de Pastoral para Migrantes de Cuiabá, no período de 2012 a 2014 (N= 1059, sendo 16% do sexo feminino), prevalência de 50%, nível de significância de 95% e um erro tolerável de 4%, chegando ao número 383 indivíduos. Considerando as possíveis perdas, acrescentou-se ainda 15% (57 indivíduos) do tamanho amostral, obtendo-se o total de 440 indivíduos para compor a população do estudo (sendo 370 homens e 70 mulheres). Foram excluídos do estudo indivíduos que por ventura estavam apresentando alguma deficiência mental ou física que os impossibilite ou dificulte a entrevista ou obtenção de medidas antropométricas.

A coleta dos dados ocorreu entre 28 de dezembro de 2014 e 02 de fevereiro de 2015, sendo as entrevistas realizadas por entrevistadores bilíngues (Crioulo/Português), devidamente capacitados e sob a supervisão dos pesquisadores responsáveis. Os sujeitos de pesquisa foram contatados por telefone ou pessoalmente e convidados a participarem da pesquisa, sendo os contatos telefônicos e endereços obtidos no Centro de Pastoral de Migrantes, localizado no município de Cuiabá. Os entrevistados responderam um questionário contendo 10 grupos de informações.

Neste estudo, foram avaliadas as práticas adotadas em caso de necessidade de cuidado em saúde, sendo questionado “Aqui no Brasil, quando você adoecer, que tipo de ajuda você busca?”. Quanto a utilização de serviços de saúde no Brasil, os sujeitos de pesquisa foram questionados se já precisaram utilizar algum serviço de saúde no Brasil, qual o tipo de serviço utilizado (emergência, hospital, ambulatorial, clínica odontológica, atenção primária em saúde) e o qual a gestão do serviço. Além disso, foi avaliada a proporção que possuía planos privados de saúde e que já foi imunizada no país.

Para a caracterização demográfica e socioeconômica dos indivíduos, as seguintes variáveis foram analisadas nesse projeto: idade; estado civil (em duas categorias: casado/com companheira ou solteiro/separado/viúvo); renda individual (em reais, referente ao último mês, posteriormente transformada em salários mínimos); escolaridade; se estava trabalhando no momento da pesquisa; idiomas que fala/compreende; compreensão da língua portuguesa e tempo de residência no Brasil.

Além disso, foram avaliadas as informações quanto ao uso de medicamento contínuo e como adquiria este medicamento e se possui seguro de saúde. As questões sobre o estilo de vida incluíram tabagismo atual (sim/não), consumo de bebida alcoólica (pelo menos uma vez por semana) e prática de atividade física de lazer (sim/não). Foi avaliado também a autoavaliação de saúde e avaliado se o entrevistado considerou que sua saúde mudou após a migração para o Brasil.

Os dados coletados por meio do inquérito passaram por dupla digitação e validação por meio do *Software Epi Info 7*. A análise de dados quantitativa foi realizada por meio do *Software SPSS* (versão 23). Foi utilizado o teste do Qui-quadrado para testar as diferenças entre as proporções, adotando-se a significância ao nível de 5%. Regressão de Poisson foi utilizada para verificar os fatores associados a utilização de serviços de saúde.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de ética do Hospital Universitário Júlio Muller da Universidade Federal de Mato Grosso e todos os indivíduos que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes da coleta de dados.

RESULTADOS

Foram entrevistados 452 haitianos residentes em Cuiabá e Várzea Grande, sendo 82,5% do sexo masculino e 44,3% entre 26 e 35 anos de idade. Menos da metade dos entrevistados relatou ter utilizado algum serviço de saúde no Brasil (45,6%). Em relação ao tipo de cuidado em saúde que buscam quando necessário, 38,9% dos haitianos entrevistados referiram nunca ter sido necessário (43,2 dos homens e 19,0% das mulheres). Entre as mulheres, 57,0% relatam procurar o serviço público de saúde, sendo maior a proporção de mulheres que relataram fazer uso de medicação contínua (14,3% vs 3,2% entre os homens; p-valor < 0,01) e possuir alguma doença crônica (15,2% vs 2,1% entre os homens; p-valor < 0,01). Entre os haitianos que relataram consumir medicação contínua, 85,0% adquiriam com recursos próprios (Tabela 1).

Cabe destacar que dos 20 haitianos que referiam possuir alguma doença crônica, 14 (70,0%) disseram serem hipertensos. As outras doenças referidas foram: asma (1), diabetes (1), doença no coração (1), dor ao urinar (1) e enxaqueca (1). Além disso, 13 dos 20 haitianos que relataram possuir alguma doença, utilizaram algum serviço de saúde no Brasil, sendo que apenas 4 relataram ter sido atendido em Unidade Básica de Saúde e 7 em unidades de emergência públicas (dados não apresentados em tabela ou figura).

Em relação a utilização de serviços de saúde (Tabela 2), foi maior a prevalência de utilização de serviços de saúde entre as mulheres (RP: 1,59; IC 95%: 1,64 – 2,18), entre aqueles com maior renda (RP: 1,96; IC 95%: 1,02 – 3,75) e com melhor entendimento do português, sendo duas vezes mais prevalentes a utilização de serviços de saúde entre aqueles que referiram falar e compreender bem ou muito bem o português, quando comparados aos que compreendem muito pouco (RP: 2,34; IC 95%: 1,37 – 4,00). Além disso, como o esperado, também foi maior a proporção de utilização de serviços de saúde entre os que residiam no Brasil por mais tempo, sendo 10 vezes mais prevalente entre aqueles que estavam no Brasil por um ano ou mais (RP: 10,72; IC 95%: 3,41 – 33,62). Cabe destacar que quando ajustado no modelo múltiplo o entendimento da língua portuguesa e o tempo de residência no país, simultaneamente, apenas o tempo de residência manteve-se associado (dados não apresentados em tabela ou figura).

Quanto aos tipos de serviços e a sua natureza, 21,5% utilizaram serviços de Unidade Básica de Saúde (UBS) pública; 18,6% utilizaram serviço de atendimento de emergência público; apenas 1,2% disseram ter utilizado atendimento de emergência privado; 1,6%

utilizaram clínica médica especializada; 0,44% utilizaram clínica odontológica pública; 1,87% utilizaram clínica odontológica privada (dados não apresentados em tabela ou figura).

Sobre a utilização segundo os fatores de estilo de vida e autoavaliação de saúde (Tabela 3), 87% dos imigrantes que referiram fazer uso de medicamento contínuo utilizaram os serviços de saúde, sendo que 49,4% possuíam plano de saúde privado, sendo maior a prevalência de utilização de serviços de saúde entre aqueles que classificaram a saúde como ruim (RP: 1,56; IC 95%: 1,05 – 2,32) e que consideraram que a saúde mudou após migrar para o Brasil (RP: 1,57; IC 95%: 1,19 – 2,07).

DISCUSSÃO

A utilização dos serviços de saúde entre os haitianos que residem em Cuiabá foi mais prevalente entre as mulheres, aqueles com maior renda, maior tempo de residência no Brasil, que auto avaliaram sua saúde como ruim e que tiveram percepção de mudança no estado de saúde após imigrar para o Brasil. A maioria relatou buscar serviços públicos de saúde quando necessário e o principal serviço utilizado foram os da Unidade Básica de Saúde (UBS) pública.

Destaca-se a importância de analisar a utilização dos serviços de saúde nesta população, visto a vulnerabilidade que esse grupo se encontra e as consequências que o processo migratório pode causar à saúde. Tendo em vista a elevada proporção dos imigrantes com baixa escolaridade e que estava desempregada no momento da pesquisa, fato este que somado a outras situações de vulnerabilidade, tal como condições de moradia, de alimentação e distância geográfica, pode resultar em adoecimento físico e mental.

Quanto a maior utilização dos serviços de saúde entre as mulheres haitianas no Brasil, pode-se considerar como uma característica frequentemente observada em outros grupos populacionais. Estudos realizados na população americana¹⁰ e com brasileiros¹¹, também observaram essa associação. Isso pode estar relacionado com o fato de mulheres procurarem mais os serviços de saúde para exames de rotina para cuidado preventivo ou pré-natal, como observado em estudo com bolivianos em São Paulo, em que o pré-natal estava entre os principais motivos para a busca por serviços de saúde, pois mais da metade das entrevistadas haviam engravidado no Brasil e acessado o sistema para as consultas¹². Entretanto, ressalta-se

que este dado pode estar relacionado também com a fragilidade dos serviços de saúde em relação a ações de promoção e prevenção no que se refere a saúde do homem.

Em relação a renda, a prevalência de utilização dos serviços de saúde foi maior entre aqueles com maior renda. Verifica-se -se que os indivíduos mais pobres têm pior acesso aos serviços, apesar de necessitar de maiores cuidados com a saúde, o que acaba por aprofundar o quadro de desigualdade¹³. Cabe destacar, que no momento da pesquisa, 47,3% dos entrevistados não estavam trabalhando e mais da metade possuíam apenas o nível fundamental completo (50,8%). Tendo em vista a associação da renda e escolaridade com a utilização de serviços de saúde, essa situação de desemprego e baixa escolaridade pode prejudicar a busca por cuidados em saúde.

Verificou-se ainda que o tempo de residência no Brasil se caracteriza como um provável fator determinante para a utilização dos serviços de saúde, podendo estar também relacionado à maior compreensão da língua portuguesa e maior entendimento sobre o sistema de saúde do país. Especificamente quanto ao domínio do idioma, esta hipótese foi confirmada no presente estudo pela análise múltipla, quando ajustado o entendimento do idioma pelo tempo de residência no Brasil e apenas este último manteve-se associado à utilização do serviço de saúde.

A autoavaliação de saúde é um importante indicador da percepção de saúde¹⁴, sendo verificado uma considerável proporção de imigrantes que auto avaliaram sua saúde como ruim e estes, por sua vez, apresentaram maior chance de utilizar os serviços. Deve-se considerar o fenômeno do "migrante saudável" para a discussão destes resultados, ou seja, o fato de os imigrantes serem mais saudáveis do que as populações autóctones e do que as populações da mesma origem, que já nasceram nos países de destino¹⁵. Além disso, outro fator que pode estar relacionado é o baixo nível de escolaridade dessa população, tendo em vista que indivíduos com maior nível de escolaridade pode ter maior acesso às informações sobre cuidados em saúde, promoção e prevenção, além de maior adesão aos tratamentos terapêuticos prescritos e também uso de serviços de saúde¹⁶.

Os indivíduos que migram passam por diversas mudanças no processo migratório, podendo ser positiva ou negativa e que, por sua vez, podem afetar a saúde de diversas formas. No presente estudo, quando indagados se a saúde mudou após migrar para o Brasil, mais da metade afirmou que houve mudança, sendo que 22,3% afirmaram que a saúde mudou para pior ou muito pior. Esta associação pode estar relacionada especificamente com o fato de ser estrangeiro, visto que a mudança para um país desconhecido, a distância geográfica dos familiares, amigos e o processo de aculturação, pode ter contribuído para a mudança do estado

de saúde após a imigração para o Brasil. Estudo realizado com imigrantes hispânicos e não-hispânicos negros, brancos e asiáticos nos Estados Unidos, observaram a elevação prevalência de autoavaliação de saúde como ruim com o maior tempo de residência no país de destino, não havendo diferença quanto ao grupo étnico, embora os imigrantes negros enfrentassem maior desvantagem socioeconômica, quando comparados aos brancos e asiáticos¹⁷.

Quando avaliado os indivíduos que relataram possuir alguma doença crônica, verificou-se, que uma pequena proporção referiu ter utilizado serviços em Unidade Básica de Saúde, entretanto, cabe destacar que o acompanhamento das condições crônicas na atenção básica é de suma importância, pois inclui ações de promoção, vigilância em saúde, prevenção e assistência aos portadores dessas doenças, permitindo a criação de vínculo entre os profissionais e o paciente e, conseqüentemente, o acompanhamento do seu caso clínico de forma mais efetiva¹⁸.

O principal serviço utilizado pelos haitianos foram serviços de Unidade Básica em Saúde, semelhante a outro estudo, em que verificou-se que imigrantes bolivianos residentes em São Paulo utilizaram mais os serviços de atenção primária a saúde¹⁹. Ressalta-se ainda, a importante proporção de indivíduos que utilizaram algum serviço de urgência e emergência público. Para muitos usuários, esses serviços, a exemplo das UPAS (Unidades de Pronto Atendimento em Saúde), representam a porta de entrada ao sistema de saúde, tendo em vista que não necessita de agendamento, existindo assim a maior garantia de atendimento, de acesso à assistência com maiores recursos tecnológicos e a maior chance de resolutividade de forma imediata²⁰. Questiona-se se todos os que buscaram este tipo de serviço estavam incluídos na população alvo, ou se havia casos de baixa complexidade que poderiam ser atendidos na atenção básica.

Este estudo buscou conhecer o perfil de utilização dos serviços de saúde e os fatores associados, por meio de dados primários. Destaca-se a importância de tal investigação, uma vez que não é possível avaliar os serviços utilizados pelos estrangeiros no Brasil por meio dos principais Sistemas de Informação em Saúde do SUS, como o SIH-SUS (Sistema de Informação Hospitalar do SUS) e SIA (Sistema de Informação Ambulatorial), visto a não completude da informação da nacionalidade do paciente nos sistemas. Ressalta-se a importância do preenchimento deste campo, pois desta forma seria possível acessar as informações referentes aos tipos de serviços e tipos de procedimentos utilizados por imigrantes internacionais, podendo traçar assim um perfil de utilização de serviços por esta população.

Deve-se considerar, entretanto, algumas limitações do presente artigo, pois trata-se de um estudo transversal, que buscou conhecer características básicas da utilização dos serviços

de saúde, não se aprofundando nos condicionantes e determinantes do uso desses serviços e, portanto, não é possível comprovar quais são as barreiras para uma atenção integral à saúde dessa população. Desta forma, o presente estudo, através de dados primários, visa a contribuir com alguns apontamentos básicos para o tema.

CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

De forma geral, os resultados deste estudo apontam para maior percentual de utilização de serviços de saúde por imigrantes do sexo feminino, maior renda e maior tempo de residência no país. Como já esperado, imigrantes que residiam no Brasil há mais tempo, apresentaram maior proporção de utilização dos serviços, pois quanto maior o tempo de residência, maior pode ser o entendimento da língua portuguesa, favorecendo o maior entendimento do sistema de saúde do país que, por sua vez, é um sistema universal devendo, portanto, ser garantido a qualquer residente no país, independente da nacionalidade ou regularização documental.

Ressalta-se novamente a importância do conhecimento do padrão de utilização de serviços de saúde por imigrantes da necessidade de uma Política de Saúde para População Imigrante, com propostas baseadas nas reais necessidades em saúde deste grupo minoritário, que, em sua maioria, se encontra em situação de vulnerabilidade. Importante também incorporar a essa política ações de educação permanente para os profissionais de saúde e desenvolvimento de outras formas de comunicação além da linguagem verbal, que pode auxiliar no melhor acesso desse grupo populacional aos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹Cotinguiba GC, Pimentel L, ML. Apontamentos sobre o processo de inserção social dos haitianos em Porto Velho. **Travessia**. 2012; 70: 99-106,.
- ²Patarra NL. Brasil: país de imigração? In: Fernandes D, Peixoto J (editores). **Rev Internacional em Língua Portuguesa**. 2011. III Série, Nº 24, pág. 65.
- ³Cotinguiba GC, Pimentel M. I. Wout, raketè, fwontyè, anpil mizèl: reflexões sobre os limites da alteridade em relação à imigração haitiana para o Brasil. **Univ rel inter**. 2014. 12(1): 73-86.
- ⁴Brasil. Brasil, Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado Federal. 1988, Seção II, 33-34.
- ⁵Filippim ES, Zeni K. Migração haitiana para o Brasil: acolhimento e políticas públicas. **Pretexto**. 2014. 15(12): 11-27.
- ⁶Martins M, Travassos, C. Uma revisão sobre os conceitos de acesso utilização de serviços de saúde. **Cad de Saúde Pública**. 2004. 20: 5190-5198.
- ⁷Gomes KO, REIS EA, Guimarães MDC, Cherchiglia ML. Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. **Cad Saúde Pública**. 2013. 29(9): 1829-1842.
- ⁸Sawyer DO, Leite IC, Alexandrino R. Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**. 2002. 7(4): 757-776,.
- ⁹Luiz RR., Magnanini MF. A lógica da determinação do tamanho da amostra em investigações epidemiológicas. **Cad Saúde Coletiva**. 2000. 8(2): 9-28.
- ¹⁰Cherry DK, Woodwell DA. National ambulatory medical care survey: 2000 summary. Centers for Disease Control and Prevention, Advanced Data N, 328, June 5, DHHS Publication No. (PHS) 2002- 1250, 02-0379 (5/02). 2002.
- ¹¹Pinheiro R, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**. 2002. 7(4): 687-707.
- Martins M, Travassos C. Uma revisão sobre os conceitos de acesso utilização de serviços de saúde. **Cad de Saúde Pública**. 2004. v. 20.
- ¹²Waldman TC. Movimentos migratórios sob a perspectiva do direito à saúde: Imigrantes bolivianas em São Paulo. **Rev de Direito Sanitário**. 2011. 12(1):90-114.
- ¹³Neri M, Soares W. Desigualdade social e saúde no Brasil. **Cad Saúde Pública**. 2002. (Supl 18): 77-87.
- ¹⁴Pavão ALB, Wernec GL, Campos MR. Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população: um inquérito nacional. **Cad Saúde pública**. 2013. 29(4): 723-734.

¹⁵Razum O, Zeeb H, Rohrmann S. The 'Healthy Migrant Effect' - Not Merely a Fallacy of Inaccurate Denominator Figures, **Inter. Journal of Epidemiology**. 2000. 21:199-200.

¹⁶Ministério da saúde. Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Brasília, 2008. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf

¹⁷Alang SM, McCreedy EM, McAlpine DD. Race, Ethnicity, and Self-Rated Health Among Immigrants in the United States. **J Racial Ethn Health Disparities**. 2015. 2(4): 565-72.

¹⁸Malta DC, Morais NOL, Silva Junior JB. Presentation of the strategic action plan for coping with chronic diseases in Brazil from 2011 to 2022. **Epidemiol. Serv. Saúde**, 2011. 20(4): 425-438.

¹⁹Silveira C, Junior NC, Ribeiro MCSA, Barata RCB. Living conditions and access to health services by Bolivian immigrants in the city of São Paulo, Brazil. **Cad. Saúde Pública**. 2013. 29(10):2017-2027.

²⁰FREIRE, A. B. et al. Serviços de urgência e emergência: quais os motivos que levam o usuário aos pronto-atendimentos? **Saúde**. 2015. 41(1): 195-200.

Tabela 1: Número e proporção (%) de haitianos residentes em Cuiabá-MT, segundo a utilização de serviços de saúde no Brasil, por sexo. 2014-2015.

	Geral		Masculino		Feminino		p-valor ^a
	N	(%)	n	(%)	n	(%)	
Tipo de cuidado em saúde busca quando necessário^b							não aplicável
Não se aplica/ Nunca adoeci no Brasil	176	(38,9)	161	(43,2)	15	(19,0)	
Procura o serviço público de saúde	168	(37,2)	123	(33,0)	45	(57,0)	
Automedicação	75	(16,6)	61	(16,4)	14	(17,7)	
Automedicação e Serviço público	12	(2,7)	12	(3,2)	-	-	
Procura o serviço privado de saúde	10	(2,2)	8	(2,1)	2	(2,5)	
Serviço público e privado de saúde	6	(1,3)	5	(1,3)	1	(1,3)	
Automedicação e Serviço privado	2	(0,4)	1	(0,3)	1	(1,3)	
Automedicação e outros (chás)	2	(0,4)	1	(0,3)	1	(1,3)	
Medicamento de uso contínuo^d							<0,01
Sim	23	(5,1)	12	(3,2)	11	(14,3)	
Não	425	(94,9)	359	(96,8)	66	(85,7)	
Como adquire os medicamentos de uso contínuo^c							não aplicável
Recursos próprios	17	(85,0)	10	(90,9)	7	(77,8)	
Pelo SUS	3	(15,0)	1	(9,1)	2	(22,2)	
Possui alguma doença crônica (autoreferido)							<0,01
Sim	20	(4,4)	8	(2,1)	12	(15,2)	
Não	432	(95,6)	365	(97,9)	67	(84,8)	
Possui Seguro de Saúde							0,80
Sim	87	(19,2)	71	(19,0)	16	(20,3)	
Não	365	(80,8)	302	(81,0)	63	(79,7)	
Já foi abordado por profissional de saúde^d							0,18
Sim	40	(9,0)	36	(9,8)	4	(5,1)	
Não	406	(91,0)	331	(90,2)	75	(94,9)	
Foi vacinado no Brasil							0,65
Sim	305	(67,5)	250	(67,0)	55	(69,6)	
Não	147	(32,5)	123	(33,0)	24	(30,4)	
Possui cartão de vacina							0,59
Sim	303	(67,0)	248	(66,5)	55	(69,6)	
Não	149	(33,0)	125	(33,5)	24	(30,4)	

^aP-valor do Teste do Qui-quadrado; ^bApenas um haitiano relatou utilizar outra cuidado em saúde, mas não especificou qual; ^cTrês pessoas que afirmaram utilizar medicamento de uso contínuo não especificaram como adquirem os medicamentos; ^d Informação faltante: medicamento de uso contínuo – 4 entrevistados; Já foi abordado por profissional de saúde - 6 entrevistados

Tabela 2: Prevalência de utilização de serviço de saúde no Brasil entre haitianos, segundo características demográficas e socioeconômicas. Cuiabá-MT. 2015.

	Geral		Utilização de serviço de saúde no Brasil				
	n	(%)	n	(%)	P-valor ^a	RP	IC 95%
Sexo					<0,01		
Masculino	373	(82,5)	154	(41,3)		-	-
Feminino	79	(17,5)	52	(65,8)		1,59	(1,64 – 2,18)
Faixa etária^b					0,96		
25 anos ou menos	71	(15,7)	31	(43,7)		-	-
Entre 26 e 35 anos	200	(44,3)	93	(46,5)		1,06	(0,71 – 1,60)
Entre 36 a 45 anos	141	(31,3)	65	(46,1)		1,05	(0,69 – 1,62)
Mais de 45 anos	39	(8,6)	17	(43,6)		1,00	(0,55 – 1,80)
Escolaridade^b					0,69		
Até o ensino fundamental completo	223	(50,8)	101	(45,3)		-	-
Ensino médio incompleto	164	(37,4)	71	(43,3)		0,96	(0,70 – 1,29)
Ensino médio completo ou mais	52	(11,8)	26	(50,0)		1,10	(0,72 – 1,70)
Renda no último mês					0,01		
Nenhuma	136	(30,1)	51	(37,5)		-	-
≤ 724,00 reais	71	(15,7)	34	(47,9)		1,27	(0,83 – 1,97)
Entre 725,00 e 1500 reais	208	(46,0)	108	(51,9)		1,38	(0,99 – 1,93)
> 1500,00 reais	15	(3,3)	11	(73,3)		1,96	(1,02 – 3,75)
Estado Civil^c					0,90		
Casado ou em união estável	302	(66,8)	137	(45,4)		-	-
Solteiro/separado/viúvo	150	(33,2)	69	(46,0)		1,01	(0,76 – 1,35)
Entende português^b					<0,01		
Muito Pouco	73	(16,2)	61	(29,0)		-	-
Pouco	216	(47,8)	47	(58,8)		2,02	(1,38 – 2,96)
Razoavelmente	130	(28,8)	75	(61,0)		2,10	(1,49 – 2,94)
Bem ou muito bem	33	(7,3)	17	(68,0)		2,34	(1,37 – 4,00)
Quanto idiomas fala e compreende					0,02		
Apenas Crioulo	88	(19,5)	35	(39,8)		-	-
Crioulo e mais outro idioma	146	(32,3)	57	(39,0)		0,98	(0,64 – 1,49)
Crioulo e outros dois ou mais idiomas	218	(48,2)	114	(52,3)		1,31	(0,90 – 1,92)
Tempo de residência no Brasil^b					<0,01		
Menos de 30 dias	49	(10,9)	3	(6,1)		-	-
Entre um mês e um ano	177	(39,3)	54	(30,5)		4,98	(1,55 – 15,93)
Um ano ou mais	224	(49,8)	147	(65,6)		10,72	(3,41 – 33,62)
Trabalho atual no Brasil					0,29		
Sim	238	(52,7)	114	(47,9)		-	-
Não	214	(47,3)	92	(43,0)		1,11	(0,85 – 1,47)

^aP-valor do Teste do Qui-quadrado; ^b informação faltante: idade – 1 entrevistado; escolaridade: para 13 indivíduo; compreensão da língua portuguesa: 14 indivíduos; renda no último mês - 22 indivíduos que não quiseram informar; Tempo de residência no Brasil – 2 indivíduos. ^cApenas 6 relataram estarem separados (ou divorciados) e 3 relataram serem viúvos.

Tabela 3: Utilização de serviço de saúde no Brasil entre haitianos, segundo fatores de estilo de vida, autoavaliação de saúde e doença autoreferida. Cuiabá-MT. 2015.

	Geral		Utilização de serviço de saúde no Brasil			
	n	(%)	n	(%)	RP	IC 95%
Medicamento de uso contínuo^a						
Não	425	(94,0)	184	(43,3)	-	-
Sim	23	(5,1)	20	(87,0)	0,72	0,49 – 1,06
Possui Seguro de Saúde						
Não	365	(80,7)	163	(44,7)	-	-
Sim	87	(19,2)	43	(49,4)	0,97	0,80 – 1,17
Fumo^a						
Não	429	(94,9)	197	(45,9)	-	-
Sim	21	(4,6)	8	(38,1)	0,83	(0,41 – 1,68)
Consumo de bebida alcoólica						
< 1 vez por semana	376	(83,2)	174	(46,3)	-	-
≥ 1 vez por semana	76	(16,8)	32	(42,1)	0,90	(0,62 – 1,33)
Atividade física^a						
Não	368	(81,4)	171	(46,5)	-	-
Sim	81	(17,9)	35	(43,2)	0,93	(0,65 – 1,34)
Refeições^b						
Diário	324	(71,7)	139	(42,9)	-	-
Não diário	128	(28,3)	67	(52,3)	0,82	(0,61 – 1,09)
Autoavaliação de saúde						
Excelente ou muito bom	122	(27,0)	51	(41,8)	-	-
Boa	105	(23,2)	50	(47,6)	1,14	(0,77 – 1,68)
Regular	153	(33,8)	58	(37,9)	0,91	(0,62 – 1,32)
Ruim	72	(15,9)	47	(65,3)	1,56	(1,05 – 2,32)
Saúde mudou						
Não	235	(52,0)	84	(35,7)	-	-
Sim	217	(48,0)	122	(56,2)	1,57	(1,19 – 2,07)
Como a saúde mudou						
Muito melhor ou melhor	59	(13,1)	24	(40,7)	-	-
Razoável	57	(12,6)	35	(61,4)	1,51	(0,90 – 2,53)
Pior ou muito pior	101	(22,3)	63	(62,4)	1,53	(0,96 – 2,45)

^a Informações faltantes: Medicamento de uso contínuo – 4 indivíduos; Fuma – 2 indivíduos; Atividade física – 3 indivíduos. ^b Realização de três refeições diariamente (desjejum, almoço e jantar)

6 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente projeto analisou a utilização de serviços de saúde por imigrantes haitianos residentes na Grande Cuiabá, podendo realizar alguns apontamentos básicos sobre suas características sociodemográficas, econômicas e de estilos de vida associados à esta utilização. Observou-se que os imigrantes, em sua maioria, são do sexo masculino, em idade economicamente ativa, possuem baixa escolaridade, casados, que entendem pouco o português e que residiam no Brasil há um ano ou mais. Em relação ao estilo de vida, a maioria afirmou não fumar, beber menos que uma vez na semana, não praticar atividade física e realizam refeições diariamente.

Sobre a proporção de imigrantes que já utilizaram algum serviço de saúde no Brasil, a maioria afirmou utilizar serviços públicos de saúde, principalmente os serviços de Unidade Básica de Saúde e serviços de Urgência e Emergência.

Verificou-se que as mulheres utilizaram mais os serviços de saúde, assim como aqueles com maior renda. O entendimento do português, que pode vir a ser uma barreira para o acesso e utilização dos serviços de saúde, não se manteve associado quando realizado a análise multivariada com o tempo de permanência no Brasil, visto que são fatores altamente correlacionados. É importante ressaltar também a autoavaliação de saúde, tendo em vista que aqueles que referiram considerar a saúde como ruim tiveram maior prevalência na utilização de serviços de saúde.

Para o campo da Saúde Coletiva, destaca-se a importância deste estudo pois o bacharel em Saúde Coletiva tem como uma de suas atribuições intervir nos problemas relacionados a saúde da população em geral ou de determinado grupo, promovendo assim maior qualidade de vida a população. Destaca-se ainda, a necessidade de ações intersetoriais, intervindo de forma mais resolutiva nos determinantes do processo saúde-doença.

Ressalta-se novamente a importância do presente estudo, tendo em vista que é um estudo pioneiro sobre a utilização de serviços de saúde por imigrantes haitianos no Brasil. Tal estudo deverá ser apresentado ainda a Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá, especialmente para os responsáveis técnicos da Política de Atenção à Saúde da População Negra, pois não possuem nenhuma informação de saúde desta população.

Em suma, o conhecimento do padrão de utilização de serviços de saúde por imigrantes, é de extrema relevância pois torna possível o planejamento de ações considerando também as necessidades desta população. Importante também a criação de uma Política de Saúde do

Imigrante como uma política de estado, considerando as especificidades desse grupo, incorporando ações de educação permanente para os profissionais de saúde e desenvolvimento de outras formas de comunicação além da linguagem verbal, que pode auxiliar no melhor acesso desse grupo populacional aos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AFONSO, F. C., *et al.* A Atenção à saúde do imigrante no contexto histórico da saúde pública em São Paulo: Características históricas dos fluxos migratórios para São Paulo. In MOTA, A.; MARINHO, M. G. S. M. C (orgs). **Saúde e História de Migrantes e Imigrantes: Direitos, Instituições e Circularidades**. São Paulo: Casa de Soluções e Editora, 2014. Pág. 84.

AGUIAR, M. E. **Tecnologias e cuidado em saúde: a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o caso do migrante boliviano e coreano no bairro do Bom Retiro - SP** [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2013.

ANDERSEN, R. M. **Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?** *Journal of Health and Social Behavior*, 1995. Vol. 36. Pág. 1-10.

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, pág. 2065-2875, 2012.

ASSIS, G.O. A “diáspora” Haitiana rumo ao Brasil e os desafios à política migratória brasileira: migrantes indesejados? 2012 Disponível em:
<http://www.faed.udesc.br/arquivos/id_submenu/1416/artigoglauciahaitianosnobrasil2012.pdf
> Acesso em: fevereiro de 2016.

BARATA, R. C. B., *et al.* Processos migratórios e saúde: uma breve discussão sobre abordagens teóricas nas análises em saúde dos imigrantes no espaço urbano: Imigração e saúde dos imigrantes. In MOTA, A.; MARINHO, M. G. S. M. C (orgs). **Saúde e História de Migrantes e Imigrantes: Direitos, Instituições e Circularidades**. São Paulo: Casa de Soluções e Editora, 2014. Pág. 99.

BORDIN, R.; MISOCZKY, M. C. Sistema Nacional de Saúde do Haiti – Uma introdução: Caracterização sociodemográfica. In: BARCELOS, R.; BORDIN, R.; MISOCZKY, M. C. **Fortalecimento da rede de serviços de saúde: Um relato da cooperação Brasil/Cuba/Haiti**. Rio Grande do Sul: Publicato Editora, 2015. Pág. 27-30.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, Seção II, p. 33-34, 1988.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990a. Seção 1, p. 18055-18059.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011: regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde — SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2011.

CAVALCANTI, L.; OLIVEIRA, A. T.; TONHATI, T. (orgs.). A inserção dos imigrantes no mercado de trabalho brasileiro. Brasília: **Cadernos do Observatório das Migrações Internacionais**, 2014, pág. 14.

CAVALCANTI, L.; OLIVEIRA, T.; TONHATI, T.; DUTRA, D. A inserção dos imigrantes no mercado de trabalho brasileiro. Relatório Anual 2015. Observatório das Migrações Internacionais; Ministério do Trabalho e Previdência Social/Conselho Nacional de Imigração e Coordenação Geral de Imigração. Brasília, DF: OBMigra, 2015.

CAVALCANTI, L. Imigração e mercado de trabalho no Brasil: Características e tendências. Cadernos Obmiga: **Revista Migrações Internacionais**. v. 1, n. 2, 2015.

COTINGUIBA, G. C.; PIMENTEL, M. L. Apontamentos sobre o processo de inserção social dos haitianos em Porto Velho. **Travessia**, São Paulo, v. 70. p. 99-106, 2012.

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

CUIABÁ. Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá. **Plano Municipal de Saúde de Cuiabá-MT (2013-2017)**. Novembro de 2013, pág. 13.

EDBERG, M.; CLEARY, S.; VYAS, A. A trajectory model for understanding and assessing health disparities in immigrant/refugee communities. **Journal Immigrant Minority Health**. V.13, pág. 576-584, 2011.

FARIA, A. V. **A diáspora haitiana para o Brasil: o novo fluxo migratório (2010-2012)**. 2012. Dissertação (Mestrado em Geografia) – Programa de Pós-Graduação em Geografia, Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.

FILIPPIM, E. S.; ZENI, K. Migração haitiana para o Brasil: acolhimento e políticas públicas. **Pretexto**. Belo Horizonte, v. 15, fascículo 12, pág. 11-27, 2014.

GOMES et al. Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29,n. 9, pág. 1829-1842, set, 2013.

INGLEBY, D. Acquiring health literacy as a moral task. In: **International journal of migration, health and social care**. Emerald Group Publishing, Vol.8, p. 22-31, 2012.

ITAMARATY. **Relações exteriores**. República do Haiti. Disponível em: <http://www.itamaraty.gov.br/pt-BR/ficha-pais/5221-republica-do-haiti>. Acesso em 11 de Setembro de 2016.

KOBETZ, E. et al. Barriers to breast câncer screening among haitian immigrant women in little Haiti, Miami. **Journal Immigrant Minority Health**. V. 12, pág. 520-526, 2010.

KOBETZ, E. et al. Impacts of the 2010 haitian earthquake in the diáspora: findings from Little Haiti, Miami, FL. **Journal Immigrant Minority Health**. V. 15, pág. 442-447, 2013.

LUIZ, R. R., MAGNANINI, M. F. A lógica da determinação do tamanho da amostra em investigações epidemiológicas. **Cad Saúde Coletiva**. 2000;8:9-28.

MARQUES, M. C. C.; AFONSO, F. C.; SILVEIRA, C. A atenção à saúde do imigrante no contexto histórico da saúde pública em São Paulo. In: MOTA, A.; MARINHO, M. G. S. M. C (orgs). **Saúde e História de Migrantes e Imigrantes: Direitos, Instituições e Circularidades**. São Paulo: Casa de Soluções e Editora, 2014. Pág. 75.

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

MEDEIROS JÚNIOR, A.; RONCALLI, A. G. Políticas de saúde no Brasil. In: FERREIRA, M. A. F.; RONCALLI, A. G.; LIMA, K. C. **Saúde bucal coletiva: conhecer para atuar**. Natal: EDUFRN, 2004. p. 249-259.

MELO, R. A.; CAMPINAS, L. L. S. L. Multiculturalidade e morbidade referida por imigrantes bolivianos na Estratégia Saúde da Família. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 34 n.1, pág. 25-35, 2010

MISSÃO PAZ. Participação no projeto de Elaboração da Política de Saúde para População Imigrante no SUS. São Paulo, 2015. Disponível em: www.missaonspaz.org/single-post/2015/08/18/Participação-no-projeto-de-Elaboração-da-Política-de-aúde-para-População-Imigrante-no-SUS. Acesso em: 23 de ago 2016.

MORAES, I. A.; ANDRADE, C. A. A.; MATTOS, B. R. B. A imigração haitiana para o Brasil: Causas e desafios. **Rev. Conjuntura Austral**. Rio Grande do Sul, v. 4,nº 20, p. 95-114, 2013.

MPHP - Ministry of Public Health and Population. Strategic Plan for Health Sector Reform. Port-Au-Prince: MPHP, 2005.

MURARO AP, LEÃO LHC, BORGES, FT, MARTINS MAC, CASTRO ML, PALOS CC. Haitians in the amazon state of Mato Grosso: an analysis of the health, work and environmental relations. Anais do 11º Epidemiology Congresso f the Americas 2016. Disponível em: <https://epiresearch.org/wp-content/uploads/2016/06/2016-Abstract-Book-Final.pdf>.

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

NOYMER, A.; LEE, R. Immigrant health around the world: evidence from the world values survey. **J Immigrant Minority Health**. V.15, pág. 614-623, 2013.

OPAS. HEALTH IN THE AMERICAS. Haiti. Volume II, Countries, pág. 423, 2007. Disponível em: http://ais.paho.org/hia_cp/en/2007/haiti%20English.pdf?ua=1

OBMIGRA. Observatório das Migrações Internacionais: Ministério do Trabalho e Previdência Social. Disponível em: <http://acesso.mte.gov.br/obmigra>. Acesso em: 01 ago 2016.

UNDP - United Nations Development Programme. 2014 Human Development Report: “Sustaining Human Progress: Reducing Vulnerabilities and Building Resilience”. Disponível em: <http://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/hdr/2014-human-development-report.html>. Acesso em outubro de 2016.

PATARRA, N. L. Brasil: país de imigração?. In: FERNANDES D.; PEIXOTO, J (editores). **Revista Internacional em Língua Portuguesa**. III Série, n. 24, pág. 65, 2011.

PINHEIRO, R. e MATTOS, RA. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Hucitec/IMS/Uerj-Abrasco, 2005.

ROSSI, E; BORGES, KL; CIVIL, D; VENERE, P; MURARO, AP. Perfil sociodemográfico de imigrantes haitianos que chegaram em Cuiabá no ano de 2013. Anais da VI Mostra de Extensão da Universidade Federal de Mato Grosso. Página 63. Disponível em: <http://www.ufmt.br/procev/arquivos/53150096fa6429dbd5382b8bb14c5681.pdf>.

SANTANA, C. L. A., et al. Rede de serviço de saúde e apoio social aos refugiados e imigrantes: Barreiras de acesso aos serviços de saúde e apoio social para imigrantes. In: MOTA, A.; MARINHO, M. G. S. M. C (orgs). **Saúde e História de Migrantes e Imigrantes: Direitos, Instituições e Circularidades**. São Paulo: Casa de Soluções e Editora, 2014. Pág. 176.

SÃO PAULO (cidade). Câmara Municipal de São Paulo. Projeto de Lei 01-00142/2016 do executivo: Institui a Política Municipal para a População Imigrante, dispõe sobre seus objetivos, princípios, diretrizes e ações prioritárias, bem como sobre o Conselho Municipal de Imigrantes. São Paulo, 2016. Disponível em: [http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/direitos_humanos/PL%20142_2016_Pt\(1\).pdf](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/direitos_humanos/PL%20142_2016_Pt(1).pdf).

SÃO PAULO (cidade). Prefeitura de São Paulo. 1ª Conferência Municipal de Políticas para Imigrantes. São Paulo, 2014. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/direitos_humanos/Doc%20Final_Conf%20Mun%20Imigrantes%20de%20SP_2014.doc.

SAWYER, D. O., *et al.* Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, pág. 757-776, 2002.

SILVA, S. A. De refugiados a imigrantes: Desafios e inserção sociocultural dos haitianos em Manaus. In SANTIN, T.; BOTEAGA, T (orgs). **Vidas em trânsito: Conhecer e refletir na perspectiva da mobilidade humana**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2014. Pág.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso utilização de serviços de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, 2004.

SCATENA, J.H.G.; OLIVEIRA, L. R.; GALVÃO, N.D.; NEVES, M. A. B. Caracterização das regiões de saúde de Mato Grosso. In: SCATENA, L. H. G., et al (orgs). **Regiões de Saúde: Diversidade e processo de regionalização em Mato Grosso**. Cidade: Hucitec Editora, ANO, Pág. 173-167.

THE WORLD BANK. Haiti. 2016. Disponível em: <http://data.worldbank.org/country/haiti>

THE WORLD BANK. The Migration and remittance. 2011. Disponível em:
<http://siteresources.worldbank.org/INTPROSPECTS/Resources/334934-1199807908806/Haiti.pdf>

UNHCR. Agência da ONU para Refugiados. Refúgio no Brasil: Uma análise estatística. Pág. 1. Disponível em: <http://reporterbrasil.org.br/documentos/17nov2014__factsheet.pdf>. Acesso em: dezembro de 2015.

WHO. How health systems can address health inequities linked to migration and ethnicity. WHO, Regional office for Europe, Copenhagen, 2010. Disponível em: <http://bit.ly/jKAe3T>

WHO World Health Organization. Haiti: WHO statistical profile. (2015). Disponível em: <<http://www.who.int/gho/countries/hti.pdf>>

Local (kote): _____ Tempo (tan): _____

Local (kote): _____ Tempo (tan): _____

Local (kote): _____ Tempo (tan): _____

Local (kote): _____ Tempo (tan): _____

Local (kote): _____ Tempo (tan): _____

Tempo total entre origem e destino- em dias (Total tan antou ant orijin ak destinasyon): _____

3.5. Recebeu ajuda financeira para vir para o Brasil? - Ou resevwa èd finansye pouw vini Brezil?

¹() Sim-Wi ²() Não-Non [pule para 3.8.- si non sote ak 3.8]

3.6. De quem recebeu esta ajuda? (familiares, amigos, governo, agiotas...): **Ki moun ki moun ki baw asistans sa a (fanmi, zanmi, prêter)** _____

3.7. Possui dívida financeira relacionada a esta ajuda? ou gen dèt finansye ki gen rapò ak èd sa a?

¹() Sim-Wi ²() Não-Non

3.8. Quanto tempo você quer ficar no Brasil? Konbyen tan ou panse passe nan Brezil?

¹() ≤ 1 ano-ane ²() 1 -| 3 anos-zan ³() 3 -| 5 anos-zan ⁴() > 5 anos- zan ⁵() não sei- pa konen

3.9. Após chegar ao Brasil suas expectativas foram atendidas? Ou satisfè de saw te panse de Brazil la?

¹() Sim-Wi ²() Não-Non ³() Parcialmente

3.10. Após o Brasil, pretende migrar para outro país? Aprè Brezil ou panse al nan lòt Peyi?

¹() Sim-Wi ²() Não-Non [pule para 3.12.- si non sote ak 3.12]

3.11. Qual país pretende migrar após o Brasil? _____

3.12. Com que frequência entra em contato com familiares e/ou amigos que estão no Haiti? - Chak konbyen fwa ou fè kontak ak fanmi / oswa ak zanmi ki an Ayiti?

¹() todos os dias- Chak jou

²() 4 a 6 vezes por semana - >= 4 a 6 fwa pa semèn

³() de 2 a 3 vezes por semana - 2 a 3 fwa pa semèn

⁴() pelo menos uma vez por semana - pou pi piti yon fwa pa semèn

⁵() pelo menos uma vez por mês - pou pi piti yon fwa pa mwa

⁶() menos de uma vez por mês - pi piti keyon fwa pa mwa ⁷() Não tenho contato- M Pa gen kontak

3.13. Como este contato ocorre? Kòman ou fè pouw rantre an kontak

¹() Internet- Entènèt ²() Telefone-Telefòn ³() Cartas/correio-Lèt

⁴() outro- Lót: _____

3.14. Você envia dinheiro para alguém no Haiti? Ou voye lajan pou kèk moun na Ayiti?

¹() Sim-Wi ²() Não-Non [pule para 3.19.- si non ale dirèkteman nan kesyon 3.19 lan.]

3.15. Para quem você envia dinheiro? Pou ki mounn ou voye?

¹() Mãe/Pai- Manmanw/ Papaw

²() Esposa/Marido- madanm/Mari

³() Esposa/Marido e filhos/ Madanm/Mari ak pitit

⁴() Familiares (tios, avós, irmãos)- Fanmiy (tonto,tant,gran ak gran papa)

⁵() Outros-Lòt: _____

3.16. Para o quê você envia este dinheiro? Pou ki saw voye kòb as?(wè kèk opsyon ki pi komen)

¹() Apoio para a família (esposa e/ou filhos)- pou ede fanmiyw (madanm ak pitit)

²() Apoio para parentes (pais, tios...)- Pou ede paranw (papaw/manamnw, toton/tant)

³() Pagamento de dívidas- Pou peye dèt

⁴() Outros- Lòt: _____

3.17. Com que frequência você envia dinheiro? Chak konbyen fwa ou voye kòb

¹() ≥ 2 vezes por semana - ≥ 2 fwa pa semèn

²() pelo menos uma vez por semana - pou pi piti yon fwa pa semèn

³() pelo menos uma vez por mês - pou pi piti yon fwa pa mwa

⁴() menos de uma vez por mês - pi piti keyon fwa pa mwa

3.18. Como você envia o dinheiro para o Haiti? Kòmanw voye kòb Ayiti?

¹() Western Union ²() Transferência bancária- Transfè nan bank

³() Outro- Lòt: _____

3.19. Você envia dinheiro para alguém em outro país? Ou voye kòb pou kèk moðunn nan lòt peyi?

¹() Sim-Wi, qual: _____ ²() Não (Non)

3.20. No último mês, qual foi sua renda (reais)? - Konbyen mwa ki pase a te revni ou?

⁰() Nenhuma ¹() $\leq 724,00$ reais ²() 725,00 à 1500,00 reais ³() 1501,00 à 2200,00 reais

⁴() $\geq 2201,00$ reais ⁵() Não soube informar-M pa konen ⁶() Não quis informar-M pa vle diw

3.21. Quanto da sua renda está comprometida com dívida financeira relacionada para vinda ao Brasil?

Konbyenw retire chak mwa nan kòb ou touche a pouw voye peye dèt out e fè pouw vinn Brezil la?

¹() Bem menos da metade do que ganha (menos de 25%)-Pi piti anpil ke mwatye nan saw touche (mwens ke 25%)

²() Um pouco menos da metade (26 a 50%)- Pi piti ke mwatye nan saw touche (26 a 50%)

³() Um pouco mais da metade do que ganham (51 a 75%)- yon ti kras anplis mwatye saw touche (51 a 75%)

⁴() Bem mais da metade do que ganham (76 a 100%)- Li depase anpil passe mwatye nan saw touche (76 a 100%)

⁵() Não se aplica

4. TRABALHO E SAÚDE DO TRABALHADOR - Travay ak sante TRAVAYÈ

4.1. Está trabalhando atualmente? - Wap travay nan aktyèlman?

¹() Sim-Wi ²() Não-Non [pule para 5.1. - si non ale jous nan kesyon 5.1.]

4.1.1 Em caso positivo, desde quando (Si wi, depi ki lè)? _____ anos e (ane ak) _____ meses (mwa)

¹() menos de um mês - PI piti ke yon mwa

4.2. Você trabalha em mais de um emprego? - Ou ap travay plizyè nkote?

¹() Sim-Wi ²() Não-Non

4.3. Qual sua ocupação? Ki saw fê?

_____ Classificação segundo CBO: _____
 _____ Classificação segundo CBO: _____

4.4. Qual o tipo de vínculo você possui? Sou ki fòm ou travay?

¹() Informal-Enfòmèl ²() Carteira de trabalho assinada-Ak kanè siyen
³() Contrato temporário-Ak KONtra tanporè

4.5. Em geral, quantas horas por dia você trabalha? -Antou, konbyen èd tan ou travay pou chak semèn? _____
 horas

4.6. Quantos dias por semana você trabalha? - Konbyen jou pa semèn ou ap travay?

¹()1 ²()2 ³()3 ⁴()4 ⁵()5 ⁶()6 ⁷()7

4.7. Em que turno você trabalha? – Kilè ou travay

¹() Diurno ²() Noturno ³() Alternado

4.8. Você tinha alguma experiência no emprego em que trabalha? Ou te gen esperians deja nan travay wap fê kounye a?

¹() Sim-wi ²() Não-Non

4.9. A empresa ofereceu algum tipo de treinamento/capacitação prévia? Konpayi kotew travay la te baw k`k antrenman avanw te kòmanse travay?

¹() Sim-wi ²() Não-Non

4.10. Quem lhe informou sobre os procedimentos envolvidos em seu trabalho? (marque todas as opções que se aplicarem)- Ki mounn ki te baw enfòmasyon sou prosesis travay ou a? (make tout opsyon ou itilize)

¹() Chefe-Chèf ²() Supervisor-Sipèvizè ³() Companheiro de trabalho-Kolèg travay

⁴() Outro-Lòt: _____

4.11. Neste trabalho, você recebeu treinamento sobre segurança do trabalho? Nan travay ou a, eske yo baw teknik sekirite pouw travay?

¹() Sim-wi ²() Não-Non ³() Não sei – Pule para a questão 4.12

4.11.1. Quem lhe treinou? (marque todas as opções que se aplicarem) - Ki mounn ki te aprann ou?

¹() Chefe-Chèf ²() Supervisor-Sipèvizè ³() Companheiro de trabalho-Kolèg travay

⁴() Outro-Lòt: _____

4.12. Você percebe algum risco na atividade que exerce (físico, químico, ergonômico, acidente...)? Eske gen anpil risk aktivite wap ekzèse a (fizik, chimik, aksidan)?

_____ **Classificação:** _____

4.13. O que te incomoda na execução das suas atividades? Ki sa ki enwiyon nan ekzekisyon aktivite wou?

4.14. Você já sofreu alguma forma de discriminação ou humilhação no trabalho? – Ou souffri diskrimanasyon/abemiyasyon de já nan travay ou?

¹() Sim ²() Não

5. CARACTERÍSTICAS GERAIS DE SAÚDE - Karakteristik Jeneral Sou Lasante

5.1. Como você classificaria seu estado de saúde? - Kouman ou ta konpare eta santew?

¹() Excelente- Ekselan ²() Muito boa- trè bom ³() Boa- bom ⁴() Regular- Nòmral ⁵() Ruim- mal

5.2. Sua condição de saúde mudou depois que você veio para o Brasil? - Kondisyon santew chanje aprèw ou vinn ret Brezil?

¹() Sim-Wi ²() Não-Non [pule para 5.4. - si non sote 5.4.]

5.3. Como você acha que sua saúde mudou (comparada com antes de migrar)? – Ou panse ke sitiyaasyon sante (konpare ak anvan migrasyon).

¹() Muito melhor-Li bon anpil ²() Melhor-Li bon ³() Razoável-mwayèn

⁴() Pior-Mal ⁵() Muito Pior-Pi mal

5.4. Aqui no Brasil, quando você adoecer, que tipo de ajuda você busca? - (marque todas as opções que se aplicarem) Isit Brezil, lèw malad ki fòm èd kew chache?(make tout opsyon ou itilize)

¹() Automedicação-Ou pran medikaman pou pwop tèt ou

²() Procura o serviço público de saúde-Chache sèvis sante piblik

³() Procura o serviço privado de saúde- Chache sèvis sante prive

⁴() Outro - lèt _____

⁵() Não se aplica/Nunca adoeci no Brasil-M pa janm malad Brezil

5.5. Você toma algum medicamento de uso contínuo? - Ou pran kèk medikaman ke dwe bwè chak jou?

¹() Sim-Wi ²() Não-Non Se sim, qual-Si se wi, ki sa? _____

5.6. Como você adquire este medicamento? Kòmanw fè pou jwenn remèd sa

¹() Compra com recursos próprios- Ou achtel ak kòb paw ²() SUS ³() Doações- Kèk mounn baw

⁴() Outro: _____

5.7. Você tem alguma doença crônica? Ou gen kèk maladi ki pa janm pase depi lontan?

¹() Sim-Wi ²() Não-Non

Em caso positivo, qual -Si se wi, ki sa? _____

6. ACESSO E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE - AKSÈ AK ÌTILIZASYON SÈVIS LASANTE

6.1. Possui algum Seguro de Saúde? Ou gen sekirite sante

¹() Sim-Wi ²() Não-Non

6.2. Você já precisou utilizar algum serviço de saúde? - Èske w te bezwen itilize deja kèk sèvis swen sante?

¹() Sim-Wi ²() Não-Non (pule para 6.4)

6.3. Qual o tipo? Ki kalite?

¹() Atendimento de emergência - Swen ijans - ²() Público - Piblik ³() Privado - Prive

⁴() Hospital – Ioplita - ⁵() Público - Piblik ⁶() Privado - Prive

⁷() Clínica médica - Klinik medikal - ⁸() Público ⁹() Privado (Especialidades)

¹⁰() Clínica odontológica (dentista) - Klinik Dante (Dantis) - ¹¹() Público ¹²() Privado

¹³() Serviço básico de saúde (Postinho) - Sèvis Sante Debaz (Sant de sante) - ¹⁴() Público ¹⁵() Privado

6.4. Você já foi abordado por algum trabalhador de saúde? - Kék moun ki travay nan sante te fè entèviou deja?

¹() Sim-Wi ²() Não-Non

6.5. Você foi vacinado alguma vez aqui no Brasil? Ou pran vaksen nan Brezil deja?

¹() Sim-Wi ²() Não-Non

6.5.1. Possui cartão de vacinas? katon vaksenw?

¹() Sim-Wi ²() Não-Non

7. HÁBITOS DE VIDA Abitid de vi

7.1. Considerando o último mês, em média, quantas horas você dorme por dia? - An konsideran dènye mwa a, an mwayèn, konbyen èdtan ou dòmi pou chak jou? _____ horas Lè

7.2. Você pratica alguma atividade física? Ou pratike kèk aktivite fizik?

¹() Sim-Wi ²() Não-Non

7.3. Você fuma cigarro atualmente? - Ou fimen sigarèt aktyèlman?

¹() Sim-Wi ²() Não, nunca fumei -Non, mwen pa janm fimen [Pule para 7.5]

³() Não, fumei no passado, mas parei de fumar- Non, mwen fimen nan tan lontan an, mwen sispann fimen [Pule para 7.5]

7.4.. Em média, quantos cigarros você fuma por dia atualmente - Nan mwayèn, konbyen sigarèt ou fimen chak jou kounye a? _____ cigarros (Sigarèt)

7.5. Alguém na sua casa fuma?

¹() Sim-Wi ²() Não-Non

7.6. Com que frequência você consome bebida alcoólica? - Chak ki lè ou konsome alkòl?

¹() Diariamente - Chak jou

²() 5 a 6 vezes por semana - 5 a 6 fwa chak semèn

³() 3 a 4 vezes por semana - 3 a 4 fwa chak semèn

⁴() 1 a 2 vezes por semana - () 1 a 2 fwa chak semèn

⁵() Quase nunca/menos de uma vez por mês- () Pa janm oswa prèske pa janm

⁶() Não consumo bebida alcoólica

8. INFORMAÇÕES SOBRE HÁBITO ALIMENTAR E CONSUMO DE REFEIÇÕES

ENFÒMASYON SOU ABITID MANJE AK KONSOMASYON MANJE YO

Em média, com que frequência você fez as seguintes refeições nos últimos seis meses (marque com um X no local apropriado): Nan mwayèn, konbyen fwa ou fè repa sa yo, manje dènye sis mwa sa yo (make ak yon X nan plas ki apwopriye a):

	Diariamente ak jou	5 a 6 vezes na mana 6 fwa chak semèn	3 a 4 vezes na mana 4 fwa chak sem èn	1 a 2 vezes na mana 2 fwa chak semèn	Nunca ou quase nunca janm oswa presk janm
café da manhã - <i>Dejene</i>					
lanche da manhã- <i>Goute matin</i>					
almoço - <i>Dine</i>					
lanche da tarde- <i>Goute aprè midi</i>					
sopa - <i>Soupe</i>					
lanche (lanche antes de dormir) <i>Goute anvan yo dòmi</i>					

Onde você, geralmente, realizou as seguintes refeições nos últimos 6 meses (marque com um X no local apropriado) - *Ki kote anjeneral ou fè repa sa yo nan 6 mwa ki sot pase yo (make ak yon X nan plas ki apwopriye*

	Geralmente não realiza anjanman yo pa fè	Casa <i>kay</i>	Trabalho (fábrica, escritório). <i>travay (feterya)</i>	Lanchonete, cafeteria, restaurante, bar, restaurante, <i>feterya, ba, restoran,</i>	Outros
café da manhã - <i>Dejene</i>					
lanche da manhã- <i>Goute matin</i>					
almoço - <i>Dine</i>					
lanche da tarde- <i>Goute aprè midi</i>					
sopa - <i>Soupe</i>					
lanche (lanche antes de dormir) <i>Goute anvan yo dòmi</i>					

9. SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL- Sekirite Alimantè Noutrisyonèl

Em todos os quesitos, você deve se referir aos ÚLTIMOS 3 MESES para orientar a resposta da (o) entrevistada (o).- Nan tout kesyonw pral poze la yo ou dwe pale de 3 denye mwa yo pouw oryante repons mounn ou pral fè entèviou a.

Agora vou ler para você algumas perguntas sobre a alimentação em sua casa. Elas podem ser parecidas umas com as outras, mas é importante que você responda a todas elas.- Kounye a mwen pral li kèk kesyon sou aliman lakay ou. Yon ka sanble ak lòt, men li enpòtan pouw reponn tout.

Nº	Perguntas e filtros	Categorias e códigos
1	Nos ÚLTIMOS 3 MESES, você teve a preocupação que a comida na sua casa acabasse antes que tivesse condições de comprar mais comida? Nan 3 dènye mwa sa yo, ou te pè pou manje pat fini lakay ou avan kew te gen kòb pouw achte lòt?	1()Sim-wi 2()Não-Non 3()Não sabe-pa konen
2	Nos ÚLTIMOS 3 MESES, a comida acabou antes que tivesse dinheiro de comprar mais comida? Nan 3 dènye mwa as yo, manje te fini la kay ou avanw te gen kòb pouw achte lòt?	1()Sim-wi 2()Não-Non 3()Não sabe-pa konen
3	Nos ÚLTIMOS 3 MESES, você ficou sem dinheiro para ter uma alimentação saudável e variada? Nan 3 dènye mwa as yo ou te gen pwoblèm kòb pouw te byen manje	1()Sim-wi 2()Não-Non 3()Não sabe-pa konen
4	Nos ÚLTIMOS 3 MESES, você teve que se basear em apenas alguns poucos tipos de alimentos para alimentar os moradores com menos de 18 anos? Nan 3 dènye mwa as yo ou te bazew nan apènn kèk tip de nouriti pou ti mounn ki gen pi piti ke 18 tan	1()Sim-wi 2()Não-Non 3()Não sabe-pa konen
<p>Caso a(o) entrevistado tenha respondido “Não” ou “Não sabe” em todos os quesitos 1 a 4 encerre o módulo. Caso contrário (qualquer um dos quesitos respondidos afirmativamente), siga para o quesito: Si moun ki bay entèviou a di non oubyen pa konen pou tou le 4 kesyon sa yo, ou mèt fini la. Sil ta reponn yon nan yo ou mèt kontinye</p>		
5	Nos ÚLTIMOS 3 MESES, você ou algum adulto da sua casa diminuiu, alguma vez, a quantidade de alimentos nas refeições, ou pulou refeições, porque não havia dinheiro suficiente para comprar a comida? Nan 3 dènye mwa sa yo kèk granmounn lakay ou te oblije diminye kantite manjel paske pat gen kòb sifi pouw achte manje?	1()Sim-wi 2()Não-Non 3()Não sabe-pa konen
6	Nos ÚLTIMOS 3 MESES, você alguma vez comeu menos do que achou que devia porque não havia dinheiro o suficiente para comprar comida? Nan 3 denye mwa as yo ou te oblije manje pi piti ke saw ka manje, paskew pa gen kòb pouw achte manje?	1()Sim-wi 2()Não-Non 3()Não sabe-pa konen
7	Nos ÚLTIMOS 3 MESES, você alguma vez sentiu fome mas não comeu porque não podia comprar comida suficiente? Nan 3 dènye mwa as yo, ou te grangou epiw pat manje paskew pat gen kòb pouw achte manje?	1()Sim-wi 2()Não-Non 3()Não sabe-pa konen
8	Nos ÚLTIMOS 3 MESES, você perdeu peso porque não tinha dinheiro suficiente para comprar comida? Pwaw desann nan 3 dènye mwa as yo paskew pat gen kòb pouw achte manje?	1()Sim-wi 2()Não-Non 3()Não sabe-pa konen
9	Nos ÚLTIMOS 3 MESES, você ou qualquer outro adulto em sua casa ficou, alguma vez, um dia inteiro sem comer ou, teve apenas uma refeição ao dia, porque não havia dinheiro para comprar a comida?	1()Sim-wi 2()Não-Non 3()Não sabe-pa konen
<p>Os quesitos abaixo devem ser perguntados apenas em domicílios que tem moradores menores de 18 anos (crianças e/ou adolescentes), se não houver, encerre o módulo. Kesyon ki anba yo, ou dwe fè yo apènn nan kay ki gen mounn ki gen pi piti ke 18 tan (Ti mounn ou adolesan) Si pa genyen sote pati sa.</p>		
10	Nos ÚLTIMOS 3 MESES, você não pôde oferecer a algum morador com menos de 18 anos, uma alimentação saudável e variada, porque não tinha dinheiro? Nan 3 denye mwa as yo ou pat ka bay yon bom manje ki gen plizyè kalite pou yon ti mounn la kay ou paskew pat gen kòb pouw achte manje?	1()Sim-wi 2()Não-Non 3()Não sabe-pa konen
11	Nos ÚLTIMOS 3 MESES, algum morador com menos de 18 anos não comeu em quantidade suficiente, porque não havia dinheiro para comprar a comida? Nan 3 dènye mwa as yo kèk ti moun ki gen pi piti ke 18 tan lakay ou te oblije nan kantite ki pap sifi paskew pat gen kob pou achte manje?	1()Sim-wi 2()Não-Non 3()Não sabe-pa konen
12	Nos ÚLTIMOS 3 MESES, você, alguma vez, diminuiu a quantidade de alimentos das refeições de algum morador com menos de 18 anos, porque não havia dinheiro suficiente para comprar a comida? Nan 3 dènye mwa as yo ou te oblije redwi man kèk ti mounn paskew pat gen kòb pouw achte manje?	1()Sim-wi 2()Não-Non 3()Não sabe-pa konen

13	Nos ÚLTIMOS 3 MESES, alguma vez algum morador com menos de 18 anos deixou de fazer alguma refeição, porque não havia dinheiro para comprar a comida? Nan 3 denye ma as yo kèk ti moun pi piti ke 18 tan te sote yonn nan repa yo paskew pat gen kòb?	¹ ()Sim-wi ² ()Não-Non ³ ()Não sabe-pa konen
14	Nos ÚLTIMOS 3 MESES, algum morador com menos de 18 anos teve fome, mas você simplesmente não podia comprar mais comida? Nan 3 denye mwa as yo, kèk ti mounn te gran mounn ki gen pi piti ke 18 tan te grangou epiw pat gen Kòb pouw te achte manje?	¹ ()Sim-wi ² ()Não-Non ³ ()Não sabe-pa konen
15	Nos ÚLTIMOS 3 MESES, algum morador com menos de 18 anos teve apenas uma refeição ao dia, ou ficou sem comer por um dia inteiro, porque não havia dinheiro para comprar comida? Nan dènye 3 mwa sa yo kèk ti moun lakay ou te manje yon sèl fwa nan yon jounen oubyen te passe yon jou san manje paskew pat gen kòb pouw te achte manje?	¹ ()Sim-wi ² ()Não-Non ³ ()Não sabe-pa konen

10. AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA E DA PRESSÃO ARTERIAL - *Avalyasyon Antropometrik Ak Tansyon*

10.1. Medidas antropométricas - *mezi antropometrik*

peso (Pwa)	_ _ _ , _ kg		
estatura (Otè)	_ _ _ , _ cm	_ _ _ , _ cm	dia _ _ _ _ , _ cm
circunferência da cintura (konferans ren)	_ _ _ , _ cm	_ _ _ , _ cm	dia _ _ _ _ , _ cm
porcentagem de gordura (pasantaj grès)	_ _ _ , _ %	_ _ _ , _ %	
porcentagem de músculo esquelético	_ _ , _ %		
	corporal	visceral	

10.2. Avaliação da pressão arterial - *Evalyasyon Tansyon*

pressão arterial (Tansyon)	medida _ _ _ _ x _ _ mm Hg	medida _ _ _ _ x _ _ mm Hg
	medida _ _ _ _ x _ _ mm Hg	dia _ _ _ _ x _ _ mm Hg

Terminamos nossa entrevista. Você tem alguma pergunta ou comentário que gostaria de fazer?

Nou fini entèviou nou na, ou gen kèk kesyon oubyen kèk Kòmantè ou ta renmen fè?

Muito obrigada pela sua participação na pesquisa!

Mèsi pou patisipasyonw nan rechèch sa

APÊNDICE B: Termo de consentimento livre e esclarecido
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto: Estudo da migração haitiana para Mato Grosso: etno-história, perfil socioeconômico, condições de saúde e acesso ao SUS

Coordenadora: Ana Paula Muraro (ISC/UFMT)

Objetivo principal: avaliar o fluxo migratório, perfil demográfico e socioeconômico, acesso aos serviços de saúde e hábitos de vida dos imigrantes haitianos que chegaram ao estado de Mato Grosso a partir de novembro de 2012

Procedimentos: este estudo consistirá de um levantamento das características do fluxo migratório e do perfil dos imigrantes (demográfico, socioeconômico, acesso à serviços de saúde e hábitos de vida). Serão avaliadas, por meio de entrevistas e questionário semi-estruturado, informações sobre dados demográficos e socioeconômicos (escolaridade, trabalho e renda), da auto-percepção do estado de saúde, acesso aos serviços de saúde no estado, hábitos de vida e dados antropométricos (peso, estatura e circunferência de cintura). Alguns indivíduos podem ser selecionados para entrevistas abertas para a narrativa da história de migração e outros com caso de adoecimento por condição crônica ou aguda em nosso estado, com a necessidade de cuidados e assistência em saúde, para a elaboração de Itinerários Terapêuticos.

Possíveis riscos e desconforto: os participantes da pesquisa não sofrerão nenhum tipo de risco à saúde e o desconforto será mínimo. Serão submetidos apenas à entrevistas e aferição de peso, estatura, circunferência de cintura e pressão arterial.

Benefícios previstos: esta caracterização possibilitará o melhor planejamento de políticas públicas e ações horizontais na área social, de saúde (promoção, prevenção e assistência) e de educação.

Eu, fui informado dos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios desta pesquisa, descritos acima.

Entendo que terei garantia de confidencialidade, ou seja, que apenas dados consolidados serão divulgados e ninguém além dos pesquisadores terá acesso aos nomes dos participantes desta pesquisa. Entendo também, que tenho direito de receber informações adicionais sobre o estudo a qualquer momento, mantendo contato com o coordenador. Fui informado, ainda, que minha participação é voluntária e que se eu preferir não participar ou deixar de participar deste estudo em qualquer momento, não acarretará qualquer tipo de penalidade.

Assinatura:.....

.....
 Assinatura do coordenador
 Ana Paula Muraro

Em caso de necessidade, contate a pesquisadora através do telefone (65) 8118-5993 ou do email: muraroap@gmail.com

Para obter informações sobre este projeto, fazer contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Julio Muller, fone: (65) 3615-8254, sob a coordenação da profª Shirley Ferreira Pereira.

Cuiabá, de de 2014.

ANEXO A: Aprovação pelo Comitê de ética



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estudo da migração haitiana para Mato Grosso: etno-história, perfil socioeconômico, condições de saúde e acesso ao SUS

Pesquisador: Ana Paula Muraro

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 29120414.0.0000.5541

Instituição Proponente: Instituto de Saúde Coletiva da UFMT

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 568.930

Data da Relatoria: 26/03/2014

Apresentação do Projeto:

A situação social no Haiti vem, desde muito, se apresentando como uma das maiores catástrofes humanitárias das Américas. Segundo relatório de 2010 da United Nations Conference on Trade and Development e Unctad, o Haiti é o país mais pobre das Américas e está entre os 49 mais pobres do mundo. Se não bastasse a crise política que o país vive há mais de 20 anos, situações de extrema gravidade como o terremoto em 2010, que matou mais de 230 mil pessoas, e a epidemia de cólera em 2011, contribuiu para a deterioração do tecido social e ampliação da extrema miséria em que vive a maior parte da população (FARIA, 2012; GIRALDI, 2012). Neste contexto, a busca de saídas inclui, naturalmente, a emigração. Muitos haitianos optam por deixar o país com destino, principalmente para o Canadá, EUA, França, Antilhas Francesas, República Dominicana e Brasil, sendo estimado que cerca de 3 milhões de haitianos tenham emigrado do país (FARIA, 2012). O presente projeto de pesquisa refere-se a migração haitiana para o Brasil, mais especificamente para o estado de Mato Grosso, tendo como objetivo avaliar o fluxo migratório, perfil demográfico e socioeconômico, a etno-história do imigrante haitiano e sua cosmovisão, acesso aos serviços de saúde e hábitos de vida dos imigrantes haitianos que chegaram ao estado a partir de 2012.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral: avaliar o fluxo migratório, perfil demográfico e socioeconômico, acesso aos serviços

Endereço: Rua Fernando Correa da Costa nº 2367

Bairro: Boa Esperança

CEP: 78.060-900

UF: MT

Município: CUIABA

Telefone: (63)3615-8254

E-mail: shirleyfp@bol.com.br



Continuação do Parecer: 568.930

de saúde e hábitos de vida dos imigrantes haitianos que chegaram ao estado de Mato Grosso a partir de 2012.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

*Benefícios: visão globalizada e realística dos imigrantes haitianos no estado do Mato Grosso. Melhoria das condições de saúde para os haitianos através de orientações educacionais.

*Riscos:nenhum.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de relevância para a Saúde Pública mato-grossense e para o entendimento a respeito da imigração haitiana e história de vida destes haitianos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

*TCLE: foi apresentando incluindo todas as informações necessárias para a pesquisa, incluindo riscos e benefícios da mesma para os sujeitos da pesquisa.

*Autorização da Casa Pastoral dos Imigrantes de Mato Grosso apresentada com devida concessão de coleta de dados.

Recomendações:

Nenhuma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Propomos a aprovação do projeto.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado em relação à análise ética.

Endereço: Rua Fernando Correa da Costa nº 2367
Bairro: Boa Esperança **CEP:** 78.060-900
UF: MT **Município:** CUIABA
Telefone: (63)3615-8254 **E-mail:** shirleyfp@bol.com.br



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
JÚLIO MULLER-
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



Continuação do Parecer: 568.930

CUIABA, 26 de Março de 2014

Assinador por:
SHIRLEY FERREIRA PEREIRA
(Coordenador)

Endereço: Rua Fernando Correa da Costa nº 2367

Bairro: Boa Esperança

CEP: 78.060-900

UF: MT

Município: CUIABA

Telefone: (63)3615-8254

E-mail: shirleyfp@bol.com.br