



Londrina PR, de 02 a 05 de Julho de 2019.

**III CONGRESSO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL:  
DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS  
IV SEMINÁRIO NACIONAL DE TERRITÓRIO E GESTÃO DE POLÍTICAS SOCIAIS  
III CONGRESSO DE DIREITO À CIDADE E JUSTIÇA AMBIENTAL**

Fluxos Migratórios e Políticas Sociais

**Cultura, saúde e imigração.**

Afrânna Hemanuely Castanho Duarte<sup>1</sup>

Higor Henrique Nogueira Gozzo<sup>2</sup>

Julia Ramalho Rodrigues<sup>3</sup>

Líria Maria Bettiol Lanza<sup>4</sup>

**Resumo:** Este estudo discute a mobilidade humana e seus impactos de âmbito cultural no sistema de saúde brasileira, tendo como base uma pesquisa qualitativa com o uso de técnicas quali-quantitativas, com formulários distribuídos aos imigrantes e entrevistas em profundidades com esses sujeitos, além de entrevistas com profissionais de saúde da Região Metropolitana de Londrina-PR. Utilizando um referencial teórico fundamentado no campo crítico, este artigo apresenta uma série de choques culturais entre o Sistema Único de Saúde e as compreensões de saúde do povo haitiano.

**Palavras-chave:** Cultura; Saúde; Imigração Haitiana.

**Abstract:** In order to discuss the human mobility and its impact of the cultural context in the Brazilian health system this academic paper concerns a qualitative research using qualitative and quantitative techniques forms with immigrants interviews in depth with these subjects, as well as interviews with health professionals in the metropolitan area of Londrina/PR. Through a theoretical framework based on the critical field, this article presents a series of cultural clashes between the National Health System and health understandings of the Haitian people.

**Keywords:** Culture; Health; Haitian Immigration.

---

<sup>1</sup> Discente de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual de Londrina (UEL). Mestre em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS 2018). E-mail: afrannia@gmail.com

<sup>2</sup> Discente da graduação em Serviço Social na Universidade Estadual de Londrina, bolsista de Iniciação Científica (UEL); graduado em Direito pela Universidade Norte do Paraná (UNOPAR) e; Aluno Especial do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual de Londrina (UEL). E-mail: higorhenriquen@gmail.com

<sup>3</sup> Discente de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual de Londrina (UEL). Bolsista da CAPES. Bacharela em Serviço Social pela UEL. E-mail: ramalhorodrigues.julia@gmail.com

<sup>4</sup> Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Docente do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social da Universidade Estadual de Londrina (UEL). E-mail: liriabettio.l.j@gmail.com



## **1 INTRODUÇÃO**

A presença dos imigrantes recentes no Brasil nas últimas décadas (desde 2010) tem trazido desafios no que tange à política migratória, que se expressa desde a nova Lei da Migração de 2017, na perspectiva dos direitos humanos, identificando os migrantes como portadores de direitos, tencionando o Estado no que diz respeito às suas demandas sociais, características, bem como aos efeitos da migração no país. Assim, quanto ao acesso desses imigrantes, sobretudo os haitianos, sujeitos deste estudo, às políticas públicas, muitas barreiras são encontradas. Para este artigo, optou-se pela análise da cultura, tendo como foco a saúde pública, posto que é um direito humano fundamental, vinculado à produção e reprodução social.

O objetivo do estudo ora apresentado é discutir, do ponto de vista cultural, a mobilidade humana e seus impactos no sistema de saúde brasileiro. O universo da pesquisa foi a região metropolitana de Londrina-PR, tendo como amostra, cinco municípios que concentravam a maior número de imigrantes no ano de 2016: Cambé, Londrina, Rolândia, Jaguapitã e Arapongas. Para isso, foram utilizados dados de uma pesquisa mista<sup>5</sup>, contando com 57 formulários aplicados aos haitianos, bem como 03 entrevistas em profundidade com sujeitos informantes e 05 entrevistas com profissionais de saúde inseridos nos respectivos territórios.

Este texto organiza-se em cinco seções, incluindo introdução. Na segunda, o debate sobre a cultura é problematizado no campo crítico, procurando demonstrar os desafios dessa abordagem no campo das migrações. Na terceira seção, o SUS foi posto em tela frente à temática cultural e a seu reconhecimento legal e operacional, já indicando as migrações como realidade a ser enfrentada no que diz respeito ao acesso às políticas públicas. A quarta seção trata especialmente do fluxo migratório haitiano em interface com a cultura e suas manifestações nos sistemas de saúde e a quinta traz as considerações finais.

## **2 CULTURA E MIGRAÇÃO: ABRINDO O DEBATE**

As definições de cultura, no âmbito das ciências humanas e sociais, podem levar a caminhos analíticos diferenciados quanto ao que se observa. Diversos autores (ORTIZ, 2003, LÉVI-STRAUSS, 1999) se ocuparam da cultura enquanto objeto de estudo. No entanto, é na antropologia que se consolidou um acervo teórico expressivo sobre o tema,

---

5 Dados do grupo de pesquisa do CNPq "Serviço Social e saúde: formação e exercício profissional" que desenvolve desde 2016 o projeto de pesquisa "Trajetórias dos imigrantes nos territórios: a construção do acesso às políticas de seguridade social" (UEL/Fundação Araucária). Para saber mais ver [www.uel2/grupos/sersaude](http://www.uel2/grupos/sersaude)



confundido por muitos como exclusivo. Dos estudos antropológicos derivam noções como alteridade e diversidade cultural, entre outros. Assim, considerando as múltiplas contribuições disciplinares, fundamentais para refutar historicamente o uso da cultura como forma de classificação entre superiores e inferiores, selvagens e civilizados, comuns, por exemplo, na crítica ao etnocentrismo, optou-se pela discussão da temática, de enfoque sociológico, a partir das relações sociais e sua base materialista.

Se, por um lado, a antropologia moderna, entre os universalistas e os particularistas, procurou observar, descrever e analisar os diferentes grupos e povos existentes e seus sistemas culturais também existentes; de outro lado, no referencial crítico, o debate da cultura coloca novas exigências, posto o próprio conceito de classes sociais e a categoria da totalidade.

O referencial teórico utilizado justifica-se pelo imbricamento da cultura com a ideologia, potencializado no atual contexto da sociedade capitalista. Para isso, partiu-se da abordagem gramsciana, considerando que os dois termos não podem ser analisados separadamente. Para essa tarefa, utilizou-se um dos comentadores brasileiros de Antônio Gramsci, que produziu análise importante acerca da cultura e da ideologia<sup>6</sup>.

Dias (2000) parte do contexto em que Gramsci problematiza tal temática, em 1916, uma vez que a cultura surge como uma questão no interior do movimento socialista italiano: “Ela é ou não uma necessidade para o movimento operário e socialista?”. Nesse sentido, ao contrapor-se às concepções burguesas de cultura e a seu viés enciclopédico e erudito, o pensador italiano propunha outra forma de compreendê-la:

*.../dou à cultura este significado: exercício do pensamento, aquisição de ideias gerais, hábito de conectar causas e efeitos. Para mim, todos já são cultos, porque todos pensam, todos conectam causas e efeitos. Mas o são empiricamente (...) não organicamente. E assim como sei que a cultura é também conceito basilar do socialismo, porque integra e concretiza o vago conceito de liberdade de pensamento, assim gostaria também que ele fosse vivificado por outro. Pelo de organização. Organizemos a cultura, assim como buscamos organizar toda a vida prática (GRAMSCI *apud* DIAS, 2000, p.68, grifos do autor).*

Percebe-se que, para Gramsci, a cultura é política e, portanto, as reflexões em torno dela passam por seu papel estratégico na construção da hegemonia, entendida como a capacidade de construir uma nova concepção de mundo e de outra ordem social e econômica. Para isso, Dias (2000, p.70), embasado em Gramsci, aponta que a cultura deve ser democrática, intransigente, organizada, e organizada desinteressadamente. Desse modo, é possível identificar a orgânica relação entre cultura e ideologia, que é lócus da dominação de uma classe sobre a outra. Nesse sentido, a potência da cultura está na sua capacidade de libertar os homens das amarras da ideologia dos dominantes, pelo processo que ela engendra de pensar e saber se posicionar criticamente na vida.

---

<sup>6</sup> Refere-se ao autor Edmundo Fernandes Dias (1942-2013) especialmente de sua obra “Gramsci em Turim: a construção do conceito de hegemonia”. São Paulo: Xamã, 2000.



Hegemonia, portanto, passa a configurar como uma tarefa a ser percorrida a partir da aprendizagem da filosofia da práxis, a fim de recuperar a autonomia do pensamento, que pode orientar a ação. Toda relação hegemônica é uma ação pedagógica, e a organização da cultura é fundamental para Gramsci, até porque o autor reconhece a dimensão da tarefa mediante as vontades desagregadas das classes e grupos subalternos, que se recompõem com o decorrer da história com a indústria cultural<sup>7</sup> (ADORNO; HORKHEIM, 1985) e a homogeneização da cultura de massas como forma de dominação e exclusão do novo.

Em uma tentativa de aproximar os pressupostos teóricos apresentados à realidade atual, examinou-se, de forma particular, a cultura como um elemento a ser analisado, especialmente no aspecto da política de saúde brasileira no que tange aos imigrantes<sup>8</sup> haitianos recentes, que, no período de 2010 a 2015, incluindo aqueles com visto permanente e os que solicitaram refúgio, totalizaram, de maneira geral, 85.079 haitianos no país (BAENINGER; PERES, 2017, p.128). Ainda, compõe a tendência inversa da mobilidade humana no sentido sul-sul, demarcados como “periféricos na periferia” (VILLEN, 2015)

Do ponto de vista da mobilidade humana, o referencial teórico da vertente materialista (SAYAD, 1998; SINGER, 1998), ao demarcar as relações sociais e produtivas capitalistas como determinantes para a migração, e essa como um processo social, evidencia uma primeira condição de todos os migrantes recentes no universo de pesquisa: são todos trabalhadores, e o trabalho é a razão essencial do migrar. O recorte classista é reconhecido, mas, conforme Sayad (1998), o acréscimo do termo imigrante o difere de outro trabalhador. “A estadia autorizada ao imigrante está inteiramente sujeita ao trabalho, única razão de ser que lhe é reconhecida: ser como imigrante primeiro, mas também como homem estando subordinada a sua condição de imigrante. Foi o trabalho que fez “nascer” o imigrante, que o fez existir; é ele, quando termina, que faz “morrer” o imigrante (...)” (SAYAD, 1998, p.55)

Diante do exposto, a imigração já representa uma fratura na identidade de classe desses homens e mulheres, posto que o embate entre imigrantes e nacionais perpassa processos econômicos, sociais, políticos e culturais, a partir de um projeto hegemônico que considera a mão de obra imigrante funcional e adaptável ao existente, bem como, enquanto subalternos, a questão cultural tende a enfrentar outros e maiores obstáculos. Sendo assim, problematizar a cultural, nos marcos do pensamento gramsciano, no contexto das

---

7 “/.../ a técnica da indústria cultural levou apenas à padronização e à produção em série, sacrificando o que fazia diferença entre a lógica da obra e a do sistema social. Isso, porém, não deve ser atribuído a nenhuma lei evolutiva da técnica enquanto tal, mas a sua função na economia actual” (ADORNO; HORKHEIMER, 1985, s/p).

8 Para Sayad (1996, p.54) “Um imigrante é essencialmente uma força de trabalho, e uma força de trabalho provisória, temporária, em trânsito”. Nesse sentido, ao longo do artigo foram utilizadas tanto a expressão imigração e migração, considerando sua provisoriidade.



migrações, perpassa questões estruturais e conjunturais de, no mínimo, dois países envolvidos nas tramas da internacionalização e mundialização do capital.

Na realidade investigada, impedidos de participar da vida social e pública, seja pelas condições objetivas de vida e trabalho (FAQUIN; BETTIOL LANZA, 2018) seja pela barreira linguística, a própria relação abissal dos movimentos sociais e outras formas de organização dos trabalhadores com os imigrantes tende a reforçar a desagregação, o apoliticismo e a espontaneidade dos subalternos (TOLEDO, 2013). De tal forma, a dimensão pedagógica da cultura é particularizada exclusivamente em relação a identidade. No caso dos imigrantes, impede de tornar mais claras as formas de dominação, discriminação e segregação a que estão expostos, como será problematizado na próxima seção ao focar tais debates no âmbito da saúde pública.

### **3 O TRATO DA CULTURA NO SUS**

O Sistema Único de Saúde (SUS), desde sua idealização até sua operacionalização nos dias atuais, enfrenta muitos obstáculos relacionados às tensões políticas e ideológicas que se fazem presentes desde o início do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, (MRSB) na segunda metade década de 1970, o qual fomentou o embrião de um sistema público de saúde, tendo como uma das bandeiras a defesa do processo de democratização do país. Na contramão, porém, desenvolviam-se as ameaças da política neoliberal presentes desde a década de 1990, que visam privatizar os serviços públicos e diminuir o papel do Estado na formulação e na garantia da proteção social.

De acordo com Paiva e Teixeira (2014), as bases do MRSB têm forte relação com a formação de seus atores, que se deu principalmente com o desenvolvimento de cursos de medicina preventiva a partir da década de 1950, assim como a criação de instituições como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) na década de 1970. Grupos populares da igreja católica e da esquerda de bairros periféricos, assim como as associações e sindicatos dos profissionais de saúde também foram atores da fertilização do movimento, tendo grande contribuição e repercussão na VIII Conferência Nacional de Saúde no ano de 1986, um grande marco para as mudanças na política de saúde no país.

Apesar da promulgação da Constituição Federal de 1988 e das mudanças políticas institucionais provenientes da democratização do país e da criação do SUS, entende-se que o MRSB é um processo ainda inconcluso. A criação do SUS era apenas um dos objetivos do movimento, já que este envolveria maiores esforços na capacidade de produzir mudança estrutural na sociedade, através de novas bases de um projeto contra-hegemônico



comprometido com a igualdade social, política e econômica do país, em defesa de melhores condições de vida de toda a população, sem discriminação (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Feitas essas primeiras considerações a respeito da criação do SUS e de suas principais fontes de articulação com o MRSB, daremos continuidade à reflexão das mudanças conceituais e epistemológicas oriundas desse processo que beneficiará o caminho, mesmo que conflituoso, da concepção ampliada de saúde que vai muito além de um cuidado centrado no controle de doenças e/ou em procedimentos técnicos.

O trato da cultura no SUS parte de vários movimentos internos e externos que se complementam, ainda que timidamente, frente às tensões já citadas. Elencamos por meio da pesquisa bibliográfica três características importantes dessa intersecção do campo da cultura no SUS: 1) o avanço no campo epistemológico na saúde coletiva, por meio da aproximação com a antropologia; 2) a compreensão dos determinantes sociais no processo saúde-doença; 3) e a concepção do princípio da integralidade da saúde. Acreditamos que essas características se relacionam entre si e fundamentam esses movimentos contra-hegemônicos frente ao paradigma biomédico historicamente constituído.

Em relação à primeira característica, de acordo com Souto e Oliveira (2016, p.207):

A constituição do campo da saúde coletiva situa-se no campo de disputa epistemológica ao promover a emergência e visibilidade de outros saberes, populares, de povos tradicionais, até então desqualificados, pelo monopólio do saber da ciência moderna, como pensamentos não científicos, e muitas vezes objeto de um verdadeiro epistemicídio.

Essa disputa epistemológica em defesa de outros saberes vai ao encontro à compreensão assinalada por Minayo (2012) ao tratar da constituição da disciplina da antropologia da saúde no Brasil e de como esta vem compor uma importante interação com o campo da saúde coletiva. Para autora, essa interação nasceu no MRSB e, com o passar do tempo, foi amadurecendo no campo da universidade e na gestão da política de saúde, resultando em influências e alterações do modelo assistencial. Considerando que a tradição da antropologia tem como grande contribuição a compreensão da cultura, essa compreensão também passará a ser problematizada na construção e operacionalização do SUS.

Introduzindo o tema da cultura na interpretação das estruturas, da sociedade e, também, do tema da saúde e da doença, a antropologia demarca um espaçamento radical, na medida em que o fenômeno cultural não é apenas um lugar subjetivo. Ele possui uma objetividade que tem a espessura da vida, por onde passa o econômico, o político, o religioso, o simbólico e o imaginário. Ele é também o lócus onde se articulam conflitos e concessões, tradições e mudanças e onde tudo ganha sentido, ou sentidos, uma vez que nunca há humano sem significado assim como nunca existe apenas uma explicação para determinado fenômeno (MINAYO, 2012, p.191).

O campo da antropologia vem a contribuir quando questiona o etnocentrismo, neste caso, a centralidade da concepção de saúde biomédica e suas formas de entender, explicar as causas das doenças e os modelos terapêuticos. O modelo biomédico hospitalocêntrico,



desde sua constituição, passa a ter domínio nas práticas de saúde, não apresentando um olhar para as singularidades e a subjetividade de grupos com culturas e modos de vidas diferentes, a partir de outras explicações dos fenômenos.

Nesse caminho há também uma impulsão internacional, marcada pelos organismos mundiais, que passa a validar conceitos, assim como práticas e métodos de atenção à saúde de práticas tradicionais e alternativas diferentes da racionalidade biomédica. Destacamos a definição de saúde, inserida na Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS) desde sua criação em 1948 e na Conferência da Alma Ata na década de 1970, que dá destaque e retoma a definição de saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade” (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p.88).

Elencamos que o trato da cultura no SUS também é influenciado pela adoção internacional do conceito de determinantes sociais, compreendendo que os fatores sociais, assim como as iniquidades entre grupos, interferem na saúde da população. Apesar de algumas críticas existentes aos limites desse conceito<sup>9</sup>, é importante destacar o impulso internacional e suas grandes influências no sistema público de saúde no Brasil, como a criação da Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) no ano de 2006, que passa a auxiliar a gestão da política de saúde nessa perspectiva (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Outro importante reconhecimento da OMS foram as medicinas tradicionais e medicinas complementares e alternativas, que, no Brasil, tem essas modalidades terapêuticas amparadas e legitimadas pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS desde o ano de 2006. Para Andrade e Costa (2010, p.507), a PNPIC “evoca uma ‘política de inclusão terapêutica’ aberta a outros saberes e racionalidades”. Isso implica considerar o ser humano como ser integral ponderando seus aspectos físicos e espirituais, assim como os diferentes saberes e experiências. Para os autores, a PNPIC também tem fortalecido o princípio da integralidade na atenção à saúde, mesmo que, pelo seu caráter polissêmico, esse princípio encontre diferenças conceituais. Acreditamos que a integralidade enquanto princípio dos SUS dialoga com a necessária diretriz de respeito e inclusão da diversidade cultural nas práticas terapêuticas em saúde, por isso elencamos a influência do princípio da integralidade no trato da cultura no SUS.

De acordo com a Lei orgânica da saúde (nº8080/1990), o princípio da integralidade corresponde ao “conjunto contínuo e articulado de ações e serviços, preventivos e curativos, individuais e coletivos, em todos os níveis de complexidade do sistema” (Brasil, 1990, p. 04). De acordo com Andrade e Costa (2010, p. 505), a integralidade, nesse sentido, atribui-se a

---

<sup>9</sup> Para mais informações pesquisar o conceito de Determinação Social na Saúde Borde, Alvarez e Porto (2015); CEBES (2010) e Barata (2001).



um ideal em processo a ser alcançado no âmbito do SUS e sua construção conceitual “[...] abre-se às racionalidades terapêuticas de outros sistemas de cuidados, como é o caso da Medicina complementar. Assim, a amplitude desse movimento se nutre do pluralismo diagnóstico-terapêutico que as MT/MCA a seu modo promovem”.

Acreditamos serem essas algumas das influências e modos operados do conceito de cultura no âmbito do SUS, considerando desde sua apropriação conceitual no campo epistemológico, intermediado por movimentos políticos em defesa da saúde enquanto direito universal e democrático. Reiterando o objetivo de acolher e dar voz à diversidade cultural no campo das relações humanas e promover um cuidado em saúde integral, valorizando os aspectos de bem-estar dos sujeitos, físico, mental, espiritual e social.

Os processos migratórios atuais no país e no mundo também têm demandado respostas dos Estados Nacionais frente às necessidades de bem-estar e proteção social dos imigrantes. A nova Lei Nacional de Imigração nº 13.445, de 24 de maio de 2017, apesar de muitos vetos na aprovação, garante avanços a serem gerenciados e concretizados por políticas inclusivas. No que compete à saúde, o tratamento de saúde é uma das finalidades para a concessão de visto temporário e autorização de residência. A Lei também assegura o acesso aos serviços públicos de saúde sem discriminação por sua condição de imigrante.

A garantia desses avanços no trato com as políticas sociais tem exigido novos esforços políticos e de resistência dos movimentos sociais e de trabalhadores implicados, frente às recentes alterações gerenciadas pelo governo anterior de Michel Temer e do atual governo de Jair Bolsonaro. Em janeiro deste ano, o presidente Bolsonaro declarou a saída do Brasil do Pacto Global de Migração da ONU<sup>10</sup> (Organização das Ações Unidas). O Pacto é um projeto de cooperação internacional que estabelece orientações para o recebimento dos imigrantes de forma que a imigração seja segura e respeite os Direitos Humanos, reconhecendo principalmente as vulnerabilidades e os benefícios desse processo de imigração. A saída do Brasil neste momento reflete e reafirma a posição política e ideológica deste governo, aliado a interesses imperialistas norte-americanos privilegiando seus interesses econômicos, desrespeitando aspectos socioculturais importantes e da vida de milhões de imigrantes que buscam melhores condições de vida em todo o mundo.

## **4 A PRESENÇA DOS IMIGRANTES HAITIANOS EM INTERFACE COM A CULTURA E O ACESSO À SAÚDE**

### **4.1 Migração haitiana no Brasil e região**

---

<sup>10</sup> <https://news.un.org/pt/story/2018/12/1650601>



O fluxo migratório haitiano no Brasil, em específico na região metropolitana de Londrina, por maioria, representa mais da metade dos imigrantes na região, sendo 72,5% majoritariamente homens, na faixa etária de 19 a 29 anos, e que estão no país em busca de trabalho para um desenvolvimento de vida (FAQUIN; BETTIOL LANZA, 2018, p. 142). Esses imigrantes se fazem presentes, abundantemente, em virtude das catástrofes naturais associadas às moléstias vivenciadas em decorrência da organização social capitalista e o perfil colonizatório.

O perfil dos imigrantes, como os haitianos no Brasil, teve seu início no começo da presente década. Originaram-se de países cujo desenvolvimento econômico está aquém ao do Brasil, tratados por Villen (2015) como “periféricos na periferia”. Como os haitianos, a massa migratória de países periféricos passa a se deslocar não apenas para os países centrais ou do chamado “primeiro mundo”. Em menor escala, começaram, também, a dirigir-se para outros países que, “a despeito de ocuparem uma posição subordinada no mercado mundial, se encontram numa situação um pouco menos dramática” (VILLEN, 2015, p. 251).

É nesse novo contexto de mobilidade global, em que aparecem as migrações Sul-Sul, também entre e em direção aos países da América Latina, que o Brasil emerge como país receptor de fluxos migratórios, destacando depois de 2010, data do terremoto, a nacionalidade haitiana na região metropolitana de Londrina.

#### **4.2 Acesso dos migrantes haitianos à saúde em interface com a cultura**

O debate presente neste artigo se pauta pela compreensão de que “as pessoas não se movem apenas entre fronteiras nacionais, mas também entre e dentro de sistemas médicos diferenciados” (SANTOS, 2016, p. 489). Entende-se, assim, como necessário o aprofundamento dos estudos acerca do acesso dos imigrantes ao SUS com base na concepção ampliada de saúde que a política de saúde brasileira propõe e, além disso, nas vivências e práticas que esses migrantes carregam no âmbito da cultura. Outros estudos já apontaram a questão do acesso desses sujeitos às políticas de Seguridade Social. É possível, também, afirmar que ocorrem convergências e divergências dos migrantes na relação com os brasileiros (SANA; RODRIGUES; BETTIOL LANZA, 2018; FAQUIN; BETTIOL LANZA, 2018).

Uma questão da realidade social brasileira, que também se faz presente entre o povo haitiano, é a responsabilidade central da mulher no mundo do cuidado, sendo esta a responsável pelo cuidado do âmbito doméstico, dos filhos e dos enfermos. Nesse sentido, conforme os dados da pesquisa “Trajetórias dos imigrantes nos territórios: a construção do acesso às políticas de Seguridade Social”, a partir da aplicação de formulários a esses



sujeitos, as mulheres representam a maior parcela dos usuários que acessam os serviços de saúde, visto que 96% das imigrantes haitianas já acessaram os serviços da política de saúde. Em contrapartida, apenas 69% dos homens haitianos acessaram os serviços do Sistema Único de Saúde.

Assim, considerado esse dado acerca da responsabilidade da mulher no mundo do cuidado (MIOTO; DAL PRÁ, 2015), percebe-se que há reproduções da lógica patriarcal no acesso às políticas públicas. Além dos dados dos formulários, nas entrevistas em profundidade com haitianos também ficou notória a responsabilização das mulheres no âmbito doméstico a partir da divisão sexual do trabalho, apresentando uma forma de organização social por meio de determinações de gênero (KERGOAT, 2009). E, além disto, o processo de feminização do fenômeno migratório é verificado no aumento das mulheres que migram e também pela alteração do perfil dessas mulheres. Embora não se dê de forma homogênea no cenário internacional, é visível no fluxo migratório haitiano para o Brasil que as haitianas permanecem se posicionando como coadjuvantes do projeto migratório familiar, acompanhando seus esposos com a função principal de cuidar da família e da casa.

Além disso, a partir da afirmação de Santos (2016) de que a migração se dá também entre sistemas de saúde, entende-se que são presentes diferentes compreensões dos determinantes sociais no processo saúde-doença. Isso possibilita certos conflitos culturais que ocorrem entre as práticas em saúde dos migrantes haitianos e o SUS. Como já foi exposto acerca da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), que visa incorporar as práticas de medicinas tradicionais, complementares e alternativas ao SUS, com o intuito de garantir a integralidade na atenção à saúde, é possível visualizar uma discrepância entre a compreensão do processo de saúde-doença do povo haitiano e a que o SUS carrega.

Os haitianos apresentam representações culturais da doença e da saúde que não dependem de diferenças biológicas, mas, sim, de diferenças socioculturais (GIODA, 2017). Primeiramente, então, é preciso partir “do pressuposto de que todos têm cultura, e de que é a cultura que determina essas particularidades” (LANGDON; WIIK, 2010, p. 174). O processo de saúde e doença no Haiti não é marcado por um modelo etiológico e terapêutico único e consensual entre o povo daquele país, em vista da sua diversidade religiosa, cultural e social decorrente de sua formação sócio-histórica. “Em linhas gerais, o conceito tradicional de saúde no Haiti está relacionado ao equilíbrio entre os fatores físico, emocional, social e espiritual” (GIODA, 2017, p. 55), transcendendo o conceito de saúde definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Segundo Langdon e Wiik (2010), “o sistema de atenção à saúde é tanto um sistema cultural quanto um sistema social de saúde”, visto que é uma associação de terapias tanto



da medicina tradicional quanto da biomedicina contemporânea, que, segundo Gioda (2017), organiza-se em três grupos principais de saberes: i) saberes e formas de atenção biomédicas; ii) saberes e formas de atenção tradicional; iii) saberes e formas de atenção espirituais. Conforme os dados coletados, em curso, junto aos haitianos, “a gente não gosta bastante de ir no médico [...] não somos muito amigos de hospital. Quando você vai no hospital lá no Haiti é muita coisa, é grande, é porque você tá doente de verdade. [...] E a gente não é tão amigo de comprimido”. Assim, esses sujeitos mostram uma tendência de buscar, inicialmente, a solução de suas necessidades em saúde na medicina tradicional e em práticas terapêuticas espirituais. Apenas se essa medicina não resolver o problema, é que irão acessar o sistema biomédico de saúde, ou seja, quando estão “doentes de verdade”, como uma haitiana se referiu aos doentes em situação gravíssima.

Assim, em referência à trajetória terapêutica, o processo de assistência à saúde do povo haitiano não se centraliza no modelo da biomedicina, como ainda é reforçado pelo SUS. As práticas terapêuticas podem ser a busca por *mèdsyn fèy*, sacerdotes *vodou*, padres e pastores e, no caso das gestantes, as *matròn*. A partir de uma combinação de modelos etiológicos e terapêuticos, compreendem que não há uma divisão entre corpo e espírito e se baseiam principalmente na homeopatia, conhecimento das ervas, práticas mais naturais.

Nesse processo, cabe sinalizar que o povo haitiano convive com uma realidade de extrema precariedade do sistema de saúde biomédico. Portanto, além de toda a sua compreensão da melhor forma de cuidar das necessidades em saúde, os haitianos não contam com um sistema estruturado que oferte uma assistência à saúde de qualidade (GIODA, 2017). As condições dos serviços de saúde são precárias, na ordem física, na oferta de medicamentos e também pelo déficit de recursos humanos. Diante desse contexto, ocorre a responsabilização da família pelos cuidados do ente adoentado e da própria manutenção do serviço de saúde em relação à higienização. Embasado no pluralismo religioso, o povo haitiano constrói um percurso combinando um pluralismo etiológico e terapêutico, a partir de uma mistura de diagnósticos e tratamentos. Então, nesse sentido, a população haitiana procura intervenção para suas enfermidades no âmbito doméstico, e os conhecimentos do uso das ervas e das folhas se apresentam como um modelo homeopático médico popular que já está intrínseco na realidade do povo haitiano.

No que tange às percepções dos profissionais de saúde em relação aos imigrantes, em sua maioria, eles não compreendem a cultura do sujeito que busca um tratamento de saúde e esperam que os imigrantes se adaptem à cultura local, incidindo muitas vezes numa aculturação direta. Nota-se na tratativa uma carência de empatia, que se manifesta pela falta de interesse em compreender culturalmente o sujeito que almeja uma proposta



terapêutica relacionada à sua realidade, levando em consideração sua subjetividade e trajetória de vida em aspectos diferentes do praticado na cultura local. Além dos preconceitos em relação à origem, subestimam a capacidade de expressão dos imigrantes quanto às suas necessidades de saúde e ao reconhecimento de suas particularidades. Esses parâmetros ocorrem e, no âmbito geral dos usuários, mantém-se engendrado um atendimento técnico e rotineiro, o qual, muitas vezes, não consegue ser qualificado, ou interessado nas particularidades de outrem. Com isso, esses imigrantes são tidos apenas como um processo a ser cumprido, não sendo vistos como os demais usuários

Diante do exposto, é fundamental compreender que as interpretações do processo saúde-doença e terapia não variam apenas de uma sociedade para outra, mas também entre os sujeitos de uma sociedade. Isso é possível observar pela combinação dos modelos etiológicos e terapêuticos que os haitianos apresentam. Assim, “as questões inerentes à saúde e à doença devem ser pensadas a partir dos contextos socioculturais específicos nos quais os mesmos ocorrem” (LANGDON; WIIK, 2010, 174). Sem empatia e capacitação voltadas à questão indenitária das percepções culturais do corpo, da saúde e da doença, os profissionais da saúde dificilmente poderão atender integralmente as necessidades dos usuários, podendo incorrer em incompreensões e preconceitos.

## **5 RESULTADOS E CONCLUSÕES**

A partir da discussão apresentada, fica evidente que a intersecção da Política de Saúde brasileira com a cultura se desdobra por meio de intenções políticas e ideológicas dos sujeitos que mobilizaram a construção do MRSB e de suas repercussões com a criação do SUS e influências teóricas metodológicas no campo da saúde coletiva.

A disputa epistemológica, nesse campo, dispõe-se como uma disputa política e ideológica contra a hegemonia do modelo biomédico presente na assistência à saúde. Nesse sentido, com base nos autores referenciados, acreditamos que os esforços atuais pela legitimidade dos princípios e diretrizes do SUS, embora pulverizados pelo projeto privatista biomédico, ainda reúne forças para a construção de uma nova concepção de mundo, de outra ordem social e econômica, à luz de um projeto contra-hegemônico comprometido com os direitos humanos universais, igualdade social, política e econômica, valorizando e respeitando as diferenças culturais. Os usuários e trabalhadores do SUS vivenciam essa tensão na própria organização política e assistencial da política de saúde.

A crescente realidade de imigrantes haitianos acessando o SUS nos faz compreender que eles migram, para o Brasil, carregados de representações culturais sobre a doença e a saúde, junto com uma combinação de modelos etiológicos e terapêuticos, o



que repercute em um choque cultural com a estruturação do sistema público de saúde brasileiro. Já os profissionais, em sua maioria, apresentam um desconhecimento baseado em diversos mitos acerca da realidade dos imigrantes, reproduzindo atos discriminatórios e focalizados na doença. Sendo assim, acreditamos que a luta pela superação do modelo médico hegemônico é condição essencial para a reconstrução dos processos de trabalho em saúde na perspectiva dos direitos humanos.

## REFERÊNCIAS

- ADORNO, T.; HORKHEIMER, M. **Dialética do esclarecimento**. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.
- ANDRADE, J. T; COSTA, L. F. A. Medicina Complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia médica. **Revista Saúde e Soc.**, São Paulo, v.19, n.3, p.497-508, 2010.
- BAENINGER, R; PERES, R. Migração de Crise: a imigração haitiana para o Brasil. **R. Bras. Est. Pop.**, Belo Horizonte, , v.34, n.1, p.119-143, jan. - abr. 2017.
- BRASIL, Lei 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, 19 set. 1990a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. 96 p.**
- BUSS, P.M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 17, v. 1, p. 77-93, 2007.
- DIAS, E.F. **Gramsci em Turim: a construção do conceito de Hegemonia**. São Paulo: Xamã, 2000.
- FAQUIN, E.S.; BETTIOL LANZA, L.M. Imigrantes e seus “Acessos” às Políticas de Seguridade Social: reflexões acerca da Região Metropolitana de Londrina/PR. **O Social em Questão**, Rio de Janeiro, n. 41, p. 131-154, maio - ago. 2018
- GIODA, F.R. **Agentes, saberes e práticas no processo saúde/doença no Haiti**. 2017. 443 f. Tese (Doutorado em Sociologia Política) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Florianópolis, 2017.
- KERGOAT, D. Divisão sexual do trabalho e relações sociais de sexo. In: HIRATA, H. et al. (Orgs.). **Dicionário crítico do feminismo**. São Paulo: Editora Unesp, 2009. p. 67-75.
- LANGDON, E.J.; WIJK, F.B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, n.18, v. 3, p. 173-181, 2010.
- LÉVI-STRAUSS, C. Antropologia estrutural. In: CUCHE, D. **A noção de cultura nas ciências sociais**. Bauru: Edusc, 1999.



Londrina PR, de 02 a 05 de Julho de 2019.

MINAYO, M. C. S. Contribuições da Antropologia para Pensar e Fazer saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2012.

MIOTO, R. C. T.; DAL PRÁ, K.R. Serviços Sociais e responsabilização da família: contradições da Política Social Brasileira. In: MIOTO, R.C.T.; CAMPOS, M.S.; CARLOTO, C.M. (Orgs.). **Familismo, direitos e cidadania: contradições da política social**. São Paulo: Cortez, 2015, p. 147 – 178.

ORTIZ, R. **Mundialização e Cultura**. São Paulo: Ed. Brasiliense, 2003.

PAIVA, C.H.A.; TEIXEIRA, L.A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.15-35, jan.-mar. 2014.

SANA, D.S.; RODRIGUES, J.R.; BETTIOL LANZA, L.M. Território e imigração: aproximações acerca do acesso dos imigrantes haitianos à política de saúde na região de Londrina/PR. **Emancipação**, Ponta Grossa, v. 18, n. 2, p. 266-280, 2018.

SANTOS, F.V. A inclusão dos imigrantes internacionais nas políticas do sistema de saúde brasileiro: o caso dos haitianos no Amazonas. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 477 – 494, abr-jun. 2016.

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

SINGER, P. **Migrações Internas: considerações teóricas sobre seu estudo**. 14 ed, São Paulo: Contexto, 1998.

SOUTO, L.R.F.; OLIVEIRA, M.H.B. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. **Revista Saúde e Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 204-218, jan.-mar. 2016.

TOLEDO, A. F. **A categoria classes e grupos subalternos de Antônio Gramsci e sua teorização pelo Serviço Social brasileiro**. 2013. Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2013.

VILLEN, P. O estigma da ameaça ao emprego pelos periféricos na periferia: crise e imigração no Brasil. **Rua**, Campinas, v. 21, n. 2, p. 247-264, dez. 2015.