

Vinente dos Santos, Fabiane
A inclusão dos migrantes internacionais nas políticas do sistema de saúde brasileiro: o
caso dos haitianos no Amazonas
História, Ciências, Saúde - Manguinhos, vol. 23, núm. 2, abril-junio, 2016, pp. 477-494
Fundação Oswaldo Cruz
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=386146270015>



A inclusão dos migrantes internacionais nas políticas do sistema de saúde brasileiro: o caso dos haitianos no Amazonas

The inclusion of international migrants in Brazilian healthcare system policies: the case of Haitians in the state of Amazonas

Fabiane Vinente dos Santos

Técnica em Saúde Pública, Instituto Leônidas e Maria Deane/Fiocruz Amazônia.
Rua Teresina, 476
69057-070 – Manaus – AM – Brasil
vinente@gmail.com

Recebido para publicação em janeiro de 2015.
Aprovado para publicação em dezembro de 2015.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702016000200008>

SANTOS, Fabiane Vinente dos. A inclusão dos migrantes 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, abr.-jun. 2016, p.477-494.

Resumo

A partir do enfoque etnográfico sobre as redes sociais articuladas em torno da questão do imigrante no Amazonas, o artigo reflete sobre como o Sistema Único de Saúde (SUS) respondeu às demandas colocadas por um contingente inesperado de novos usuários, tendo em vista os princípios doutrinários que lhe dão sustentação, especialmente o da equidade. O foco é a onda de imigração haitiana rumo ao Brasil, iniciada em fevereiro de 2010 pelos estados fronteiriços da região Norte: Acre, Rondônia e Amazonas, concentrando-se neste último, descrevendo alguns aspectos do período mais crítico da imigração (entre março de 2010 e março de 2012) e sua recepção pelo SUS.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde (SUS); migração internacional; Haiti; Amazonas; acesso universal.

Abstract

A wave of Haitian immigration into Brazil began in February 2010 through three northern border states: Acre, Rondônia, and Amazonas. Focusing on the state of Amazonas, the article uses an ethnographic approach to explore the social networks involved in this immigrant issue and examines how Brazil's Sistema Único de Saúde (SUS) responded to the demands placed by this unexpected contingent of new users vis-à-vis the system's guiding constitutional principles, particularly equity. A picture is painted of some aspects of the most critical immigration period (March 2010-March 2012) and of the public healthcare system's reception of these Haitian newcomers.

Keywords: Sistema Único de Saúde (SUS); international migration; Haiti; Amazonas; universal access.

Passadas mais de duas décadas da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, alguns desafios persistem para efetivação dos princípios constitucionais que orientam suas ações – universalidade, integralidade e equidade. Entre os principais obstáculos estão as desigualdades que reforçam o desequilíbrio da distribuição de renda entre os estados e municípios brasileiros, a concentração de serviços nas grandes cidades e o desperdício de recursos em função do desvio de verbas pela corrupção e da má gestão – seja pela ação de gestores despreparados ou pelo excesso de burocracia. Para que a almejada incorporação dos princípios aconteça de fato, é necessário reconhecer que alguns grupos sociais enfrentarão mais dificuldades no acesso aos serviços de saúde além daquelas geralmente enfrentadas pelo restante da população. Autores como Coimbra e Santos (2000) já demonstraram as profundas relações entre indicadores de saúde como taxas de morbimortalidade e as variáveis etnia e raça (tomadas aqui não no sentido biológico, mas social), que funcionariam como fatores de exclusão social e sanitária.

Os imigrantes internacionais compõem um dos grupos cujo acesso aos serviços de saúde no Brasil; embora garantido pela Constituição, é dificultado por uma série de fatores estruturais. Os imigrantes em geral são mais vulneráveis social e economicamente, sobretudo os recém-chegados, que se submetem mais facilmente a postos de trabalho insalubres, a salários baixos e a moradias precárias. Tais fatores propiciariam maior risco de quadros de subnutrição, doenças laborais e doenças infecciosas como tuberculose, hepatites e HIV, além de transtornos psicossociais decorrentes das mudanças sociais e do afastamento da família, como depressão, alcoolismo e consumo de drogas (Carballo, Nerukar, 2001; Ramos, 2009). A Constituição Brasileira, em seu artigo 5º, estabelece a igualdade jurídica entre brasileiros e estrangeiros residentes no país, o que garante o acesso às políticas públicas de saúde também aos imigrantes; porém, muitos fatores interferem ao longo do percurso entre os sujeitos e os serviços de saúde, como demonstra Waldman (2011), que observou que os migrantes bolivianos em São Paulo utilizam bem menos os serviços de saúde disponíveis que o restante da população. As diferenças culturais e linguísticas podem ser fonte de estigmatização nos países de acolhimento, e as vulnerabilidades sociais decorrentes do *status* indeterminado de cidadão funcionam como barreiras ao acesso ao sistema de saúde. A dificuldade em lidar com as normas de um sistema de saúde diferente de seu país natal, com regras e rotinas desconhecidas, é outro fator que dificulta a integração (Castañeda, 2010).

Neste artigo pretendemos refletir sobre como o SUS respondeu às demandas colocadas por um contingente inesperado de novos usuários, tendo em vista os princípios doutrinários que lhe dão sustentação, especialmente o da equidade. Nossa foco será a onda de imigração haitiana rumo ao Brasil, iniciada em fevereiro de 2010, por estados fronteiriços da região Norte: Acre, Rondônia e Amazonas. Nossa atenção se concentra no estado do Amazonas, descrevendo alguns aspectos do período mais crítico da imigração (entre março de 2010 e março de 2012) e a recepção pelo SUS de cerca de seis mil pessoas que, fugindo da desestruturação social de seu país, chegaram ao Brasil entre janeiro de 2010 e junho de 2012.

Recém-chegados, sem visto permanente, negros e falantes de línguas exógenas (francês e *créole*), os imigrantes haitianos configuram-se num grupo social especialmente desafiante para o SUS. A todos os fatores relacionados, somam-se os problemas inerentes ao próprio sistema de saúde pública na região amazônica, como a desarticulação dos vários atores,

a carência de insumos nas unidades de saúde fronteiriças, a ausência de políticas eficazes de vigilância sanitária nas fronteiras (Silva Neto, 2010), além da eventual discriminação e recalcitrância dos prestadores de serviço em relação a esses novos usuários.

Abordagem dos sujeitos

A metodologia foi orientada principalmente pelo método etnográfico e seus elementos mais presentes, como a observação participante, que se baseia na ideia de que a subjetividade dos sujeitos da pesquisa pode ser captada a partir da interação do pesquisador com estes. No campo das políticas de saúde, tais propriedades são extremamente úteis na identificação da complexidade da ordem social, que a análise documental por si só não seria suficiente para desvendar. A observação participante insere o pesquisador no cotidiano dos grupos humanos que pretende abordar e auxilia na “vinculação dos fatos às suas representações e às contradições entre as leis e sua prática, através das próprias contradições vivenciadas no cotidiano do grupo” (Minayo, 2001, p.146). Para se chegar aos atores-chave da pesquisa foi utilizada ainda a metodologia de “rede social”. Para Bott (1976, p.299-302; destaques no original),

a rede é definida como todas ou algumas unidades sociais (indivíduos ou grupos) com as quais um indivíduo particular ou um grupo está em contato ... uma rede pessoal na qual existe um ego focal que está em contato direto ou indireto (através de seus inter-relacionamentos) com qualquer outra pessoa situada dentro da rede. ... De um modo geral, as pessoas indicadas pelo 'ego' sugerem que se procurem outras ou fazem referência a sujeitos importantes no setor e assim se vai, sucessivamente, amealhando novos 'informantes'.

Nossa primeira aproximação com a rede relacionada aos migrantes haitianos que se encontravam em Manaus se deu em 2011, por meio da Igreja católica, que os acolhe desde a chegada das primeiras levas de pessoas, em 2010. A partir desses contatos passamos a nos inserir na rede de atores sociais que lidam com a questão dos haitianos em Manaus e que conta com servidores da prefeitura, organizações não governamentais, além da própria Igreja católica e outras denominações religiosas. Em janeiro de 2012, uma viagem de oito dias foi realizada ao município de Tabatinga com o intuito de conhecer o trajeto dos haitianos no Brasil a partir de sua entrada por esse município e de obter uma visão mais geral de sua situação ao chegar no Brasil. A convivência com os recém-chegados na paróquia do Divino Espírito Santo foi importante para saber mais sobre suas aspirações e desafios. Duas unidades de saúde (uma em Tabatinga e outra em Manaus) foram visitadas, além do Hospital de Guarnição do Exército em Tabatinga. Foram realizadas, de forma complementar, entrevistas com oito pessoas entre gestores da área de saúde de Manaus e Tabatinga, religiosos ligados à Pastoral do Migrante da Igreja católica e membros e dirigentes de associações humanitárias articuladas em torno da ajuda aos haitianos, além de dois seminários temáticos, dos quais a autora participou.

Outra fonte de dados foram dois levantamentos sobre o perfil dos imigrantes, feitos por meio de formulários com perguntas básicas como local de procedência, estado civil, profissão, entre outros: um da Pastoral dos Migrantes, totalizando trezentos questionários, e um segundo levantamento, totalizando cerca de 150 formulários, feito pelo projeto “Migração internacional, demografia e saúde: uma análise das condições de vida dos haitianos em

Manaus”, no âmbito do qual a pesquisa que dá origem a este artigo foi alocada. Também foi realizado um *clipping* de matérias de *sites* e jornais do Amazonas que vincularam notícias sobre a questão dos haitianos.

A fim de melhor compreender o fluxo migratório haitiano, foi realizada revisão bibliográfica sobre o tema migração e transmigração para subsidiar o que fora observado no trabalho de campo. Referindo-se ao uso do método etnográfico na pesquisa em saúde, Nakamura (2011, p.102) lembra que “a reiteração e reposição constante do movimento dialético da experiência de campo com as teorias percebidas são fundamentais ao rigor e à validade dos estudos qualitativos, fundamentados essencialmente nas relações estabelecidas entre dados empíricos e interpretações teóricas”. O esforço em registrar essa multiplicidade de fontes e de abordagens na relação dos haitianos com o sistema de saúde brasileiro caracteriza uma “descrição densa”. Nesse sentido, segundo Geertz (1989, p.7),

O que o etnógrafo enfrenta, de fato – a não ser quando (como deve fazer, naturalmente) está seguindo as rotinas mais automatizadas de coletar dados –, é uma multiplicidade de estruturas conceptuais complexas, muitas delas sobrepostas ou amarradas umas às outras, que são simultaneamente estranhas, irregulares e inexplícitas, e que ele tem que, de alguma forma, primeiro apreender e depois apresentar.

O trabalho, portanto, examina a questão explorando uma rede diversificada de atores: migrantes haitianos, autoridades sanitárias, gestores públicos, mídia, profissionais de saúde, parceiros não governamentais. O estudo traça um painel com os vários olhares sobre a rede e oferece um exame substancial das diferentes percepções.

Nação, migração transnacional e políticas de saúde

A abordagem da relação entre migração e saúde pressupõe o uso de ferramentas conceituais adequadas para abranger as profundas transformações ocorridas nas relações pessoais e do Estado em função da dinamização das comunicações, transportes, fluxos de informações, mercadorias e pessoas das últimas décadas. O marco teórico utilizado em décadas anteriores se mostra cada vez mais incapaz de dar conta da complexidade dos processos sociais relacionados aos novos fluxos interfronteiriços, por se basear em uma visão essencialista e cristalizada da cultura, por entender os câmbios entre os imigrantes e os países de origem como de mão única – os imigrantes sofreriam as transformações, mas não seriam capazes de influenciar as pessoas e os locais de acolhimento – e, finalmente, por conceber a “assimilação” dos imigrantes como algo estabelecido e irrevogável.

Um conceito cada vez mais esvaziado do ponto de vista político-geográfico, embora ainda vigoroso do ponto de vista ideológico, é o de nação. Wimmer e Schiller (2002) alertam para a contaminação pelo “nacionalismo metodológico”, que perpassa muitos estudos sobre migração, no qual as sociedades nacionais são tomadas como unidades de estudo naturalmente dadas, e não como construtos sociais que realmente são. O que se observa são fenômenos muito mais amplos e profundos que envolvem a manutenção de laços de parentesco, econômicos, religiosos e afetivos entre os que migram e os que ficam nos países de origem. Esses aspectos são apontados como as características mais visíveis das chamadas “migrações transnacionais”

ou “transmigrações”. Para Glick-Schiller, Bash e Blanc-Szanton (1995, p.48), transmigrantes seriam “imigrantes cujo cotidiano depende de múltiplas e constantes interconexões entre as fronteiras internacionais e cujas identidades são configuradas em relação a mais de um Estado nacional”. Esse conceito, de maior rendimento teórico que outros utilizados no mesmo sentido, orientará nossa reflexão em relação aos imigrantes haitianos, cuja forma de vivenciar o trânsito entre fronteiras se caracteriza pela manutenção das ligações de parentesco, culturais, financeiras e afetivas com seu país.

A intensificação do trânsito de pessoas entre os diferentes países tem gerado reações diversas no âmbito político-administrativo dos países-destino dos imigrantes. Uma questão sempre preocupante é a da extensão dos direitos básicos aos imigrantes, especialmente do direito à saúde. Apesar do avanço do debate sobre os direitos humanos fundamentais, capitaneado por órgãos supranacionais como a Organização das Nações Unidas (ONU), as recentes crises econômicas mundiais e o recrudescimento das ideologias de extrema direita na Europa têm repercutido sob a forma de certo retrocesso das políticas sociais e, mais especificamente, das políticas de saúde para os imigrantes em vários lugares do mundo. O alvo principal são justamente os que mais precisam de assistência: os imigrantes não documentados – os que ainda não conseguiram cumprir todas as etapas requeridas para a legalização de sua condição de cidadão fora de seu país natal, critérios que variam de lugar para lugar (Chauvin et al., 2009).

Mesmo países conhecidos por sua orientação humanista, como a França, têm criado mecanismos para coibir o acesso dos não documentados ao sistema público de saúde graças à pressão dos partidos de extrema-direita (Constant, 2010). Na Espanha, os imigrantes têm sido responsabilizados pela crise econômica e pela dívida pública, o que criou ambiente favorável à homologação do real decreto-lei n.16 de 2012, que estabelece barreiras à utilização de serviços de média e alta complexidade e de insumos como medicamentos e próteses aos imigrantes não documentados, obrigando-os ao pagamento de um valor anual para o sistema de saúde, além de criar uma série de dificuldades, como a regra de que somente depois de um ano de trabalho formal em território espanhol é que os mesmos estariam aptos a integrar-se ao seguro-saúde nacional (España, 24 abr. 2012). Nos EUA, apesar da reforma no financiamento do setor saúde realizada pelo presidente Barack Obama em 2011, pela qual o Estado passa a ter responsabilidades na ampliação da cobertura e no pagamento da assistência à saúde dos que não possuem planos de saúde, o país possui restrições legais explícitas para a inclusão de imigrantes. A principal delas é uma lei de 1996, a Personal Responsibility and Work Opportunity Reconciliation Act, que não foi alterada pela reforma de 2011, sendo sua manutenção uma das condições para a aprovação da reforma pelo Congresso nacional americano (Castañeda, 2010, p.9).

Alguns estudos têm tentado desmitificar a ideia de que os imigrantes onerariam irremediavelmente o sistema de saúde nos EUA. Okie (2007) alerta para os riscos que barreiras para impedir o acesso dos imigrantes sem documentos podem acarretar no quadro de saúde da população como um todo, repercutindo, entre outras coisas, em baixa cobertura vacinal entre crianças e mulheres gestantes.

Aparentemente, o debate sobre a extensão de serviços de saúde aos imigrantes (documentados ou não) oscila entre dois polos: o primeiro, que entende o direito à saúde como universal e, portanto, objeto de intervenção do Estado em qualquer circunstância, mesmo em se tratando

de estrangeiros. O segundo, orientado pela lógica liberal, priorizaria a dimensão contributiva das políticas sociais, considerando como sujeitos de direito apenas àqueles que contribuem financeiramente com o Estado. Kullgren (2003) questiona as reais “vantagens” para o Estado em limitar a cobertura de saúde aos imigrantes, o que traria ônus ainda maiores em longo prazo com a queda dos indicadores básicos de saúde, além de tornar mais difíceis a detecção e contenção de doenças exógenas que poderiam ser disseminadas no território nacional. Na Amazônia, uma região endêmica de várias doenças tropicais vetoriais, como a malária, a dengue e hepatites, e de circulação transfronteiriça de peruanos, colombianos, venezuelanos, tal inclusão não apenas é desejável, mas completamente necessária e configura-se em um dos desafios centrais do sistema de saúde (Silva Neto, 2010).

Migração transnacional do Haiti e a escolha do Brasil como destino

Uma ampla literatura documenta os vários fluxos migratórios haitianos, agrupados em três grandes ondas a partir do século XX: a primeira data do início do século até 1935; a segunda, entre 1935 e 1965; e a terceira, iniciada em 2005 e intensificada em 2010, após o terremoto (segundo Aglande, citado em Renois, 2010). Ao sair do Haiti, alguns destinos são preferidos de acordo com o contexto social da época. Alguns desses fluxos são bem documentados, como o que se destina a outros países do Caribe (Ferguson, 2003), o direcionado aos EUA (Stepick, 1998) e o rumo a Cuba, um dos mais antigos, datado de 1913, com a expansão da indústria açucareira caribenha, e fundamental para a constituição da identidade cubana (Couto, 2006).

No Haiti, a migração assume o caráter de assunto de Estado, existindo um ministério específico para cuidar das questões dos que vivem fora do território, o Ministério dos Haitianos Vivendo no Exterior (Ministère des Haïtiens Vivant à l’Étranger), constituído em 2004 e que, depois do terremoto de 2010, assumiu a tarefa de arrecadar recursos para a reconstrução do país junto à comunidade haitiana transnacional. O titular da pasta em 2010 afirmava que o volume de recursos financeiros enviados pela população externa ao Haiti por meio da ajuda a parentes residentes era da ordem de dois milhões de dólares anuais, o que tornava a diáspora, em suas palavras, “incontornável na reconstrução do Haiti” (Paraison citado em Renois, 2010, p.36).

Apesar do número significativo de indivíduos que alcançaram o Brasil a partir de 2010, o país não figura entre os de maior presença de haitianos. O geógrafo haitiano Georges Anglade (citado em Renois, 2010) traçou estimativas sobre a presença dos haitianos pelo mundo, no que afirma ser um território diaspórico fora do território nacional: República Dominicana (750 mil); Cuba (quatrocentos mil), França (cem mil), EUA (2,5 milhões), Canadá (352 mil), Bahamas (cinquenta mil), México (1.935), África (25 mil distribuídos em vários países), Pequenas Antilhas (duzentos mil), Guianas (cinquenta mil) e América Latina (25 mil). O marco da imigração haitiana para o Brasil foi o terremoto de 12 de janeiro de 2010 (7.3 na Escala Richter), que atingiu, em 35 segundos, um raio de cerca de 25 quilômetros da região sudoeste do território do Haiti, deixando a região mais densamente povoada – onde se localizam cidades que concentram a maioria das repartições governamentais, universidades e serviços públicos, como a capital Port-au-Prince, Pettionville e Jacmel – completamente devastada, afetando em torno de 15% da população e deixando números catastróficos: 220

mil mortos, trezentos mil feridos e 1,3 milhão de desabrigados. A já débil infraestrutura do país foi completamente destruída, agudizando o quadro de problemas sociais provocados pela instabilidade política de uma ocupação de quase 15 anos pelos EUA (1915-1934), por sucessivos golpes de Estado, desastres naturais como furacões e terremotos, além da devastação ambiental causada por lavouras predatórias, eventos que tornaram o Haiti conhecido como o país mais pobre da América Latina (Dupuy, 2005).

Até 2010, o Brasil não contava como um dos destinos preferenciais dos haitianos. Até então, o Haiti era um país sobre o qual a população brasileira sabia muito pouco, e as notícias que chegavam pela imprensa eram esparsas e superficiais, geralmente dando conta da atuação do Exército Brasileiro desde 2004 no comando da Minustah.¹ Um levantamento realizado pela Organização Internacional para a Migração (Organização..., 2010) revelou que ao longo de 30 anos – entre 1970 e 2000 – a população de haitianos no Brasil nunca ultrapassara a cifra de 127 indivíduos (número para o ano de 1980), quadro que mudou radicalmente em 2010.

Quando questionados sobre o que os teria motivado a vir para o Brasil, os haitianos em geral lembram um discurso do ex-presidente Lula, quando esteve em Porto Príncipe em janeiro de 2010, logo depois do terremoto. Segundo o relato dos migrantes, na ocasião o presidente teria oferecido apoio ao país, inclusive oferecendo guarida aos que migrassem para o Brasil, o que, juntamente com o contato travado por algumas pessoas com militares brasileiros da Minustah, repercutiu para que o país passasse a ser visto como uma possibilidade para os que desejassem reconstruir sua vida fora do Haiti. O Brasil é também um país pelo qual os haitianos nutrem grande simpatia, principalmente, por conta do futebol, esporte muito popular no Haiti. Outro ponto enfatizado nos discursos dos migrantes seria o sucesso econômico do Brasil: os haitianos demonstraram estar bem informados sobre isso, apontando inclusive a posição do Brasil no ranqueamento do Banco Mundial de 2011, de oitava economia mundial.

As primeiras levas de imigrantes chegaram algumas semanas após o terremoto. O percurso por linha aérea até São Paulo só era possível para quem saísse de Porto Príncipe com o visto; por esse motivo, o caminho até o Brasil tornou-se bem mais longo: depois da saída pela República Dominicana, os imigrantes iam até o Panamá de avião, de onde geralmente seguiam por terra ou em um segundo voo o trecho até o Equador e o Peru (pelos cidades de Lima, Iquitos e Santa Rosa ou Iñapari). Esse trajeto sinuoso foi estabelecido por uma rede de “coiotes” que rapidamente se mobilizou nos meses posteriores ao terremoto no Haiti e que viabilizava as viagens em troca de pagamento cujos valores variavam de U\$2.500 a U\$5.000, um “pacote” que, prometido para alguns, incluía deslocamento, moradia inicial e posto de trabalho, uma ilusão que encantou os primeiros migrantes de 2010 e que logo foi desmontada pela dura realidade encontrada. Casos de violência, assaltos e estupros ocorridos no trajeto entre o Peru e o Brasil foram reportados pelos haitianos.

Os pontos de entrada no Brasil se deram principalmente pelas fronteiras norte do país – pelas cidades de Assis Brasil e Brasileia, no Acre, e por Tabatinga, no Amazonas. Um contingente significativo que entrou pelo Acre rumou, posteriormente, para Porto Velho, capital de Rondônia, transformando a cidade em outro polo da presença haitiana na região (Pimentel, Cotinguiba, 2012). A presença dos haitianos mudou o cenário social das cidades fronteiriças e também das capitais – Manaus, Rio Branco e Porto Velho, onde passaram a circular em busca de postos de trabalho no mercado local. A maioria tentava ganhar algum

dinheiro para seguir viagem até os estados do Sudeste, especialmente Rio de Janeiro e São Paulo, onde acreditavam ter mais oportunidades de trabalho. Sobre o tópico “trabalho”, os haitianos gostam de se apresentar como um povo afeito a essa atividade, e de certa forma isso parece fazer parte das estratégias que elaboraram para diminuir o preconceito nos lugares para onde costumam migrar. No Brasil não foi diferente, e os haitianos costumam evocar em seus discursos esse aspecto.

Um dos estigmas que perseguem os haitianos é o de “disseminadores de doenças”, algo que, aliás, é recorrente em outros países de destino deles, como os EUA, onde durante o auge da epidemia de Aids na década de 1980 os haitianos foram considerados “grupo de risco” (Santana, Dancy, 2000). A estigmatização de populações migrantes é um dos aspectos mais perversos da geopolítica moderna, tornando ainda mais difícil o reconhecimento da cidadania por tais grupos. No Amazonas, a suposta “periculosidade” dos haitianos foi alardeada não apenas pela imprensa, mas também pelas autoridades sanitárias (Pedrosa, 1 fev. 2012; Rosseto, 8 fev. 2011). As notícias alarmantes cresceram especialmente depois da morte do primeiro haitiano identificado como portador do vírus na Fundação de Medicina Tropical de Manaus, em 27 de janeiro de 2012 (Lima, 26 jan. 2012, p.13).

A primeira entidade a acolher os imigrantes e a fornecer-lhes algum auxílio na forma de refeições e alojamentos foi a Igreja católica, por meio da Pastoral do Migrante e de algumas ordens religiosas como a escalabriniana, seguida por uma rede de pequenas organizações da sociedade civil, capitaneadas por igrejas evangélicas e cidadãos comuns, como a Associação Ama-Haiti, o Serviço Jesuítico, o Ministério Internacional Filadélfia, entre outras. Contudo, o volume inesperado de imigrantes – somente na primeira semana de janeiro de 2012 foram 133 recém-chegados em Tabatinga, fluxo que se manteve constante até o final daquele ano – não permitia que a estrutura mínima articulada pela urgência da situação fosse consolidada, e a situação ganhou o aspecto de tragédia humanitária. O governo do estado do Amazonas, por meio do Centro de Ensino Técnico, criou algumas turmas de cursos de língua portuguesa e informática para haitianos, que funcionavam em algumas paróquias, como a do bairro da Glória, enquanto a Secretaria Municipal de Assistência Social contribuía com alguns colchões e gêneros alimentícios, mas sempre em quantidades insuficientes.

A pressão para que o governo estadual contribuísse mais substancialmente para minimizar a situação desencadeou uma resposta irônica do governador do Amazonas, que sugeriu que o governo federal – apontado como responsável pelo acolhimento aos haitianos por conta de um suposto convite feito pelo então presidente Lula da Silva – deveria acomodá-los nos apartamentos funcionais de Brasília (Brasil, 27 jan. 2012). A repercussão negativa junto à opinião pública das declarações do governador provocou uma reação por parte do próprio governo estadual, que passou a ter uma postura mais proativa, montando uma rotina de atendimentos que inicialmente estabeleceu mutirões de avaliação de saúde, em que equipes de saúde formadas por médicos e enfermeiros atendiam em locais estabelecidos para recepção dos recém-chegados com consultas e realização de testes rápidos para HIV, embora tais ações fossem pontuais e desarticuladas.

A ONG Médicos Sem Fronteiras implantou um escritório emergencial no Amazonas entre novembro de 2011 e março de 2012, com o objetivo de contribuir para o fortalecimento do

sistema, promovendo a distribuição de *kits* de higiene para os haitianos que aguardavam liberação para viagem em Tabatinga (composto por balde plástico, mosquiteiro, escova de dentes e produtos de higiene pessoal) e assessorando pontualmente as secretarias de saúde estadual do Amazonas e municipal de Manaus em ações em prol dos haitianos, fornecendo treinamentos para profissionais de saúde das redes municipal e estadual sobre “cultura haitiana”, além de noções de vocabulário mínimo e abordagem para o atendimento. No início de 2012, uma tentativa de cadastro foi feita para recolher os dados dos haitianos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e um número de telefone, com atendente haitiano fluente em português, foi oferecido pela Igreja católica para auxiliar os profissionais de saúde que enfrentassem dificuldades para atender aos haitianos, já que a maioria fala *créole* e francês, com pouco conhecimento do português.

No dia 13 de janeiro de 2012, cedendo às pressões da mídia e temendo um caos social nas cidades de fronteira, o governo federal, por meio do Conselho Nacional de Imigração, fechou a fronteira para os haitianos, estabelecendo a obrigatoriedade da retirada do visto no país de origem por meio da resolução normativa n.º 97, de 12 de janeiro de 2012 (Brasil, 13 jan. 2012), fato inédito na história das relações internacionais brasileiras. Nos dias seguintes à resolução, as cidades “de passagem”, de onde os migrantes chegavam à fronteira brasileira, como Inápari, no Peru, ficaram repletas de haitianos que já estavam a caminho do Brasil quando a nova norma passou a vigorar e que ficaram impossibilitados de entrar no país. Por outro lado, algumas ações para facilitar a permanência dos que haviam conseguido entrar no país foram marcos importantes para a revisão da legislação brasileira sobre migração internacional, com o estabelecimento de uma categoria nova pela mesma resolução – o visto permanente por razões humanitárias, providência também instituída no Equador. Auxílios semelhantes, como a facilitação de processos de reunificação familiar – que permite aos imigrantes trazer a família para o país de acolhimento –, foram criados no México e no Chile, também alvo de imigração haitiana no mesmo período (Louidor, 5 jul. 2012).

Perfil dos haitianos no Amazonas

A maioria dos haitianos chegados pelo Amazonas é oriunda de cidades como Gonaïves, Jacmel, Porto Príncipe, Ganthier, Cap Haitien, Croix-des-Bouquets; são homens, com idade entre 20 e 35 anos, ou seja, o perfil estabelecido entre os haitianos que chegaram a Porto Velho (Pimentel, Cotinguiba, 2012) não difere de outros grupos nacionais como, por exemplo, o dos peruanos (Silva, 2012, p.262). No período de 2010 a 2012, a maioria entrou por Tabatinga, fronteira com a cidade de Letícia, na Colômbia, onde os migrantes permaneciam até receber liberação da Polícia Federal, na forma de um visto provisório, que lhes possibilitava seguir até Manaus. Nem todos contavam com dinheiro suficiente para a nova jornada, de modo que muitos permaneciam meses em Tabatinga, mesmo depois de obter o visto. Se em Tabatinga eles se concentraram em bairros como Portobrás e Ibirapuera, em Manaus houve uma pulverização das habitações de haitianos, que de início foram provisoriamente alojados nos bairros próximos à igreja da Paróquia de São Geraldo (São Geraldo e Centro) – e depois se espalharam em casas alugadas em diversos bairros em diferentes pontos da cidade de Manaus, especialmente na periferia.

Observou-se a presença de algumas mulheres, a maioria na mesma faixa etária dos homens, em proporção significativamente menor que a dos homens. De uma amostra de 307 cadastros disponibilizados pela Pastoral do Migrante de Manaus, referente aos haitianos chegados até meados de 2011, 86,5% eram do sexo masculino e apenas 13,5% do sexo feminino.

O Sistema Único de Saúde e os haitianos em Manaus

Manaus, capital do Amazonas, é uma metrópole de 1.832.423 habitantes, segundo os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, e a sétima cidade mais populosa do país, concentrando a maioria da população do estado: 79,17% dos habitantes, enquanto apenas 20,83% estariam na área rural (IBGE, 2013), o que se deve em muito a um processo de expansão urbana acelerada, iniciado em 1967, quando foi implantada pelo governo federal a Zona Franca, um polo industrial baseado principalmente em incentivos fiscais.

Seguindo o modelo de organização e serviços do SUS, em Manaus a assistência está organizada em níveis de complexidade: a atenção básica fica a cargo das unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF) e das UBS, e a maior parte dos serviços de média e alta complexidade como exames e cirurgias fica a cargo dos centros cirúrgicos e hospitais. A “porta de entrada” do SUS é a ESF, um modelo de organização da atenção básica que privilegia o aspecto preventivo, a promoção da saúde e a integralidade e toma como unidade de ação uma área geográfica determinada, estabelecendo uma relação de proximidade com a comunidade. A ESF filtra as demandas e as encaminha aos demais níveis do sistema. As unidades do programa, em número de 175 em Manaus, são os postos de saúde construídos em locais estratégicos e contando com equipes de saúde compostas por médicos, enfermeiros, nutricionistas, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, entre outros profissionais (Oliveira, Gonçalves, Pires, 2011, p.36).

A preocupação que mais ganhou espaço nos discursos das autoridades sanitárias de Manaus foi um possível surto de cólera (*Vibrio cholerae*) que poderia ser iniciado a partir da presença de indivíduos contaminados. Apesar de a região caribenha ter atravessado vários surtos a partir do século XIX, não há registros de que o vibrião tenha acometido o Haiti até 2010 (Jenson, Szabo, 2011), quando o país sofreu seu primeiro surto por militares nepaleses pertencentes à Minustah infectados em seu próprio país que disseminaram o vibrião num dos principais rios do departamento de Artibonite, o que foi agravado pela desestruturação administrativa causada pelo terremoto. A disseminação do cólera por tropas da ONU foi ocultada da opinião pública pelo próprio órgão, até que um grupo de epidemiólogos independentes realizou um painel para analisar a situação e emitir um relatório, organizado por Craviotto (2010), que narra o processo epidêmico (Piarroux et al., 2010).

O Brasil viveu o último surto de cólera na década de 1990, quando a epidemia vindia do Peru cruzou a fronteira e atingiu cidades limítrofes como Tabatinga e Benjamin Constant, chegando a Manaus em outubro de 1991 e de lá para o resto do país no mesmo ano. Graças às ações de controle, a doença foi erradicada, e não há surtos registrados desde 2000, quando alguns casos foram detectados no Nordeste (Hofer, 1993). A partir de então, apenas casos isolados de indivíduos infectados em outros países foram detectados em território nacional.

Em Tabatinga, por onde os haitianos chegavam ao Amazonas, o Laboratório Central de Saúde Pública do Estado (Lacen) foi estruturado para a realização de exames bacteriológicos para isolamento do vibrião do cólera, melhorando o tempo de resposta do sistema para detecção de possíveis casos, já que antes os exames eram realizados apenas em Manaus. A questão do cólera também ajudou a definir responsabilidades entre estado e municípios, segundo a própria organização do SUS: o estado ficou responsável por otimizar a estrutura de exames e testes rápidos, e o município – no caso Manaus – empreendeu ações visando à integração dos haitianos ao sistema no nível da assistência básica e às ações que envolviam tratamento, como é o caso da Fundação de Medicina Tropical Heitor Dourado, órgão pertencente ao governo do estado do Amazonas, para onde os doentes com Aids, malária ou dengue eram encaminhados para internação.

Outro agravo apontado como risco de disseminação pela chegada dos haitianos foi a filariose. A filariose linfática humana constitui-se em um agravo decorrente da infecção pelo parasitismo de helmintos nematóides das espécies *Wuchereria bancrofti*, *Brugia malayi* e *Brugia timori* e é endêmica em algumas regiões tropicais de Ásia, África e América. Constitui-se em um relevante problema de saúde pública em China, Índia, Indonésia e em determinadas áreas da África (Melrose, 2002). Nas Américas, a doença é causada especificamente pela *W. bancrofti*, provavelmente introduzida pelo tráfico de escravos durante o período colonial e que encontrou nesse continente um vetor apropriado, o mosquito *Culex quinquefasciatus*. A filariose tem focos de transmissão ativa em Haiti, República Dominicana, Guiana e Brasil. A transmissão foi interrompida em Costa Rica, Suriname e Trinidad Tobago, áreas endêmicas até alguns anos. Dos estimados oito milhões de habitantes do Haiti, supõe-se que pelo menos seiscentos mil sejam infectados pela *W. bancrofti* (Rochars et al., 2004). No Brasil, inquérito nacional realizado na década de 1950 mostrou transmissão autóctone em 11 cidades: Manaus, Belém, São Luís, Recife, Maceió, Salvador e Castro Alves, Florianópolis, São José da Ponta Grossa e Barra de Laguna, e Porto Alegre. Atualmente, no Brasil, a parasitose apresenta distribuição urbana e nitidamente focal, sendo detectada transmissão ativa e monitorada apenas em uma determinada região da cidade do Recife (Rocha, Fontes, 1998; Rawlinson et al., 2014).

Melrose (2002) classifica os acometidos de filaremia em três categorias: normais endêmicos (que possuem anticorpos circulantes para microfilária, mas com baixo nível de filaremia), portadores de microfilárias assintomáticos e doentes crônicos, o que significa que a pessoa acometida por filariose nem sempre desenvolve os sintomas clínicos ligados à doença. Por esse motivo, a forma mais confiável para detecção é o exame sanguíneo, do sangue periférico, que analisa a presença do microrganismo no sangue infectado. Os parasitas têm “periodicidade noturna”, aumentando sua concentração no sangue periférico entre as 22 horas da noite e duas da manhã. Dessa forma, alguns testes diagnósticos, como o da gota espessa de sangue em lâmina com coloração de Giemsa, são feitos nesse período. Esse é um horário em que as UBS já se encontram fechadas, o que foi apontado como um dos empecilhos principais à realização dos testes nos haitianos. Mesmo assim, o Lacen realizou 585 coletas de sangue, das quais 15 foram positivas para a filariose (equivalente a 2,6% da amostra total). Testes como o de Imunocromatografia Rápida em Cartão – que permitiriam a coleta independente do horário e com resultado em dez minutos apenas – não estavam disponíveis no Amazonas, por não ser a área foco de transmissão há alguns anos (Arcanjo, 2012).

Além da dificuldade em realizar os testes em função do horário mais adequado, ainda foram relacionados como gargalos no monitoramento de possíveis acometidos por filariose: (1) a barreira linguística – pois os haitianos recém-chegados não falam português, o que dificultou o convencimento sobre a necessidade de testagem. Além disso, a agulha possui um significado diferenciado para alguns haitianos, em função de seu uso em práticas da religião vodu, o que torna exames invasivos como os de coleta de sangue um tópico ainda mais sensível para essa população (aspecto relatado por missionários que acompanharam pacientes haitianos às unidades de saúde); (2) a recusa do tratamento entre os indivíduos assintomáticos – certamente um problema não apenas dos haitianos, mas de outras pessoas acometidas de agravos que, por não encontrarem evidências clínicas de seu estado, não acham necessário um tratamento; (3) dificuldade em contar com técnicos treinados capazes de identificar o microrganismo – por conta da erradicação da doença.

Fora do âmbito das doenças tropicais, outra questão que logo ganhou a atenção dos gestores de saúde de Manaus foi a das gestantes haitianas. Apesar de estarem em menor número que os homens, as mulheres haitianas ganharam um valor diferenciado dentro do circuito de migração pela possibilidade de obtenção de um visto permanente por conta de prole brasileira. A alínea I do artigo 113 do Estatuto de Estrangeiro (lei n.6.815/1980) prevê uma abreviação no prazo mínimo de quatro anos de residência para a obtenção do visto permanente no caso de estrangeiros com filhos nascidos em território nacional. Das mulheres que deram à luz no Brasil, algumas chegaram grávidas, enquanto outras engravidaram aqui, a maioria formando casais com outros haitianos, com quem passaram a se relacionar depois da chegada. É raro casais viajarem juntos. A maioria dos homens prefere trazer a família depois de estabelecidos, enquanto a maioria das mulheres que viaja sozinha é solteira. Em janeiro de 2010, seis crianças filhas de haitianos haviam nascido no Hospital de Guarnição de Tabatinga. Embora não tenhamos um número exato, é certo que durante 2012 um número maior de crianças nasceu em Manaus. As mulheres grávidas, tornaram-se logo um alvo de preocupação dos órgãos de saúde e, por sua condição mais vulnerável, foram as primeiras a receber algum estímulo para se integrar ao SUS. Se a gravidez apareceu como um fator que facilita a “entrada” das haitianas no sistema, por atrair a atenção das equipes de ESF, a barreira linguística constituiu-se como um limitador dos esforços para o alcance das gestantes pelo sistema, como mostra o relato um tanto frustrado de uma profissional de saúde:

A gente descobriu no bairro algumas casas que tinha haitiano e tinha gestantes em duas delas. Ficamos pensando em um jeito de trazer para fazer pré-natal na unidade, a gente ficou pensando como fazer, porque elas não falam nossa língua, né? Eu e a agente [comunitária] fomos lá com elas um dia para conversar com elas da importância do pré-natal ... Eu pedi os celulares delas. A gente faz assim aqui porque fica mais fácil eu marcar as consultas e ligar para elas, para elas não esquecerem de ir, dar aquele reforço... Não adiantou nada, porque, quando a gente ligava, elas não entendiam o que a gente falava. Depois a gente voltou lá e descobriu que elas tinham se mudado, eles [os haitianos] mudam muito! Conseguimos que duas ainda fossem [fazer os exames], mas elas nem terminaram, nem sei mais delas (Andréa, 41 anos, enfermeira ESF).

No Brasil, os estímulos recebidos pelas gestantes para realizar um conjunto de procedimentos médicos durante a gravidez, chamado de pré-natal, que inclui exames periódicos

e acompanhamento da gestação, tornaram-se tão corriqueiros que parecem já ter sido incorporados à mentalidade das mulheres de modo geral. No Haiti, entretanto, isso não necessariamente é algo comum. Como lembram Sargent e Larchanché (2011, p.346), uma questão fundamental a se levar em conta quando se discute a saúde de migrantes é que, além do aspecto biológico relacionado a tais fluxos, as pessoas não se movem apenas entre fronteiras nacionais, mas também entre e dentro de sistemas médicos diferenciados.

É importante ainda ter em mente a forma de funcionamento dos serviços de saúde no Haiti, que Wamai e Larkin (2011) descrevem como uma verdadeira “colcha de retalhos”: a maior parte dos serviços de saúde é privada, com grande contingente de clínicos trabalhando por conta própria e um grande número de ONGs e obras missionárias prestando atendimentos emergenciais. Por esse motivo, a frequência aos serviços de saúde não é uma prática comum entre os haitianos, que procuram as unidades apenas em situações que consideram graves.

No Haiti, algumas doenças são associadas à feitiçaria e são causa de exclusão social do portador, e há um entendimento no senso comum de que certos agravos não são passíveis de tratamento pela medicina. Por esses motivos, procurar assistência de saúde na forma de intervenção biomédica não é algo estabelecido no cotidiano das pessoas, especialmente entre os moradores das áreas rurais, onde os serviços são ainda mais escassos. O papel do vodu (religião nacional) também é determinante, uma vez que a carência de atendimento à saúde deixa os terapeutas espirituais como recurso mais acessível – e às vezes único (Vonarx, 2008). Tais questões demandam abordagens sensíveis à questão por parte de quem se propõe a atuar junto a essa população.

A novidade representada pelos haitianos no sistema de saúde é explicitada na dificuldade, por parte da gestão municipal da capital do Amazonas, em designar um órgão específico para trabalhar nas ações voltadas para o grupo. A responsabilidade pelo assunto “haitianos” foi delegada primeiramente a uma seção técnica, a mesma responsável pelo acompanhamento de ações voltadas para a população indígena residente em Manaus. Essa seção levou adiante algumas ações para estimular a integração dos haitianos ao sistema de saúde, como inquéritos no porto fluvial denominado “Manaus moderna”, local de desembarque dos haitianos provenientes de Tabatinga, mas, com poucos recursos, tais atividades não tiveram continuidade.

Os obstáculos também estão no plano das ideias e dos afetos dos prestadores de serviços. Uma das dificuldades relatadas pelos profissionais de saúde que coordenam equipes de saúde é a eventual relutância dos agentes comunitários de saúde (ACSS) em incluir os haitianos em suas atividades de promoção da saúde, relutância que também se dirige a outros usuários. Os ACSSs, apesar de não constituírem um contingente profissional especializado – a formação escolar exigida para o cargo não ultrapassa o nível fundamental –, são especialmente importantes para o sistema por serem os responsáveis por percorrer as comunidades para efetuar cadastros, acompanhar as gestantes e as crianças e orientar os usuários sobre como obter atendimento aos seus problemas de saúde. A adesão dos ACSSs é fundamental para o sucesso de qualquer ação de saúde. Como a rotina dos ACSSs está vinculada, entre outras coisas, ao alcance de metas de cobertura dos usuários e de seu acompanhamento, muitas vezes os agentes recusam-se a incluir residentes que habitam casas alugadas, especialmente em áreas caracterizadas por uma população de baixa renda, onde a rotatividade das habitações e os arranjos alternativos de moradia como as estâncias (uma casa dividida em vários quartos

ou quitinetes, alugados cada um para uma família diferente) são eventualmente ignorados pelos ACSs, por considerarem que não será possível realizar um acompanhamento em longo prazo daquelas famílias. Essas são justamente as moradias preferidas pelos haitianos, por seu baixo custo. Brodwin (2001) descreve os haitianos em Guadeloupe formando grupos para dividir o aluguel das moradias e, assim, diminuir ao máximo suas despesas, a fim de enviar dinheiro para a família no Haiti, traço presente em Manaus, onde as residências partilhadas caracterizavam-se por sua grande rotatividade.

Embora o setor informal, que possui vários grupos organizados, seja uma alternativa para grande parte dos haitianos em Manaus, o emprego formal também representa um facilitador para a entrada dos haitianos no SUS, que são instados a utilizar as unidades de saúde para a realização de exames admissionais ao pleitear vagas nas fábricas do polo industrial da Zona Franca de Manaus. Notadamente, esse foi um aspecto ao qual os gestores do SUS deram pouca atenção, preferindo empreender uma tentativa fracassada – segundo relatos dos próprios técnicos da Secretaria Municipal de Saúde – de alocação dos haitianos em determinadas unidades de saúde, anunciando pelo rádio e pela televisão os locais para onde os haitianos deveriam se dirigir para serem cadastrados e receberem um prontuário de consultas.

A relutância dos haitianos em aderir a tais iniciativas institucionais tem a ver com a desconfiança corrente que os leva a evitar contatos institucionais, receosos que a exposição repercuta negativamente na obtenção de seus vistos permanentes, evitando também ser fotografados. Esse comportamento parece estar relacionado com o aprendizado obtido por outras experiências de deslocamento, especialmente para países com mais restrições em relação aos migrantes. Um depoimento colhido em campo revela que a discrição é um valor importante para o migrante transnacional haitiano:

Da minha família tenho um primo nos Estados Unidos e um tio no Canadá... Eles me falaram de lá, de como é difícil conseguir visto. ... No Brasil é mais fácil, mas nós temos que ter cuidado para fazer tudo certo. Não é bom ficar se mostrando... Se eu me mostro muito, tira foto, todo mundo vai me ver, vai dizer 'olha aquele cara'... Isso pode atrapalhar depois, podem me marcar. Tem que ficar quieto, não chamar muita atenção (Bien-Aimé, 30 anos, originário de Porto Príncipe).

Considerações finais

Apesar das conquistas históricas representadas pela Constituição de 1988, o universalismo que implodiria as diferenças sociais em nome de um igualitarismo jurídico não parece encontrar correspondência na realidade. As especificidades de gênero, de etnia e de cor, de classe, entre outras, continuam atuando como fatores impeditivos para o pleno exercício de direitos básicos entre grande parte da população. Na Amazônia, onde a questão geográfica e social constitui-se em fator de peso no acesso aos serviços e políticas públicas, o princípio da equidade no SUS é desafiado pela necessidade constante de adequar abordagens e metodologias de ação a fim de garantir o acesso universal, não permitindo que as especificidades sociais sejam barreiras à sua inclusão no sistema. Santos et al. (2001) lembram que, na região, grande parte da população continua não documentada e marginalizada em relação aos seus direitos humanos básicos. O caso dos haitianos não pode ser tomado como um fato isolado: a escolha do Brasil como destino de migrantes expressa o papel que o país desenha para si no novo

cenário político mundial e reflete a divulgação da suposta prosperidade econômica que criou uma publicidade positiva em relação ao país. O Ministério do Trabalho divulgou, em 2012, que as autorizações de visto de trabalho para imigrantes no país cresceram 30% no último ano, o que demonstra que a liderança continental a qual o Brasil aspira não vem isenta de certos ônus, para os quais o poder público deve se preparar. Nesse âmbito, a questão da saúde tem um papel fundamental para questionar o nacionalismo e a xenofobia que por vezes permeiam os discursos e práticas dos agentes governamentais e da mídia e que contribuem para a estigmatização dos imigrantes.

No que diz respeito ao acesso dos haitianos ao sistema de saúde no Amazonas, acreditamos que a ausência de direcionamento e de articulação dos atores responsáveis pela execução das políticas de saúde se, por um lado, não colocou obstáculos aos atendimentos desses sujeitos, por outro, impediu a melhor efetividade de atuação do sistema. Os casos positivos detectados na coleta de sangue realizada em 2012 em uma pequena parcela de imigrantes, relatada por Arcanjo (2012), conforme vimos, revela que o poder público, embora tenha alimentado a mídia com notícias alarmistas, pouco fez para mobilizar-se para agir de forma mais incisiva, o que poderia ser feito com a criação de protocolos para realização de exames nos recém-chegados na fronteira e acompanhamento médico dos casos positivos, caminhos também apontados por Rawlinson (2014, p.3).

Além da questão dos agravos, é importante pensar a saúde do imigrante na perspectiva integral. Isso não vem se dando, tanto pela dificuldade desses novos sujeitos em lidar com um sistema de saúde diferente do seu de origem, em que o predomínio de serviços pagos pelo usuário impede o entendimento de um sistema de saúde universal e com caráter preventivo, conforme os relatos dos próprios haitianos, quanto pelas características do SUS na Amazônia, cujas limitações de acesso não são uma exclusividade dos imigrantes, mas da população em geral. Um exemplo disso ocorreu em Tabatinga, por ocasião do nosso trabalho de campo. O município havia passado por um período de problemas de abastecimento das farmácias de suas unidades de saúde, em função de problemas de gestão pública, o que ocasionou a falta de medicamentos básicos como o paracetamol, um analgésico bastante utilizado no controle da febre. Quando alguns imigrantes não conseguiram acesso ao medicamento, automaticamente interpretaram a recusa do remédio, que era geral, como uma restrição à sua condição de imigrante.

Enquanto o sistema não orienta suas ações de forma mais eficaz, estratégias são engendradas pelos atores locais: como vimos, a gravidez e o emprego formal funcionam como fatores de inclusão dos imigrantes. As crianças, por serem alvo de campanhas específicas como a da vacinação contra pólio e de ações de atores não governamentais, também têm mobilizado a atenção dos agentes de saúde, que costumam insistir que os pais as levem às unidades de saúde para acompanhamento. Mas ainda há muito o que fazer para se falar em inclusão do imigrante no SUS.

Algumas ações simples poderiam obter impacto para a facilitação do acesso dos imigrantes aos serviços de saúde, como a sensibilização sobre as diferenças culturais entre os profissionais, gestores e outros membros do sistema. Além disso, o combate ao racismo institucional, a inclusão das especificidades regionais na construção das políticas e a busca de estratégias que levem em conta as especificidades regionais são princípios necessários para garantir cidadania e saúde a qualquer pessoa, sem distinção.

NOTA

¹ Minustah é a sigla para Mission des Nations Unies pour La Stabilisation en Haiti (Missão das Nações Unidas para a Estabilização no Haiti), missão de paz criada pelo Conselho de Segurança das Nações Unidas em 30 de abril de 2004 para restaurar a ordem no período subsequente à deposição do presidente Jean-Bertrand Aristide envolvendo tropas da Argentina, Benim, Bolívia, Brasil, Chile, Canadá, Croácia, Equador, Espanha, França, Guatemala, Jordânia, Marrocos, Nepal, Paraguai, Peru, Filipinas, Sri Lanka, EUA e Uruguai.

REFERÊNCIAS

- ARCANJO, Ana Ruth. *Diagnóstico laboratorial da filariose no estado do Amazonas*. Comunicação apresentada no 12. Seminário em Doenças Tropicais e Controle de Vetores, 2012. Manaus. 2012.
- BETANCOURT, Joseph R. Cultural competence: marginal or mainstream movement. *The New England Journal of Medicine*, v.351, n.1, p.953-955. 2004.
- BOTT, Elizabeth. *Família e rede social*. Rio de Janeiro: Francisco Alves. 1976.
- BRASIL. Conselho Nacional de Imigração. Resolução normativa n.97, de 12 de janeiro de 2012. Dispõe sobre a concessão do visto permanente previsto no artigo 16 da lei n.6.815, de 19 de agosto de 1980, a nacionais do Haiti. *Diário Oficial da União*, Seção 1, n.10, p.59. 13 jan. 2012.
- BRASIL, Kátia. Governador do AM propõe que haitianos vão viver em Brasília: Omar Aziz sugere instalar imigrantes em apartamentos funcionais. *Folha de S.Paulo*, Caderno 3, p.10. 27 jan. 2012.
- BRODWIN, Paul. Marginality and cultural intimacy in a transnational Haitian community. Milwaukee: University of Wisconsin/Center for Latin American and Caribbean Studies. 2001.
- CARBALLO, Manuel; NERUKAR, Aditi. Migration, refugees, and health risks. *Emerging Infectious Diseases*, v.7, n.3, p.556-560. 2001.
- CASTAÑEDA, Heidi. Im/migration and health: conceptual, methodological, and theoretical propositions for applied anthropology. *Napa Bulletin*, v.1, n.34, p.6-27. 2010.
- CHAUVIN, Pierre et al. *L'accès aux soins des personnes sans autorisation de séjour dans 11 pays d'Europe*. Rapport de l'enquête 2008-2009. Génève: Observatoire Europeen de L'accès aux Soins de Médecins du Monde; Observatoire de Médecins du Monde. 2009.
- COIMBRA, Carlos E.; SANTOS, Ricardo Ventura. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.5, n.1, p.125-132. 2000.
- CONSTANT, Letícia. França reduz acesso à saúde de imigrantes clandestinos. Disponível em: <http://www.portugues.rfi.fr/franca/20101103-franca-reduz-acesso-saude-de-imigrantes-clandestinos>. Acesso em: 12 fev. 2012. 2010.
- COUTO, Kátia Cilene do. Os desafios da sociedade cubana frente à imigração antilhana (1902-1933). Tese (Doutorado em História) – Universidade de Brasília, Brasília. 2006.
- CRAVIOTTO, Alejandro et al. Report of the Independent Panel of Experts on the Cholera Outbreak in Haiti. Disponível em: <http://www.un.org/News/dh/infocus/haiti/UN-cholera-report-final.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2012. 2010.
- DUPUY, Alex. From Jean-Bertrand Aristide to general Latortue: the unending crisis of democratization in Haiti. *Journal of Latin American Anthropology*, v.10, n.1, p.186-205. 2005.
- ESPAÑA. Real decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. *Boletín Oficial del Estado*, sec. I., p.31278. 24 abr. 2012.
- FERGUSON, James. *Migration in the Caribbean*: Haiti, the Dominican Republic and beyond. London: Minority Rights Group International. 2003.
- GEERTZ, Clifford. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos Editora. 1989.
- GLICK-SCHILLER, Nina, BASH, Linda; BLANC-SZANTON, Cristina. From immigrant to transmigrant: theorizing transnational migration. *Anthropological Quarterly*, v.68, n.1, p.48-52. 1995.

- HOFER, Ernesto. Cholera in Brazil: analysis of some bacteriologic clinical and epidemiologic characteristics. In: Castro, Antônio Fernando Pestana de; Almeida, Waldemar F. (Ed.). *Cholera on the American Continents*. Washington: International Life Sciences Institute Press. p.167-170. 1993.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Atlas do Censo Demográfico 2010*. Rio de Janeiro: IBGE. 2013.
- JENSON, Debora; SZABO, Victoria. Cholera in Haiti and other Caribbean regions, 19th century. *Emerging Infectious Diseases*, v.17, n.11, p.2130-2135. 2011.
- KULLGREN, Jeffrey T. Restrictions on undocumented immigrants' access to health services: the public health implications of welfare reform. *American Journal of Public Health*, v.93, n.10, p.1630-1633. 2003.
- LIMA, Mariana. Morre o primeiro haitiano em Manaus. *A Crítica*. Disponível em: http://acritica.uol.com.br/manaus/Amazonia-Amazonas-Morre-haitiano-Manaus_0_634736595.html?commentsPage=1. Acesso em: 5 mar. 2012. 26 jan. 2012.
- LOUIDOR, Wooldy Edson. Haiti-migration: zoom sur la récente vague migratoire haïtienne vers l'Amérique Latine: nouveaux chiffres, prismes conceptuels et images. *AlterPresse*, 5 jul. 2012. Disponível em: <http://www.alterpresse.org/spip.php?article13070>. Acesso em: 3 out. 2012. 5 jul. 2012.
- MELROSE, Wayne D. Lymphatic filariasis: new insights into an old disease. *International Journal of Parasitology*, v.32, p.947-960. 2002.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes. 2001.
- NAKAMURA, Eunice. O método etnográfico em pesquisas da área da saúde: uma reflexão antropológica. *Saúde e Sociedade*, v.20, n.1, p.95-103. 2011.
- OKIE, Susan. Immigrants and health care: at the intersection of two broken system. *The New England Journal of Medicine*, v.357, n.6, p.525-529. 2007.
- OLIVEIRA, Hadelândia; GONÇALVES, Maria Jacirema F.; PIRES, Rodrigo Otávio M. Caracterização da Estratégia Saúde da Família no estado do Amazonas, Brasil: análise da implantação e impacto. *Cadernos de Saúde Pública*, v.27, n.1, p.35-45. 2011.
- ORGANIZAÇÃO... Organização Internacional para as Migrações. *Perfil migratório do Brasil 2009*. Brasília: Organização Internacional do Trabalho. 2010.
- PEDROSA, Julio. Amazonas pretende desencadear ações de testagem de doenças em pacientes haitianos. Disponível em: http://acritica.uol.com.br/manaus/Amazonas-desencadear-testagem-pacientes-haitianos-Manaus_0_638336166.html. Acesso em: 5 mar. 2012. 1 fev. 2012.
- PIARROUX, Renaud et al. Understanding the cholera epidemic, Haiti. *Emerging Infection Diseases*, v.17, n.7, p.1161-1168. 2010.
- PIMENTEL, Marilia L.; COTINGUIBA, Gilberto C. Apontamentos sobre o processo de inserção social dos haitianos em Porto Velho. *Travessia*, ano 25, n.70, p.99-106. 2012.
- RAMOS, Natália. Saúde, migração e direitos humanos. *Mudanças: Psicologia da Saúde*, v.17, n.1, p.1-11. 2009.
- RAWLINSON, Tom et al. From Haiti to the Amazon: public health issues related to the recent immigration of Haitians to Brazil. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, v.8, n.5, p.e2685. 2014.
- RENOIS, Clarens. Haïti: la diaspora au coeur de la reconstruction. *Migrations*, p.34-36. Disponível em: http://publications.iom.int/system/files/pdf/migrations_summer2010.pdf. Acesso em: 12 fev. 2016. 2010.
- ROCHA, Eliana M.M.; FONTES, Gilberto. Filariose bancroftiana no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v.32, n.1, p.98-105. 1998.
- ROCHARS, Madsen E.B. et al. Geographic distribution of lymphatic filariasis in Haiti. *American Journal of Medicine and Hygiene*, v.71, n.5, p.598-601. 2004.
- ROSSETTO, Luciana. Amazonas adota medida para impedir entrada do cólera com haitianos. Disponível em: <http://g1.globo.com/brasil/noticia/2011/02/amazonas-adota-medida-para-impedir-entrada-do-colera-com-haitianos.html>. Acesso em: 20 jan. 2012. 8 fev. 2011.
- SANTANA, Marie-Anne; DANCY, Barbara L. The stigma of being named "AIDS carriers" on Haitian-American women. *Health Care for Woman International*, v.21, n.3, p.161-171. 2000.
- SANTOS, Carlos A. dos et al. Personae non gratae? a imigração indocumentada no Estado do Amazonas. In: Castro, Mary Garcia (Coord.). *Migrações internacionais: contribuições*

para políticas. Brasília: Comissão Nacional de População e Desenvolvimento. p.479-488. 2001.

SARGENT, Carolyn; LARCHANCHÉ, Stéphanie. Transnational migration and global health: the production and management of risk, illness, and access to care. *Annual Review of Anthropology*, n.40, p.345-361. 2011.

SILVA, Sidney A.

Peruanos em Manaus, Boa Vista e Pacaraima: trajetórias e processos identitários. In: Silva, Sidney A. (Org.). *Migrações na Pan-Amazônia: fluxos, fronteiras e processos socioculturais*. São Paulo: Hucitec; Manaus: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas. 2012.

SILVA NETO, Antônio Levino da.

Caracterização geográfica, epidemiológica e da organização dos serviços de saúde na tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife. 2010.

STEPICK, Alex.

Pride against prejudice: Haitians in the United States. Needham Heights: Allyn and Bacon. 1998.

VONARX, Nicolas.

Vodou et pluralisme médico-religieux en Haïti: du vodou dans tous les espaces de soins. *Anthropologie et Sociétés*, v.32, n.3, p.213-231. 2008.

WALDMAN, Tatiana Chang.

Movimentos migratórios sob a perspectiva do direito à saúde: imigrantes bolivianas em São Paulo. *Revista de Direito Sanitário*, v.12, n.1, p.90-114. 2011.

WAMAI, Richard G.; LARKIN, Coleen.

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

WIMMER, Andreas; SCHILLER, Nina Glick.

Methodological nationalism and beyond: nation state building, migration and the social sciences. *Global Networks*, v.2, n.4, p.301-334. 2002.

