

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE  
PORTO ALEGRE – UFCSPA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**Kesta Saint Val**

**Avaliação da Saúde Sexual e  
Reprodutiva dos imigrantes haitianos no  
Sul do Brasil**

**UFCSPA**  
Universidade Federal de Ciências da Saúde  
de Porto Alegre

**Porto Alegre  
2019**

**Kesta Saint Val**

# **Avaliação da Saúde Sexual e Reprodutiva dos imigrantes haitianos no Sul do Brasil**

Dissertação submetida ao Programa  
de Pós-Graduação em Ciências da  
Saúde da Universidade Federal de  
Ciências da Saúde de Porto Alegre  
como requisito para a obtenção do  
grau de Mestre

Orientadora: Dra. Eliana Márcia Da Ros Wendland

**Porto Alegre  
2019**

### Catálogo na Publicação

Saint Val, Kesta

Avaliação da saúde sexual e reprodutiva dos imigrantes haitianos no Sul do Brasil/Kesta Saint Val. - - 2019.  
105 p.

Dissertação (mestrado) - - Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, 2019.

Orientadora: Eliana Márcia Da Ros Wendland.

1. Saúde sexual. 2. saúde reprodutiva. 3. comportamento sexual. 4. IST. 5. imigração haitiana. 6. imigração no Brasil.

**Kesta Saint Val**

# Avaliação da Saúde Sexual e Reprodutiva dos imigrantes haitianos no Sul do Brasil

Dissertação submetida ao Programa  
de Pós-Graduação em Ciências da  
Saúde da Universidade Federal de  
Ciências da Saúde de Porto Alegre  
como requisito para a obtenção do  
grau de Mestre

Aprovada em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

## **Banca Examinadora**

---

Dra. Daniela Centenaro Levandoswki  
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

---

Dra. Marina Bessel  
Hospital Moinhos de Vento

---

Dra. Juliana Balbinot Hilgert  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

### **DEDICATÓRIA**

Este trabalho é dedicado a todos os haitianos, que, como eu, vieram para o Brasil imbuídos de sonhos. Sem vocês não haveria esta pesquisa.

Obrigada!

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por me amparar nos momentos difíceis, me dar força interior para superar as dificuldades e mostrar os caminhos nas horas incertas.

À minha orientadora, professora Dra. Eliana Márcia Da Ros Wendland, minha eterna gratidão. Sem sua acolhida, seu apoio, seu estímulo e sua confiança, eu jamais teria chegado ao dia de hoje. Muito obrigada mesmo pelo incentivo e paciência na orientação.

Aos meus pais, Charles Saint Val e Hombeline Badio, que, com muito carinho e apoio, não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa de minha vida.

Ao meu querido amigo, Pauliny Junior Moi-même, que, de uma maneira muito especial, me deu força e coragem, me motivando sempre nos momentos de dificuldades e acreditar em mim.

Às minhas queridas irmãs, Mignardine Saint Val e Shaina Saint Val, obrigada por estarem presentes em todos os momentos da minha vida.

Aos amigos e colegas do Haiti, especialmente Aselaine Honoré, que, apesar da distância, me motivaram e me apoiaram emocionalmente cada vez que foi necessário.

Aos Professores da banca examinadora, por aceitarem o convite e pelas orientações e sugestões neste processo acadêmico.

Meu reconhecimento ao CAPES, à Organização dos Estados Americanos (OEA), pela concessão da bolsa durante todo o período deste Mestrado e à Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), pelo acolhimento.

Meus sinceros agradecimentos!

## RESUMO

**Introdução:** Alguns grupos específicos, tais como os imigrantes, são considerados uma população com maior risco de desenvolver um mau estado de Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR), sobretudo no que se relaciona a Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Porém, apesar do número elevado de imigrantes haitianos que residem no sul do Brasil, nenhum estudo foi realizado sobre esse tema. O objetivo desta pesquisa foi avaliar a saúde sexual dos imigrantes haitianos no sul do Brasil.

**Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal, realizado com 201 imigrantes haitianos adultos, de ambos os sexos, que residem no sul do Brasil. Para a coleta de dados foi utilizado um questionário auto aplicado contendo perguntas sociodemográficas, de saúde reprodutiva e comportamento sexual. Os dados foram coletados em papel ou através de formulário online.

**Resultados:** Das 201 pessoas incluídas no estudo, a maioria era homens (58,06%); não houve diferença nas médias de idade (30 anos) entre ambos os sexos. Mais da metade era casado /tinha companheiro (a) (53,29%), e 69,89% tinha nível educacional médio. Embora sem associação negativa entre IST e as variáveis associadas, as mulheres referiram maior prevalência de IST ativa e ao longo da vida (33,80% e 66, 20% respectivamente). Além disso, um maior número de mulheres referiu não usar preservativo e ter mudanças do comportamento sexual depois de imigrar.

**Conclusão:** A alta prevalência de IST referida pelas mulheres imigrantes haitianas indica a necessidade de implementação de estratégias de rastreamento de IST nessa população.

**Palavras chaves:** Saúde sexual, saúde reprodutiva, comportamento sexual, IST, imigração haitiana, imigração no Brasil.

## ABSTRACT

**Background:** Some specific groups, such as immigrants, are considered to have a higher risk of developing a poor state of sexual and reproductive health, especially in relation to Sexually Transmitted Infections (STIs). However, despite the high number of Haitian immigrants residing in southern Brazil, no study was conducted on this topic. The objective of this research was to evaluate the sexual health of the Haitian immigrants in the south of Brazil. **Methodology:** This is a cross-sectional study of 201 adult Haitian immigrants of both sexes residing in southern Brazil. For data collection, a self-administered questionnaire was used containing sociodemographic, reproductive health and sexual behavior questions. Data were collected on paper or through an online form. **Results:** Of the 201 people included in the study, the majority were men (58.06%); there was no difference in the mean age (30 years) between both sexes. More than half were married / accompanied (53.29%), and 69.89% with average educational level. Although there was no negative association between STIs and associated variables, women reported a higher prevalence of active STIs (33,80% and 66, 20% respectively). In addition, more women reported not using condoms and having sexual behavior changes after immigrating. **Conclusion:** The high prevalence of STIs reported by Haitian immigrant women indicates the need for the implementation of STI screening strategies in this population.

**Key words:** Sexual health, reproductive health, Sexual behavior, STI, Haitian immigration, immigration in Brazil.

## RÉSUMÉ

**Introduction:** Certains groupes spécifiques, tels que les immigrants, sont considérés comme une population à risque de développer un mauvais état de Santé Sexuelle et Reproductive (SSR), particulièrement en ce qui concerne les Infections Sexuellement Transmissibles (IST). Cependant, malgré le nombre élevé d'immigrants haïtiens qui résident dans le sud du Brésil, aucune étude n'a été menée sur ce sujet. L'objectif de cette recherche était d'évaluer la santé sexuelle des immigrants haïtiens dans le sud du Brésil. **Méthodologie:** Il s'agit d'une étude transversale incluant 201 immigrants haïtiens adultes, des deux sexes et qui résident dans le sud du Brésil. Pour la collecte de données, un questionnaire auto-appliqué contenant des questions sociodémographiques, de santé reproductive et de comportement sexuel a été utilisé. Les données ont été collectées sur place ou en ligne. **Résultats:** Parmi les 201 personnes incluses dans l'étude, la majorité était des hommes (58,06%), il n'a pas eu de différence d'âge moyen (30 ans) entre les deux sexes. En plus, la moitié des participants étaient mariés/accompagnés (53, 29%) et 69, 89% avaient un niveau d'éducation moyen. Bien qu'il n'ait pas eu d'association négative entre les IST et les variables étudiées, les femmes ont signalé une prévalence plus élevée d'IST actives et au long de leur vie, respectivement 33, 80% et 66, 20%. En outre, davantage de femmes ont aussi déclaré ne pas utiliser de préservatif et avoir eu de changements de comportement sexuel après leur immigration. **Conclusion:** La prévalence élevée de IST déclarée par les immigrantes haïtiennes indique la nécessité de mettre en œuvre des stratégies de dépistage des IST dans cette population.

**Mots clés:** Santé sexuelle, santé reproductive, comportement sexuel, IST, immigration haïtienne, Immigration au Brésil.

## ÍNDICE DE TABELAS

### Artigo

<b>Tabela 1:</b> Sociodemographic characteristics, according to gender, of Haitian immigrants living in Rio Grande do Sul, Brazil, 2018. ....	71
<b>Tabela 2:</b> Risk behaviors for IST, according to gender, in Haitian immigrants living in the State of Rio Grande do Sul, Brazil, 2018.....	72
<b>Tabela 3:</b> Report of HIV STI and changes in the sexual behavior of Haitian immigrants in the state of Rio Grande do Sul, Brazil, 2018.....	74
<b>Tabela 4:</b> Analysis of sociodemographic factors and risk behaviors associated with IST prevalence according to reports in Haitian immigrants in Rio Grande do Sul, Brazil, 2018. ....	75

## ÍNDICE DE FIGURAS

### Dissertação

<b>Figura 1:</b> Os haitianos no mundo. As duas grandes ondas migratórias do século XX, 1915-1935, 1965-1985 .....	27
<b>Figura 2:</b> Principais destinos dos imigrantes haitianos no Rio Grande do Sul .....	34
<b>Figura 3:</b> Mapa da República do Haiti .....	45

### Artigo

<b>Figura 1:</b> Frequency of self-declared active and life-long sexual infection among Haitian immigrants, according to gender, in Rio Grande do Sul, Brazil, 2018.....	74
--	----

## LISTA DE SIGLAS

<b>ACNUR</b>	Agência da ONU para refugiados
<b>CEPAL</b>	Comissão Econômica para América Latina
<b>EMMUS</b>	Pesquisa de Mortalidade Morbidade e Uso de Serviços
<b>EPF</b>	<i>European Parliamentary Forum</i>
<b>HIV</b>	Vírus da Imunodeficiência humana
<b>IHEI</b>	Instituto Haitiano de Estatística e Informática
<b>IPPF</b>	<i>International Planned Parenthood Federation</i>
<b>IST</b>	Infecções Sexualmente Transmissíveis
<b>JICA</b>	Agência de Cooperação Internacional do Japão
<b>MSP</b>	Ministério da Saúde Pública e da População
<b>OCDE</b>	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
<b>OIM</b>	Organização Internacional para Migrações
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>OPAS</b>	Organização Pan Americana da Saúde
<b>PF</b>	Planejamento Familiar
<b>PIB</b>	Produto Interno Bruto
<b>PNUD</b>	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
<b>SIDA</b>	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
<b>SS</b>	Saúde Sexual
<b>SSR</b>	Saúde Sexual e Reprodutiva
<b>SS</b>	Saúde Reprodutiva
<b>UFNPA</b>	Fundo de População das Nações Unidas
<b>UNICEF</b>	<i>United Nations Educational Scientific and Cultural Organization</i>
<b>USAID</b>	Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional

## SÚMARIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	15
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b>	18
2.1	Objetivo Geral	18
2.2	Objetivos Específicos da dissertação	18
2.3	Objetivos Específicos do artigo empírico	18
<b>3</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b>	19
3.1	MIGRAÇÕES	19
3.1.1	Conceito e Tipos de migrações	19
3.1.2	Migrações internacionais	20
3.1.3	Migrações no Brasil	24
3.1.4	Migração haitiana: Breve história no mundo e no Brasil	26
3.1.5	Migração haitiana no Rio Grande do Sul	32
3.2	SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA	36
3.2.1	Origem e principais conceitos	36
3.2.2	Saúde Sexual e Reprodutiva como Direito Humano	39
3.2.3	Saúde, SSR e Migração	41
3.3	CONTEXTO DO ESTUDO	44
3.3.1	Haiti	44
3.3.2	Aspectos econômicos e sociais	45
3.3.3	Aspectos sócio sanitários	48
3.3.4	Perfil de saúde	48
3.3.5	Saúde Sexual e Reprodutiva no Haiti	49
3.3.5.1	Acesso à SSR	50
3.3.5.2	Cuidados pré-natais	51
3.3.5.3	Planejamento Familiar (PF)	52
3.3.5.4	HIV e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis	53
	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	56
<b>4</b>	<b>ARTIGO CIENTÍFICO</b>	65
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	82
	<b>ANEXOS</b>	83

ANEXO A- COMPROVANTE DE APROVAÇÃO NO CEP .....	83
ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	86
ANEXO C – QUESTIONÁRIO .....	88
ANEXO D – QUESTIONÁRIO ONLINE .....	100
ANEXO E – CARTAZ DE DIVULGAÇÃO DO ESTUDO (COLETA ONLINE) .....	101
ANEXO F – NORMAS DA REVISTA .....	102

## 1 INTRODUÇÃO

O estado de saúde dos imigrantes é considerado como um problema de saúde pública, devido à fragilidade econômica e social que alguns deles podem experimentar (1). Durante anos, em tempos de crise epidemiológica, a gestão política das ameaças à saúde se baseava na restrição da circulação das pessoas, com o objetivo de impedir a propagação de doenças. Tradicionalmente, a relação que se estabelecia entre migração e saúde era que os imigrantes representavam uma "bagagem patológica" (2). Essa abordagem era marcada por um conjunto de elementos negativos que refletiram a realidade da saúde dos imigrantes. Essa realidade relacionava-se com doenças importadas no contexto de origem, principalmente as doenças infecciosas. Além disso, eles tinham maior risco de contrair as patologias presentes na sociedade de acolhimento e de sofrer transtornos mentais (2).

O século XIX mostra um fenômeno parecido ao anterior, no qual as migrações passam a ser estimadas como causas de epidemias no mundo. Neste contexto, para conseguir uma melhor gestão das epidemias, os gerentes de saúde pública tinham proibido o deslocamento das pessoas durante um tempo determinado. Atualmente, o efeito da migração na saúde é controverso. Para alguns autores, os problemas de saúde dos imigrantes são semelhantes aos que acometem a população autóctone. Outros apontam o fato de alguns imigrantes serem mais saudáveis do que as populações de acolhimento (2), fenômeno conhecido como "migração saudável".

A migração é um fenômeno universal, que é encontrado em todos os lugares e em todos os momentos, com intensidade variável. Múltiplas condições humanas, climáticas e geofísicas levam indivíduos, famílias e até mesmo comunidades inteiras a migrar (3). É óbvio que nos últimos anos as migrações humanas aumentaram em muitos países do mundo. O Brasil faz parte dos países que tem recebido maior número de imigrantes nos últimos dez anos (3).

A migração haitiana para o Brasil teve início em fevereiro de 2010, ou seja, um mês após o terremoto de 12 de janeiro do mesmo ano. É difícil ter um número exato de imigrantes haitianos no país, devido à entrada a vezes não registrada. No entanto, entre

2010 a 2015 foi registrado pelo Sincre a entrada de 28.866 haitianos, já com visto permanente. Outra fonte aponta um volume de entrada de mais de 85.079 haitianos para este mesmo período, incluindo, os solicitantes de refúgio, sendo mais da metade foi registrada em postos de controle de fronteiras terrestres (4). A entrada pelos aeroportos internacionais da migração haitiana respondeu de 40.650 para o mesmo período. O aeroporto da capital do Estado de Rio Grande do Sul (Porto Alegre), é o segundo em receber maior número de haitianos depois de São Paulo, sendo um total 4.141 haitianos. Os imigrantes estão naturalmente expostos às situações de vulnerabilidade, presente não apenas no ambiente socioeconômico e sanitário característico do país de origem, mas que também se manifesta após a chegada e o estabelecimento no local de destino.

Essas conjunturas social, econômica e sobretudo cultural podem aumentar os riscos de contrair e/ou de disseminar doenças, especialmente as infecções sexualmente transmissíveis (IST). Além disso, a falta de conhecimento sobre as condições e consequências negativas dos problemas de Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR) está associada a maiores riscos de IST entre alguns grupos de imigrantes (5). Entende-se que a SSR engloba as IST, o planejamento familiar, a violência sexual e a saúde da mãe, do recém-nascido e da criança (6).

Nos países de origem e de destino dos imigrantes, alguns fatores podem influenciar a SSR deles. Dentre esses fatores incluem-se a pobreza, a separação conjugal, as normas sociais e culturais, as barreiras linguísticas, as condições de trabalho abusivas, e a violência sexual. Eles são exacerbados pelo acesso inadequado e às vezes inexistentes aos serviços de saúde, particularmente aqueles que lidam com a infecção pelo HIV, por medo de estigmatização (5,6). No entanto, a Organização Mundial da Saúde (OMS), através suas políticas de saúde, promete acesso aos serviços de rastreamento, prevenção e tratamento das IST para todos, independentemente do estatuto legal da pessoa. Por isso é importante conhecer o estado de saúde dos imigrantes para oferecer-lhes melhor atendimento.

O objetivo principal desse trabalho é de avaliar a saúde sexual e reprodutiva dos imigrantes haitianos no sul do Brasil, buscando os principais fatores associados a presença de agravos.

Diante das asserções anteriores, levantaram-se as seguintes questões a serem analisadas no decorrer deste trabalho: Como é o estado de Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR) dos imigrantes haitianos recém-chegados (há pelo menos seis meses) no Sul do Brasil? Quais fatores presentes na vida deles que são capazes de prejudicar a sua SSR? Para tais questionamentos, a hipótese provável é que eles podem apresentar alta prevalência de IST devido à falta de conhecimento sobre o tema de SSR.

A justificativa desta pesquisa centra-se sob o fato de que os imigrantes são estimados como grupos vulneráveis para contrair ou disseminar algumas doenças. Nesse sentido, considera-se que eles podem ter importado doenças características do seu país de origem, mas também outras de distribuição mundial, como a infecção pelo HIV, sífilis e hepatite viral (7). Estudos realizados na Europa demonstraram que os migrantes enfrentam maiores níveis de HIV e outras IST e tem menor acesso aos serviços de saúde sexuais e reprodutivos, incluindo o planejamento familiar (8). Além disso, o incremento do fluxo migratório dos haitianos e a ausência de dados sobre a saúde deles no Brasil acentua a importância do desenvolvimento deste estudo no Sul do país para um melhor controle sanitário deste grupo.

A dissertação está dividida em duas partes. Na primeira parte apresentamos a revisão da literatura sobre o tema, analisando as migrações internacionais, a imigração no Brasil, sua história recente e suas características atuais, enfocando na imigração de origem haitiana no Rio Grande do Sul. Também nos debruçamos sobre o tema de migração e saúde enfatizando a Saúde Sexual e Reprodutiva, instigando quais são os determinantes que influenciam e/ou podem influenciar o estado de SSR da população imigrante e, para terminar a revisão, apresentamos o Haiti no contexto do estudo seus aspectos econômicos, sociais e sanitários, bem como um olhar sobre os dados relacionados à SSR.

Na segunda parte da Dissertação apresentamos o artigo e, por fim, as conclusões gerais e metodológicas, bem como algumas reflexões que surgiram durante o processo de pesquisa. Da mesma forma, sugerem-se algumas recomendações para pesquisas futuras que contribuam para um maior e melhor conhecimento deste assunto.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Avaliar a Saúde Sexual e Reprodutiva dos imigrantes haitianos no Sul do Brasil.

### **2.2 Objetivos Específicos da dissertação**

- ✓ Abordar os diferentes conceitos e motivos de migrações.
- ✓ Apresentar a migração haitiana no mundo, no Brasil e no Sul do Brasil.
- ✓ Abordar os diferentes conceitos de Saúde Sexual e Reprodutiva.
- ✓ Apresentar a República do Haiti como contexto do estudo para entender a importância do estudo.

### **2.3 Objetivos Específicos do artigo empírico**

- ✓ Determinar a prevalência auto referida de HIV e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis.
- ✓ Averiguar fatores sociodemográficos e comportamentais associados à presença de infecções genitais.
- ✓ Investigar mudanças auto referidas nos comportamentos sexuais associadas à imigração.

## 3 REVISÃO DA LITERATURA

### 3.1 MIGRAÇÕES

Neste capítulo apresentamos as migrações internacionais, a imigração no Brasil, sua história recente e suas características atuais, enfocando na imigração de origem haitiana no Rio Grande do Sul.

#### 3.1.1 Conceito e Tipos de migrações

Conceitualmente, a migração<sup>1</sup> é o deslocamento de pessoas de uma determinada cidade, estado ou país para outro local. Essa mudança pode ser definitiva ou temporária, voluntária ou forçada, individual ou em grandes fluxos. Entretanto, para a Organização Internacional para Migração (OIM), o fenômeno de migração é ainda mais complexo e definido como "o deslocamento de uma pessoa ou grupo de pessoas, seja entre países ou num país entre dois lugares em seu território. A noção de migração engloba todos os tipos de movimentos de uma população, seja uma mudança no local da residência habitual, independentemente da sua causa, composição, duração; sejam os movimentos de trabalhadores, refugiados, pessoas deslocadas ou desenraizadas"(3). Assim, encontramos vários tipos de migrações como:

**Migração pendular:** é um fenômeno que não se trata propriamente de uma migração, pois é uma transferência momentânea, diária. É caracterizada pelo deslocamento diário de pessoas para estudar ou trabalhar em outra cidade, estado ou país.

**Transumância:** nesse tipo de migração, um grupo de pessoas muda de cidade, estado ou país por um determinado período, geralmente alguns meses, e continua tendo como referência de moradia o local de origem. É o caso de trabalhadores rurais, que vão todos os anos para outros estados trabalhar no corte de cana-de-açúcar, por exemplo, e, encerrado o período de colheita, retornam para seus estados de origem.

---

<sup>1</sup> Migration - Déplacement d'une personne ou d'un groupe de personnes, soit entre pays, soit dans un pays entre deux lieux situés sur son territoire. La notion de migration englobe tous les types de mouvements de population impliquant un changement du lieu de résidence habituelle, quelles que soient leur cause, leur composition, leur durée, incluant ainsi notamment les mouvements des travailleurs, des réfugiés, des personnes déplacées ou déracinées (3).

**Êxodo rural:** é o deslocamento de pessoas do campo para as cidades. Essa mudança é permanente e, geralmente, ocorre porque os habitantes do campo buscam na cidade melhores condições de vida. Entretanto, essa migração pode ser involuntária, quando acontece, por exemplo, em decorrência da mecanização do trabalho no campo.

**Êxodo urbano:** é mais raro de acontecer, constituindo-se no oposto do êxodo rural. Acontece quando pessoas que vivem na zona urbana mudam para a zona rural.

**Nomadismo:** apesar de ser muito rara na atualidade, essa modalidade de migração é caracterizada pela ausência de fixação permanente. As pessoas nômades mudam de lugar periodicamente, sem estabelecer moradia fixa em nenhum lugar.

**Diáspora:** é a rápida dispersão de um grupo populacional de um território. Em geral, essa migração é involuntária ou forçada (10).

### 3.1.2 Migrações internacionais

A mobilidade humana é um fenômeno histórico, que se associa com o desenvolvimento das sociedades e a crescente globalização (11). Neste contexto de globalização, os movimentos migratórios têm vindo a ganhar um caráter de heterogeneidade e complexidade (4), representando um desafio para a maioria dos países. A migração é uma ocorrência antiga que, não cesse de ter modificações (12). O impacto produzido pelos movimentos migratórios afeta tanto as populações nacionais quanto os próprios migrantes, por isso constitui desafios cada vez mais urgentes.

Foi em pleno século XVI que assistimos ao "boom" das migrações internacionais com a expansão da Europa e o estabelecimento das suas colônias (13). Atualmente, assiste-se a várias redefinições dos «mapas da migração», na medida em que surgem novos percursos, com diferentes locais de origem, trânsito e destino (14). Hoje em dia, milhões de pessoas em todo o mundo cruzam fronteiras à procura de melhores condições de vida e melhores perspectivas de futuro para si e para seus familiares (15).

Assim, embora o fenômeno migratório seja antigo, sua constituição mudou radicalmente. Nos anos 50 e 60 do século XX, os movimentos migratórios vieram principalmente de populações rurais empobrecidas. Na atualidade, os fluxos se diversificam; o século XXI é marcado por um perfil de migração completamente diferente da anterior, para muitos países, sendo conhecido como "fuga de cérebros". Esta

diversidade social gerada pela migração envolve desafios e reajustamentos em diferentes níveis (16). Como observado por Giddens (2008), a migração reforça e intensifica as relações interculturais, que levam a uma redefinição tanto da esfera pessoal quanto das práticas e discursos científicos, políticos e sociais (17). Segundo Padilla e Ortiz (2012), as pessoas se deslocaram entre diferentes territórios desde o início da humanidade (18). No entanto, as características dos atuais movimentos migratórios em termos de intensidade e diversidade fazem dele um fenômeno de grande importância para as sociedades contemporâneas, influenciando no âmbito econômico, demográfico, político, cultural e social. Sendo assim, o mundo vive numa mobilidade incessante, que acarreta mudanças estruturais em diferentes eixos da sociedade (19).

Nesse sentido, as migrações internacionais são um dos fatores que mais contribuem para as transformações e desenvolvimento sociais (20). Aragon, no seu livro intitulado *Migração Internacional na Pan-Amazônia*, afirmou que a expansão do capitalismo, o empobrecimento de alguns países europeus, as políticas favoráveis à imigração europeia e o fim da escravidão, entre outros fatores, levaram a um aumento expressivo dos fluxos migratórios internacionais nas últimas décadas do século XIX e primeiras do século XX, período conhecido como a era das grandes migrações (21).

Dentre as possibilidades existentes, a migração internacional, consiste na mudança de moradia com destino a outro país. Tal ocorrência vem sendo promovida ao longo de muitos anos. A exemplo disso, cita-se a migração forçada de africanos no intento de realizarem trabalhos escravos em outros continentes. A partir daí esses fluxos migratórios internacionais têm se intensificado cada vez mais nas últimas décadas (10). De forma genérica, a migração internacional tem sido considerada como a movimentação física de pessoas entre países diferentes e por períodos variados de tempo (22). Esta abrange vários tipos de movimentos populacionais, que englobam diferentes causas e diferentes estatutos do imigrante<sup>2</sup>, aspectos que acabam por determinar as condições e o tempo de residência no país de acolhimento.

---

<sup>2</sup> É importante ressaltar que atualmente a definição de "imigrante" é objeto de discussão. Por isso, nessa pesquisa, adotamos a definição usada pela Organização Mundial de Saúde que considera como imigrantes, todas as "pessoas que residem fora do país de nascimento" que podem estar em situação administrativa regular ou irregular.

O real motivo para imigrar pode ser uma decisão individual ou familiar, fato que pode ser influenciado diretamente por condições socioeconômicas, pelo contexto político e pelas catástrofes naturais (23,24). Em geral, é possível indicar que as motivações se relacionam a uma nova possibilidade de vida, busca de melhores oportunidades de emprego, benefícios financeiros ou fuga de problemas ambientais, políticos e sociais. Hoje em dia, o principal motivo para os fluxos migratórios internacionais é o econômico, pois as pessoas deixam seu país de origem visando à obtenção de emprego e melhores perspectivas de vida em outras nações (25).

A nível internacional, não existe uma definição consensual de "imigrante". Este termo engloba geralmente todos os casos em que qualquer pessoa decide abandonar o seu país para residir em outro (14). Segundo a OMS, o conceito de imigrante refere-se às pessoas que abandonaram o seu país de origem por razões económicas, sociais, ambientais ou políticas, no sentido de melhorar as suas condições de vida. Para as Nações Unidas, o termo imigrante refere-se a qualquer pessoa que vive, temporária ou permanentemente, em um país no qual não nasceu e no qual criou relações (14).

Os movimentos migratórios têm ganho uma frequência cada vez mais acentuada no mundo atual (26). A migração internacional é atualmente considerada um dos maiores desafios ao nível mundial, surgindo como fonte de reflexão para a maioria dos países. Neste contexto, há uma reconhecida necessidade de compreensão da movimentação da população e do seu impacto, quer para os países de acolhimento, trânsito e origem, quer para as populações, migrantes e autóctones (27,28).

Em 2003, a OIM estimou que, no mundo todo, uma em cada 35 pessoas era imigrante. Outras referências indicam que aproximadamente 175 milhões (2,9% da população mundial), vivem temporária ou permanentemente fora de seus países de nascimento (29). Conforme relatório de desenvolvimento humano de 2009, realizado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (15), aproximadamente 195 milhões de pessoas moravam fora de seus países de origem, o equivalente a 3% da população mundial, sendo que cerca de 60% desses imigrantes residiam em países ricos e industrializados. Algumas previsões destacam que a população migrante internacional poderia chegar a 1 bilhão de pessoas ao final do presente século (30).

Os principais destinos da migração internacional são os países industrializados, entre eles: Estados Unidos, Canadá, Japão, Austrália e os países da União Europeia. Os Estados Unidos possuem o maior número de imigrantes internacionais: dos 195 milhões, 39 milhões residem naquele país. No entanto, em decorrência da estagnação econômica oriunda de alguns países desenvolvidos, estima-se que, em 2010, 60% das migrações ocorreram entre países em desenvolvimento (21). Existem hoje no mundo aproximadamente 232 milhões de migrantes internacionais. Desde 1990, o número de migrantes internacionais no Norte global aumentou cerca de 53 milhões (65%), contra um aumento de cerca de 24 milhões (34%) no Sul global. Atualmente, aproximadamente seis em cada dez migrantes internacionais residem em regiões desenvolvidas (31).

O impacto do fenômeno migratório depende das condições de acolhimento e da capacidade de resposta dos países de destino. O choque cultural que as populações imigrantes podem sentir pela potencial diferença entre culturas, hábitos, normas e língua, pode constituir uma barreira à sua integração nas sociedades de acolhimento (14). O desenvolvimento de diferentes processos durante a migração que envolvem as populações imigrantes e a sociedade de acolhimento, como a adaptação, integração, assimilação, separação ou marginalização, acabam por determinar o tipo de relação entre as populações imigrantes e nacionais (32).

Os fluxos migratórios, a nível internacional, são simultaneamente as consequências de mudanças globais e importantes fatores propulsores de alterações subsequentes nas sociedades de onde partem os indivíduos e também nas sociedades de destino (33). Nas Américas, a magnitude e as características do fenômeno migratório têm profundos impactos sociais e econômicos, seja nos países de origem, de trânsito ou de destino dos migrantes (34). Isso revela a complexidade e a natureza transversal dos temas relacionados à migração. Um dos temas que hoje ganha importância nas preocupações dos responsáveis políticos e dos investigadores é a saúde dos imigrantes nos países de acolhimento.

### 3.1.3 Migrações no Brasil

A migração intencional na América Latina e Caribe é um processo social de profundas raízes históricas, que se constituiu em uma modalidade de inter-relação entre os países da região e entre estes e o restante do mundo (29). Ainda que essa realidade tenha ocorrido em outras épocas da história, dessa vez o fenômeno alcança o maior número de migrantes registrados. Mais de 258 milhões de imigrantes são registrados no mundo, sendo que deste número, 28,5 milhões se encontram na América Latina e no Caribe, e possui uma diversidade de expressões que colocaram o tema da migração na agenda global (35). Essa característica permite incluir as migrações dentre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Agenda 2030 (10). Referente à econômica, estudos realizados indicam que, nos Estados Unidos, 38% do déficit de sua força de trabalho entre 2000 e 2015 foi coberto por imigrantes latino-americanos, dos quais os mexicanos e centro-americanos contribuem com mais de 80% (18,30).

Desde fins do século XIX até 1970, a Argentina representava o país sul-americano com a maior taxa de imigrantes. Nessa época, cerca de 5,3 milhões de pessoas chegaram à Argentina, o que representa 38% da migração da América Latina e do Caribe nesse período (36). Na segunda metade da década, o país teve uma crise econômica, o que fez com que o número de estrangeiros residentes declinasse. Segundo Sala et al., essa situação tornou o Brasil como uma nova opção migratória para os imigrantes do Mercosul durante os anos 90 (36).

Durante os primeiros anos da colonização, a vinda de pessoas de outras partes do mundo para o Brasil aconteceu de forma espontânea. Segundo dados da Agência da ONU para Refugiados – ACNUR (2005), o Brasil é um país conhecido mundialmente pelo seu caráter acolhedor (37). Por seu histórico de país receptor de correntes migratórias e por sua população composta pelas mais distintas mesclas de nacionalidades, aparenta não apresentar restrições à chegada de todo aquele que nele vê uma oportunidade de nova pátria (38).

De ponto de vista histórico, a sociedade brasileira foi marcada pela implementação de um sistema de escravidão, a mais longa na história do mundo moderno (39). Este longo período, por sua vez, foi dividido em dois subperíodos, sendo

conhecidos como o Brasil Colonial que se estendeu de 1530 a 1822, e o Brasil Imperial, de 1822 a 1889. O subperíodo colonial é marcado pela chegada dos portugueses, que passaram a colonizar o país que já era ocupado pelos indígenas, e pela a migração forçada dos africanos para trabalhar como escravos (40). No segundo subperíodo, começou a chegada de imigrantes europeus, principalmente portugueses, italianos, espanhóis e alemães. Eles chegaram para trabalhar na agricultura e na indústria (40). Segundo os mesmos autores, a chegada deles demonstrava também uma ideologia racista, já que a maioria se negava a pagar salários aos negros. Além disso, eles contribuíram para a formação do povo, mas também para a organização da geografia e economia do país (41).

“O Brasil foi um dos destinos preferidos pelos trabalhadores italianos para tentar estabelecer uma nova condição de vida. O desenvolvimento do café e sua representatividade na economia brasileira do século XIX levaram os grandes fazendeiros dessa cultura a contratar estrangeiros para trabalhar em suas terras, fazendo com que os governos provinciais e também o governo do Império viessem a formular políticas oficiais de imigração, com o propósito de disponibilizar mão de obra para trabalhar na atividade cafeeira” (34).

Depois dos europeus, uma onda asiática composta especificamente por japoneses começou a chegar ao Brasil ao final deste mesmo subperíodo. O primeiro grande grupo de imigrantes japoneses chegou em 1908, a bordo do navio Kasato-maru (41). Cabe destacar que atualmente, a maior população japonesa fora do Japão está no Brasil. São cerca de 1,5 milhão de pessoas, das quais aproximadamente um milhão vivem no estado de São Paulo (40).

É só a partir dos anos 1990 que os nativos da América do Sul passam a predominar entre os imigrantes que chegaram ao Brasil; nessa época eles corresponderam a quase 40% do total. Entretanto, nesse período, não tinham documentos já que o governo estava sem interesse neles (40). Por isso não se pode confiar nessa porcentagem, que talvez não represente a realidade. Hoje, muitos estudos são consagrados aos imigrantes, o que reflete a importância que esse assunto vem ganhando na sociedade brasileira e nos meios acadêmicos.

O Brasil recebe muitos imigrantes da América do Sul, como os bolivianos, venezuelanos e paraguaios, assim como também recebe muitos africanos (33). Segundo Fuks, de 2009 a abril de 2012, o número de imigrantes peruanos em situação regular

aumentou em 378%, o de bolivianos, em 160%, e o de paraguaios, em 148%. Porém, estima-se que haja no Brasil entre 60 mil e 300 mil pessoas de outros países em situação irregular, principalmente latino-americanos, chineses e africanos (40). Os mesmos autores afirmam que o crescimento econômico do Brasil e a crise mundial contribuíram para aumentar significativamente o número de estrangeiros no país nos últimos anos (40). Porém, para os imigrantes haitianos, não foi somente a economia florescente do Brasil que os motiva a migrar ao país. Para diversos autores, a presença militar brasileira no Haiti contribuiu para essa vinda dos haitianos (4,42).

Handerson, na sua Tese de Doutorado, intitulada "Diáspora: As dinâmicas da mobilidade haitiana no Brasil, no Suriname e na Guiana francesa", mencionou diversas causas que motivaram os haitianos a escolher o Brasil para migrar. Dentre essas estão: o fato de que o Brasil é considerado como uma porta, permitindo chegar em outros países; o papel assumido pelo país nas tropas da Missão das Nações Unidas para a Estabilização no Haiti (MINUSTAH); as oportunidades oferecidas pelo Governo Brasileiro em relação aos haitianos; e a necessidade de mão de obra haitiana nas construções das obras da Copa do Mundo. Além desses motivos, muitos acreditavam que a comida e a moradia eram gratuitas (42). Embora se considere que o terremoto de 12 de janeiro de 2010 foi a principal causa da vinda dos haitianos para o Brasil, ele só representa um catalisador para a ocorrência desta migração.

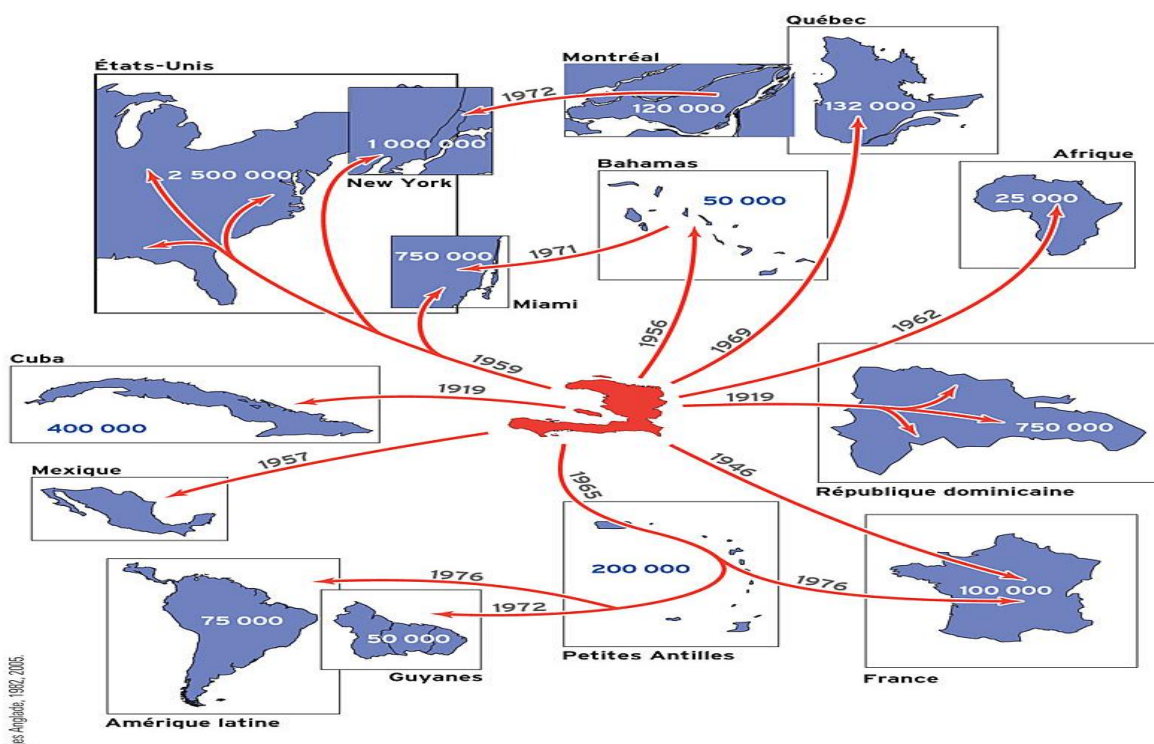
### **3.1.4 Migração haitiana: Breve história no mundo e no Brasil**

Historicamente, antes de se chamar Haiti, este país chamava-se Santo Domingo. É o terço ocidental da ilha de Hispaniola, que é a segunda ilha das Grandes Antilhas em termos de superfície. Como as demais ilhas caribenhas, conhece os ciclos de colonização entre os séculos XV e XVIII. Cabe destacar que, durante os períodos coloniais e mesmo após a proclamação da independência nacional, em primeiro de janeiro de 1803, houve movimentos esporádicos e ondas de migração haitiana para outras regiões. De fato, no final dos anos de 1978 e no início dos anos 1980, um conjunto de imigrantes haitianos invadiu a Flórida em um pequeno veleiro (43).

Da mesma maneira que o Brasil é considerado um país de imigração, o Haiti sempre foi visto como um país de emigração. Alguns países como a República

Dominicana, Cuba, Bahamas, Miami (Estados Unidos), Martinica, Guadalupe e Guiana se beneficiaram das primeiras imigrantes haitianos como mão de obra. Várias condições levam haitianos a migrar todos os dias. Para Pongnon, a migração haitiana é marcada por diferentes fases durante a evolução da população e da constituição do país. O autor afirmou que a migração haitiana propriamente dita começou nos anos 1960 -1979. Neste período, várias categorias de haitianos decidiram deixar o país. Muitos tinham nível educacional avançado e profissão, alguns outros nem um nem outro (43). Assim posto, os haitianos deslocam-se por razões diversas, sejam causas históricas, sociais, políticas, econômicas ou todas elas conjuntamente (44).

Figura 1: Os haitianos no mundo. As duas grandes ondas migratórias do século XX, 1915-1935, 1965-1985



Na verdade, os principais movimentos populacionais que o país conheceu ao longo da sua história foram causados principalmente por agitações sociais e políticas e catástrofes naturais que perturbaram a vida das pessoas e o desenvolvimento do país. Levando em conta essas causas, podemos resumir as mais recentes migrações haitianas em dois grandes períodos.

O primeiro período vai de 1975 a 1986, é mais conhecido como o *Duvaliérisme*. O governo de *Duvalier*, pai e filho, causou muitas crises políticas no país. Devido a essa ditadura, o país experimentou grandes ondas de migração. Conforme Pongnon, é principalmente o endurecimento do regime político e a repressão política que forçaram alguns cidadãos a fugir. Essa realidade continuou durante todo o regime de *Duvalier*. As diferentes estratégias postas em prática pelo governo mergulharam o país em um rápido clima de terror e de desconfiança. Os primeiros afetados foram os membros da elite mulata que foram também os primeiros a deixar o país rumo aos Estados Unidos (45). Em seguida, os intelectuais e as classes médias negras não demoraram para tomar igualmente o caminho do exílio. Assim, no final deste período, os serviços de imigração dos Estados Unidos registraram mais de 2 milhões de haitianos, principalmente nas cidades de Nova York, Boston, Chicago e na Flórida. É de suma importância apontar aqui que, juntamente com a migração dos ricos e intelectuais, os camponeses pobres também organizaram suas viagens clandestinas para a República Dominicana (45).

Ao final deste regime, os Estados Unidos pediram ao casal presidencial para deixar o país. Com o objetivo de estabelecer um clima mais pacífico. Após a decisão do Duvalier filho de permanecer no país, os Estados Unidos decidiram cortar todas as formas de assistência ao Haiti (46). Depois dele finalmente tomar a decisão de deixar o país, encontrou-se um Haiti completamente devastado pelas manifestações de rua, saques de grandes lojas e casas residenciais. Esta situação aumentou ainda mais a pobreza em que o país vivia há alguns anos.

Considera-se o segundo período como o pós-Duvaliérisme. Esse estenda de 1986 a 2011. Durante este período, apesar das implementações feitas pelas organizações internacionais, o país não conseguiu sair da situação em que se encontrava. Conforme Audebert (2017), essa época foi marcada pelo retorno da instabilidade política e, o aprofundamento da crise econômica. Então, no mesmo objetivo de chegar a uma estabilidade, o país conheceu vários presidentes e uma segunda ocupação da ONU (46). O presidente Jean Bertrand Aristide, do partido *lavalas*<sup>3</sup>, eleito por vias democráticas no ano 1994, não conseguiu terminar o seu mandato. A partir daí

---

<sup>3</sup> Movimento político do Haiti, cujo nome significa “avalanche”, em crioulo. Foi criado por grupos ligados ao então padre Jean-Bertrand Aristide, após a deposição do ditador Jean-Claude Duvalier, em 1986.

as crises sociais, as transições políticas e, claro, os fluxos migratórios continuam a acontecer (43). Deve notar-se que, no Haiti, a consequência dessas crises permanece e continua sendo a emigração.

Como se não bastasse a difícil situação política e social do país (46), a sucessão de desastres naturais desde 2004 trouxe à luz a extrema vulnerabilidade da sociedade haitiana. Em 2004, o furacão *Jeanne* matou 2.000 pessoas e deixou 250.000 desabrigados. Em 2008, a sucessão de quatro tempestades e furacões amplificaram os impactos da crise de alimentos, e fizeram novamente centenas de milhares de desabrigados (45). Conforme Barbosa (2015), esses furacões levam a perdas econômicas da ordem de 15% do PIB.

Contudo, essas perdas não representaram nada, comparando-as ao fenômeno ocorrido dois anos depois. Em 12 de janeiro de 2010, um terremoto de magnitude 7,3 na escala Richter devastou o país. Na história do Haiti, um desastre natural nunca tornara a sociedade tão vulnerável quanto a tragédia de 2010. A destruição, o desespero e o trauma psicológico causados por este terremoto são profundos e sentidos até os dias de hoje (45). As estimativas de perdas humana e material não puderam ser exatamente definidas. Conforme Santos (2016), a catástrofe deixou 220.000 mortos, 300.000 feridos e 1,3 milhão de desabrigados. Para Audebert (2017), mais de 230.000 pessoas teriam perdido a vida nos escombros, pelo menos tantos feridos e amputados aparecem como sobreviventes e 15% da população do país não tinha teto após o terremoto (45). Porém, segundo Oliveira (2017), a Cruz Vermelha estimou em 3 milhões o número de pessoas afetadas pelo terremoto, dentre as quais 316 mil morreram. Podemos confirmar que os números não são muito diferentes em relação às pessoas mortas que foram registradas.

Desta forma, a infraestrutura já enfraquecida do país também foi completamente destruída, agravando um cenário de problemas sociais que as instabilidades políticas tinham causado. Então uma vez mais, como diz Audebert, deixar este ambiente problemático tornou-se a única alternativa para um quarto da população do país martirizado.

Os primeiros grupos de haitianos chegaram no Brasil pela tríplice fronteira norte do país no início do ano de 2010. Vale notar que esta chegada inesperada causou surpresa para todos, pois, de acordo com Silva (2017), se a emigração não é uma

novidade na história migratória do Haiti, em território brasileiro sua presença constituía um fato novo. Os estudos revisados demonstraram que o Brasil foi um dos principais destinos dos haitianos a partir de 2010, (4,42,46,47) o que coincide com o ano do terremoto. Referente a isso, Santos (2016) confirmou que o marco da imigração haitiana para o Brasil foi o terremoto de 2010.

A migração haitiana para o Brasil é um fenômeno recente, por isso as fontes de dados disponíveis para analisar esta migração são ainda limitadas e contraditórias. É importante conhecer as rotas empregadas pelos imigrantes haitianos para chegar ao país. Diante do quadro empobrecido e precário que asfixiou a república após o sismo, centenas de pessoas de nacionalidade haitiana chegaram pela fronteira de Brasil, Colômbia e Peru, particularmente na cidade de Tabatinga, no estado do Amazonas. Posteriormente, mas no mesmo ano, outro grupo chegou pela fronteira Brasil, Bolívia e Peru, na cidade de Brasileia, no Acre (42).

Um autor haitiano, que também fazia parte dos imigrantes haitianos que tinham alcançado a Tríplice Fronteira – Brasil, Colômbia e Peru, conta, na sua Tese de Doutorado que, quando ele chegou, em janeiro 2012, encontrou aproximadamente dois mil haitianos no local e eles já completavam dois anos desde que tinham vindo ao Brasil pela mesma rota. O autor refere que o primeiro grupo que chegou na segunda semana de fevereiro de 2010, um mês depois do terremoto, eram doze haitianos, sendo quatro mulheres e oito homens. Passada uma semana, vieram mais vinte, e após trinta e, em maio do mesmo ano, cento e cinquenta haitianos já estavam morando na cidade de Tabatinga (42). Podemos observar que, em pouco tempo, a fronteira tornou-se a principal porta de entrada para os imigrantes, seja para ficar no Brasil ou para chegar a outros países. Através dessas rotas, a Amazônia permite que o Brasil se torne um verdadeiro centro, oferecendo alternativa para essencialmente entrar nos estados sul-americanos (48). Para Pongnon, desde 2010, os haitianos vindos principalmente da região Norte, tomaram o caminho da América do Sul para pousar no Brasil com o objetivo de alcançar o território dos Estados Unidos por terra.

Para vir ao Brasil, é necessário ter um visto de entrada, emitido pela embaixada brasileira de Porto Príncipe, e pelo qual é necessário pagar uma taxa. Porém, como as pessoas estavam em contexto de calamidade social, muitos queriam deixar o país o mais

rápido possível. Então, elas não esperaram por um visto. Cabe destacar que, para a obtenção do visto na embaixada, o postulante deveria possuir passaporte em dia, comprovante de residência, atestado de bons antecedentes, desembolsar US\$ 200,00 (duzentos dólares) e ainda aguardar cerca de um mês para a emissão dos documentos (49). Assim, sem receber muitas informações, elas contataram uma agência com experiência nesse tipo de procedimentos para preparar a viagem, comprar as passagens e fornecer recomendações para chegar à fronteira brasileira, seja em Tabatinga ou Brasília (50). As taxas a serem pagas dependem da agência que organiza a viagem e são estimadas em mil e quinhentos dólares americanos a mais. É interessante ressaltar que, para conseguir este dinheiro, as pessoas entregaram documentos de terras, carros, casas, animais que possuíam a outra pessoa, que lhes emprestou o dinheiro necessário para viajar, e devolve-o no prazo de um ano, com juros estipulados pelo prestador, quando começassem a trabalhar no Brasil (42).

Uma vez chegados a Brasileia, eles são recebidos pelas instalações de recepção e um escritório da Polícia Federal na cidade de Epitaciolândia. Cabe ressaltar que quarenta pessoas chegavam por dia e em 2014, eram mais de 400 à espera de um visto temporário que lhes permite instalar-se e trabalhar, ou até mesmo trazer a família (48). Alojados em abrigos precários ou em um ginásio municipal saturado, eles são alimentados gratuitamente pelo governo local, que fornece aproximadamente 2.500 refeições diárias. No que se refere a esse acolhimento, o Brasil tem a reputação de ser um país muito mais generoso, comparado a outros, como Estados Unidos, Canadá e França, três grandes países de emigração haitiana (48). Na verdade, os haitianos sempre consideraram o Brasil como um "bom" país, graças à ajuda que concede ao governo haitiano e é, de fato, uma das causas do rápido aumento do fluxo migratório haitiano no Brasil. Mas de onde vem esse amor incondicional pelo Brasil?

Segundo Santos (2016), os haitianos geralmente mencionavam um discurso dado pelo ex-presidente Luís Inácio Lula da Silva, quando ele esteve em Porto Príncipe<sup>4</sup>, em janeiro de 2010, logo após o terremoto, como primeiro motivo para sua escolha do Brasil. O autor afirmou que os imigrantes relataram que o ex-presidente ofereceu apoio ao país,

---

<sup>4</sup> Capital e maior cidade do Haiti. A sua população tem aproximadamente 2,5 a três milhões de habitantes.

que incluía abrigo para aqueles que quisessem migrar para o Brasil. Além disso, o povo haitiano estabeleceu forte laço com as tropas brasileiras pertencentes a MINUSTAH<sup>5</sup>, que surgem como um alento à estrutura política desgastada do Haiti (51). Os haitianos também têm muito carinho pelo time de futebol brasileiro e são bem informados a respeito do sucesso econômico do Brasil; eles mencionaram o fato de que ele foi classificado como a oitava maior economia do mundo em 2001 pelo Banco Mundial (52).

Como podemos observar, a vontade dos haitianos de viajar para o Brasil não é atual. Contudo, o fluxo migratório de haitianos para o Brasil iniciou-se de forma tímida, após o tremor de 2010, e intensificou-se no final de 2011 e começo de 2012 (49). Em 2010, apenas 4 haitianos obtiveram autorizações de permanência, número que subiu para 709 em 2011 e em 2012, o número de haitianos com autorizações de permanência no Brasil já alcançou 4.856. Segundo dados do ACNUR, estima-se que o número total de pessoas em condições de refúgio ou semelhante provenientes do Haiti saltou de 33.097 em 2010 para 73.094 em 2014 (47).

### **3.1.5 Migração haitiana no Rio Grande do Sul**

O Rio Grande do Sul está localizado no extremo meridional do Brasil, fazendo fronteiras com o Estado de Santa Catarina e dois países: Uruguai e Argentina. É banhado pelo oceano Atlântico e possui duas das maiores lagoas do Brasil: a Lagoa Mirim e a Lagoa Mangureira. O Estado apresenta uma população de 10.693.929 habitantes, aproximadamente 6% do total da população brasileira, e uma área de 281.730,2 km<sup>2</sup>. Está situado em 4º lugar entre os estados da Federação e suas características sociais e econômicas fazem dele um Estado privilegiado em termos de qualidade de vida no país. Possui uma grande diversidade cultural e de paisagens. Em sua formação étnica, destaca-se a presença de descendentes de povos indígenas, negros e europeus (48).

O Rio Grande do Sul tem uma longa e antiga história de migração. Os primeiros imigrantes que chegaram foram os alemães, em 1824. Graça às novidades trazidas por eles no setor comercial, a economia do Estado mudou em pouco tempo. Desde então,

---

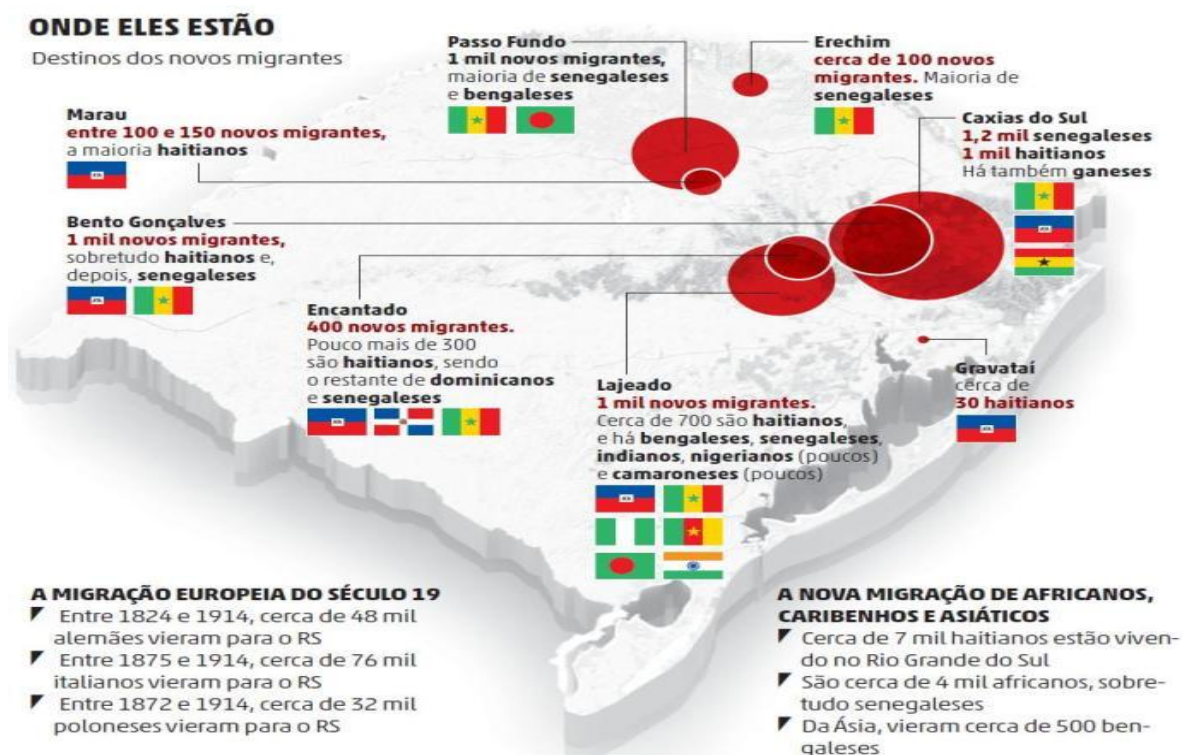
<sup>5</sup> Missão das Nações Unidas para Estabilização do Haiti, chamada de MINUSTAH (sigla em francês), atua na reconstrução do Haiti, que sofria com conflitos armados. A missão tem mais de 9.000 integrantes, a maioria militares (41).

as levas de imigrantes se sucederam. Nos primeiros cinquenta anos de imigração foram introduzidos entre 20 e 28 mil alemães no Rio Grande. Cabe ressaltar que eles trabalhavam na agricultura e formavam uma classe de pequenos proprietários e artesãos livres, em uma sociedade dividida entre senhores e escravos.

Em 1870, o governo do Rio Grande do Sul, já convencido da importância desses imigrantes para o desenvolvimento da economia do estado, criou colônias na região das serras gaúchas no objetivo de atrair 40 mil imigrantes alemães, para que ocupassem a região. No entanto, devido aos comentários negativos que circulavam sobre a vida dos alemães no país, o número de imigrantes alemães foi cada vez menor. Então, o governo teve que buscar outra alternativa. De 1875 a 1914, entre 80 a 100 mil italianos foram introduzidos no Rio Grande do Sul. Eles viveram da plantação de milho, trigo e outros produtos agrícolas até começar a trabalhar no cultivo de vinho, que logo ia tornar-se a sua principal fonte de economia.

Assim, podemos concluir que a primeira migração que ocorreu no Rio Grande do Sul era formada por europeus com baixo nível educacional, cujos objetivos eram trabalhar para sustentar suas necessidades, melhorar a economia do país e branquear o povo brasileiro. Então, no século XXI, quase 200 anos após, ocorre uma nova grande migração, completamente diferente da primeira, formada na sua maioria por africanos e haitianos. Os estudos demonstram que esses últimos têm um melhor nível educacional, comparando-se com os colonos alemães e italianos, mas a imigração tem o mesmo objetivo que é trabalhar para sustentar suas necessidades e também das suas famílias que permaneceram no país de origem. (53).

Figura 2: Principais destinos dos imigrantes haitianos no Rio Grande do Sul



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

Como mencionamos no parágrafo anterior, o território gaúcho passou a ser um dos principais destinos de senegaleses e haitianos durante esses últimos anos. Eles se fixaram principalmente no interior do estado, pois em Porto Alegre o custo de vida é mais alto, e tem menos possibilidade de conseguir emprego. Conforme Neto:

“O panorama da chegada de haitianos no sul do Brasil se dá principalmente em três trajetos. O primeiro, a partir de empresas que contatavam redes de imigrantes ainda na Amazônia; o segundo, empresas que contatavam redes de imigrantes em São Paulo; e, em terceiro, haitianos que já vinham direto para a região sul do Brasil” (51).

Barbosa (2016) aponta que o Haiti é oitavo país do mundo que mais recebe remessas de divisas, mais de 1 milhão de haitianos recebe dinheiro de suas famílias, que residem principalmente nos Estados Unidos. Essas remessas representam, aproximadamente, 25% do PIB do país e são estimadas em 1,5 bilhões de dólares (46). Cabe salientar que todos os haitianos que vivem fora do país constituem o chamado

"diáspora haitiano" e tem o compromisso de manter economicamente suas famílias e às vezes, seus vizinhos e amigos também.

O processo de entrada dos haitianos no Brasil passando pela fronteira boliviana e peruana, até chegar no Sul do país e permanecer, é marcado por uma longa e cansativa série de tentativas de inserção. Isso acontece tanto na relação com a sociedade local quanto com os diversos dispositivos políticos que o acolhem. Uma vez no Brasil, o imigrante haitiano que chegou sem visto tem duas possibilidades: a primeira é solicitar o refúgio, que é concedido quando a mobilidade está relacionada a fundado temor de perseguição (essa possibilidade não tem garantias, pois muitas vezes não pode ser comprovada); a segunda possibilidade é a solicitação do visto humanitário que, segundo o mesmo autor, entrou em vigor com a resolução normativa nº 97 do Conselho Nacional de Imigração em 2012. Ele tem uma validade de dois anos com probabilidade de ser prorrogado. Cabe ressaltar que a possibilidade de conceder o visto humanitário é também disponível na embaixada do Brasil no Haiti e, segundo dados divulgados pelo Portal Brasil, no ano 20015, 2.000 vistos mensais foram emitidos por essa embaixada (54).

Como já foi mencionado, após a chegada no norte do Brasil, os imigrantes haitianos rumam a outras cidades e estados em busca de trabalho ou para reunião familiar. Desde o ano de 2010, o fluxo destes imigrantes apresenta o terceiro maior contingente migratório no Estado Rio Grande do Sul (54). Assim, o autor considera esse fluxo migratório como sendo composta por duas gerações. A primeira chegou em 2010, alguns meses após o terremoto, sem contatos prévios; a segunda geração é composta por aqueles que já tinham estabelecido contato com a primeira geração. As duas gerações apresentam características diferentes desde o ponto de vista social, muito embora tenham o mesmo objetivo de conseguir emprego.

No tocante a esse objetivo, os haitianos sempre buscam os lugares com maior oportunidade de emprego para residir. Então, como o estado de Rio Grande do Sul é um dos estados com maior grau de industrialização no país, muitos acabam permanecendo no estado. Nesse sentido se observa uma presença considerável de imigrantes em algumas cidades gaúchas. Seguindo-se a literatura, a presença dos imigrantes haitianos pode dividir-se em quatro blocos regionais. O primeiro bloco corresponde à região

Metropolitana, composta pelos municípios de Porto Alegre, Canoas, Gravataí, São Leopoldo, Igrejinha e Montenegro, que concentra 19% desses imigrantes. O Vale do Taquari, composto por Arroio do Meio, Bom Retiro do Sul, Encantado, Estrela e Lajeado, concentra 13% dos imigrantes haitianos. O terceiro bloco regional constitui o bloco com maior concentração de haitianos, ou seja, 59,4% do total de todos os imigrantes que residem no estado. Este bloco corresponde à Serra Gaúcha, sendo composto por cidades como Antônio Prado, Bento Gonçalves, Caxias do Sul, Farroupilha, Feliz, Flores da Cunha e Garibaldi. Por fim, o último bloco, constituído por Marau e Passo Fundo, é considerado como o menor, pois concentra aproximadamente 8% do total dos imigrantes haitianos (54). É interessante ressaltar que os imigrantes haitianos representam o maior grupo de imigrantes com trabalho formal no estado de Rio Grande do Sul. No entanto, muitas vezes, eles são vistos como terroristas disfarçados (55) e portadores de doenças.

## **3.2 SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA**

Neste capítulo nos debruçamos sobre o tema de migração e saúde, enfatizando a Saúde Sexual e Reprodutiva e os determinantes que influenciam e/ou podem influenciar o estado de SSR da população imigrante.

### **3.2.1 Origem e principais conceitos**

Para entender os conceitos de SSR, é preciso reconhecer a existência de certos fatores que podem afetar o estado de saúde. Esses fatores, conhecidos recentemente como determinantes sociais da saúde, constituem riscos de doenças e são relacionados à situação socioeconômica do indivíduo. Segundo Vilpert (2008), a consciência da ligação entre o ambiente socioeconômico e a saúde emergiu no século XIX com o movimento higienista. Esse movimento mostra que a realização de mudanças no estilo de vida e na dieta contribuem para um declínio na mortalidade.

De fato, na Constituição de 1946, a OMS estava comprometida em reduzir as causas sociais das doenças e garantir a disseminação de tecnologias médicas. Infelizmente, a OMS encontrou uma série de dificuldades, fazendo com que o papel do meio social no risco de doença não figurasse entre os problemas de saúde. Nos anos

1960 a 1970, a OMS constatou que o modelo de saúde praticado não atendia à necessidade urgente das populações carentes. Então, ela decidiu envolver as pessoas em cuidar da sua saúde (2).

A partir daí muitos estudos foram dedicados a explorar a ligação entre condições sociais e doenças. Para Van Keman (2002), existe uma relação positiva entre o apoio social e o risco de ficar doente ou de falecer. O autor explica que um indivíduo isolado tem uma chance maior de morrer do que aquele que é rodeado por outras pessoas (41). Outros estudos mostraram uma relação quase proporcional entre condições sociais e morte. É referido também que as pessoas que se encontrem na base da pirâmide social têm duas vezes mais chances de adoecer ou morrer do que aquelas que estão no topo (2).

Como resultado, seguindo o famoso slogan "Saúde para todos até o ano 2000", que foi adotado em 1978 em *Alma-Ata*, na *Conference on Primary Health Care*, é um dever da OMS comprometer-se a reduzir as desigualdades sociais que geram discriminações (51), pois muitas conferências internacionais colocam o desenvolvimento humano e social no topo da agenda política, contudo, não pode haver desenvolvimento humano sem o bem-estar do homem. Para Vilpert (2008) é a esta reflexão que está ligado o conceito de Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR).

A SSR é um assunto bem estudado no mundo, por sua estreita relação com a sexualidade humana (6). Entende-se que a sexualidade humana é um tema complexo. Ela é um dos componentes essenciais do corpo, da vida e das relações interpessoais; e envolve o amor, a procriação e o prazer (56). Nesse contexto, a SSR é considerada como um aspecto importante da saúde integral das pessoas. Entendendo a saúde no sentido amplo, a SSR não é apenas a ausência de doença ou incapacidade. Dada a sua importância, é fundamental determinar e analisar os diferentes conceitos de SSR.

A Saúde Sexual (SS) é “a integração dos aspectos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais do ser sexual, de maneira a enriquecer positivamente e a melhorar a personalidade, a capacidade de comunicação com outras pessoas e o amor”. Desse modo, “o propósito dos cuidados da saúde sexual deveria ser o melhoramento da vida e das relações interpessoais, e não meramente orientação e cuidados relacionados à procriação e doenças sexualmente transmissíveis” (58).

Assim, o objetivo da saúde sexual não é apenas fazer aconselhamento e/ou tratar Infecções Sexualmente Transmissíveis (ITS), senão também melhorar a vida e as relações entre as pessoas (59). Essa definição defende uma sexualidade saudável e com consentimento livre das pessoas de como elas pretendem desfrutar a sua sexualidade. Linsoussi (2016) completa essa ideia referindo que não existe um modo errado de viver a sexualidade, desde que ela proporcione a satisfação e o prazer desejados e seja segura (5).

Na atualidade a Saúde Sexual é vista como um componente da saúde reprodutiva. Conforme o Fundo de População das Nações Unidas e a Federação Internacional de Planejamento Familiar, a Saúde Reprodutiva (SR) é definida como um estado completo de bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doenças ou enfermidades, em tudo o que se relaciona com o sistema reprodutivo, as suas funções e os seus processos (13,60). Para a OMS, esta definição implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tenha a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes o deve fazer (57).

No tocante a esta última afirmação da OMS, a SR permanece como um direito que todos os homens e todas mulheres têm de serem informados e terem acesso a métodos de Planejamento Familiar (PF) seguros, eficazes, aceitáveis, exequíveis à sua escolha, assim como outros métodos da sua escolha para regular a sua fecundidade, que não sejam ilegais (61). Para o mesmo autor, cabe destacar que o acesso aos serviços e cuidados de SR tanto para as mulheres quanto para os homens também constituem direitos dos casais.

Conforme Giami, a SSR destina-se a melhorar a qualidade da vida sexual e relações interpessoais e aborda todas as necessidades de mulheres e homens em suas vidas sexuais em termos de direitos, equidade, dignidade, emancipação, autodeterminação e responsabilidade nas relações (59). Dadas essas definições, percebemos a importância da SSR para as pessoas, para seu desenvolvimento e seu equilíbrio social.

Concluindo, é importante ressaltar que a SSR é um tema multifacetado, que engloba, por um lado, a saúde sexual e a saúde reprodutiva, cada uma delas com seus componentes e objetivos; por outro lado, encontram-se também vários direitos que são

parte integral da SSR. Esses últimos revelam-se fundamentais para o bom funcionamento dos programas de SSR na atenção primária à saúde.

### **3.2.2 Saúde Sexual e Reprodutiva como Direito Humano**

Os conceitos de SSR e direitos sexuais e reprodutivos são tópicos que fazem parte da agenda de instituições internacionais de desenvolvimento. Na verdade, a noção de liberdade que insinua o conceito de saúde sexual e reprodutiva também implica direitos. Em relação a isso, as questões de sexualidade, SSR e direitos reprodutivos foram primeiramente reconhecidas pelo Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) em 1994. O conhecimento desses direitos é muito importante para todo desenvolvimento humano que pretende ser durável (5).

Apesar da importância desses direitos, para Ventura, o reconhecimento deles é relativamente recente, remontando aproximadamente a duas décadas (62). Os mesmos autores ressaltam que, apesar do tempo de evolução dos direitos sexuais e reprodutivos, muitos países do mundo ainda não os garantem. Então, eles precisam realizar ajustes no que se refere às políticas públicas e às mudanças culturais, para que todos possam usufruir tais direitos (63).

Nesse sentido, o *International Planned Parenthood Federation (IPPF)*<sup>6</sup> elaborou em maio 2008, a “declaração dos direitos sexuais”. O propósito desta declaração é capacitar os membros das comunidades de SSR e dos direitos humanos a criar mudanças nessa área. Convencido de que uma abordagem à sexualidade e saúde sexual baseada nos direitos humanos promoverá a realização dos direitos sexuais como fatores de justiça, de desenvolvimento e saúde no mundo, o IPPF promulga os seguintes princípios e direitos (60):

- ✓ A sexualidade é parte integrante do ser humano. Por este motivo, é necessário criar um ambiente que permita que todos desfrutem de todos os direitos sexuais como parte de um processo de desenvolvimento.

---

<sup>6</sup> Provedor global de serviços de SSR e um dos primeiros defensores da saúde e dos direitos nos assuntos de sexualidade e reprodução para todos.

- ✓ Os direitos e proteções garantidos a pessoas menores de dezoito (18) anos diferem dos direitos dos adultos e devem levar em conta as capacidades evolutivas de cada criança a exercer os seus direitos em seu nome.
- ✓ A não discriminação na base da proteção e da promoção de todos os direitos humanos.
- ✓ A sexualidade e o prazer são pontos fundamentais da vida de todo ser humano, se ele escolhe ou não reproduzir.
- ✓ A garantia de direitos sexuais para todos inclui um compromisso com a liberdade e a proteção contra toda forma de violência.
- ✓ Os direitos sexuais não podem estar sujeitos apenas às limitações estabelecidas por lei para obter o reconhecimento e o respeito pelos direitos e liberdades de todas as pessoas e o bem público em uma sociedade democrática.
- ✓ As obrigações de respeitar, proteger e satisfazer aplicam-se a todas as liberdades e a todos os direitos sexuais.

Os direitos sexuais e os direitos reprodutivos constituem os direitos mais íntimos entre os Direitos Humanos já reconhecidos em leis nacionais e documentos internacionais. São considerados Direitos Humanos fundamentais, o direito à vida, à alimentação, à saúde, à moradia, à educação, ao afeto, aos direitos sexuais e os direitos reprodutivos (62). Esses últimos direitos são componentes essenciais do progresso em direção à legalidade de gênero (5) e são conhecidos há muito tempo. Do ponto de vista dos direitos humanos, todo indivíduo tem o direito de decidir sobre a sua SSR, independentemente do sexo, da orientação sexual, da idade, do status socioeconômico, do estado civil e que ele seja, ou não, afetado pelo HIV ou outras IST.

Nos países desenvolvidos, como na Europa Ocidental e na América do Norte, a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos são largamente garantidos por um conjunto de políticas públicas, leis e programas de educação e saúde pública, relativamente bem financiados. No entanto, esta realidade é bem diferente nos países em desenvolvimento (64). Tal temática, em diversas esferas sociais, ainda esbarra em preconceitos e tabus que polemizam e tornam o diálogo muitas vezes difícil (50). Isso ocorre, por exemplo, entre os imigrantes provenientes de países onde o tema ainda não é visto como um assunto normal.

### 3.2.3 Saúde, SSR e Migração

A migração, como anteriormente referido, é um determinante social da saúde. Ela pode afetar tanto a saúde como o bem-estar das pessoas e das comunidades. A definição de saúde da OMS é muito mais complexa do que parece, posicionando cada pessoa como próprio ator de sua saúde. Além disso, ela leva em consideração todos os aspectos da vida da pessoa, tais como seu estado físico e mental e sua vida social.

Segundo Dias e Rocha (2009), o estado de saúde das populações imigrantes é condicionado pela interdependência de diversos outros determinantes de saúde (14). A migração é vista como um determinante particular de saúde, pois, simultaneamente ela pode melhorar o estado de saúde dos migrantes e das suas famílias, quando permite-lhes fugir à perseguição e à violência, melhorar a sua situação socioeconômica e as oportunidades educacionais, assim como dos parentes que permanecem no país de origem, graças a remessas. No entanto, o processo de migração também pode expor os migrantes a riscos para a saúde. Segundo a OIM, as viagens perigosas, os estressores psicossociais, as deficiências nutricionais, as mudanças no estilo de vida, a exposição a doenças infecciosas, e o acesso limitado à prevenção e cuidados em saúde de qualidade, ou interrupção dos cuidados, fazem parte desses riscos (28).

Ao longo do tempo, observa-se que os imigrantes constituem grupos particularmente vulneráveis. Diversos estudos mostraram um declínio na saúde dos imigrantes à medida que a estadia no país de acolhimento continua (64,66). Esses autores argumentam que, em apenas dez anos, muitos imigrantes previamente saudáveis acabam com problemas de saúde crônicos, como as doenças cardiovasculares e mentais. Para Sawadogo (2016), no período da pós-migração, as causas explicando este fenômeno são numerosas e incluem; as dificuldades para encontrar trabalho, o estresse da aculturação, as barreiras do idioma e da cultura, as dificuldades para entender o funcionamento do novo sistema de saúde, a falta de informações e uma fraca rede de apoio social (6).

Nesse sentido, Cruz (2010) aponta também que as circunstâncias da vida são apenas parte de um quadro mais amplo em que o acesso aos cuidados de saúde é

dificultado pela frequente ausência de informação sobre direitos e serviços disponíveis, ou ainda, pela falta de sensibilidade e de conhecimento das entidades e dos/as profissionais prestadores/as dos serviços (20). Devido a esses elementos, a presença dos imigrantes é quase sempre relacionada com doenças. Segundo Ventura (2016), essa classificação se baseia na falta de informações sobre os imigrantes. Tais informações são capazes de assombrar a imaginação da população anfitriã (65).

Então, de uma forma geral, os imigrantes vivem em situações de maior risco para a saúde do que a população autóctone (20). Dias e Gonçalves (2007) afirmam, no que respeita à saúde, que as doenças infecciosas, como a tuberculose, o HIV/AIDS, e hepatites, são mais favoráveis ao contágio na população migrante, o mesmo acontecendo com as doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e outros fatores de risco associados. É também sugerido que há, nesses grupos, um número significativo de lesões acidentais evitáveis no trabalho e em casa (66). Deste modo, a relação entre a saúde e a imigração tem ganho relevância nas políticas e nos processos de integração dos imigrantes nos países de acolhimento (20). No entanto, observa-se que o estado de saúde deles segue ruim ao longo do tempo, evidenciando que as barreiras relacionadas com os cuidados persistem com o passar dos anos (67).

Para melhorar o estado de saúde dos imigrantes, é preciso conhecer os principais fatores que podem interferir na sua saúde, tanto características pessoais como de acesso à saúde. A cultura determina o modo de pensar e agir dos imigrantes. Em um estudo realizado sobre o uso e a percepção dos cuidados de saúde entre os imigrantes nos Estados Unidos, evidenciou-se que diferentes crenças e práticas culturais fizeram alguns imigrantes resistir em seguir os conselhos dos profissionais de saúde (67). Outro estudo realizado com mulheres indo-canadenses demonstrou que elas viam a solidão e a depressão como questões que não mereciam atenção médica, em vez de considerá-las como problemas de saúde (67). De maneira mais geral, os padrões específicos de crença, comportamento e busca de saúde influenciam as abordagens de doença e saúde destes grupos.

Quanto aos profissionais de saúde, eles devem ter conhecimento dessas realidades e tentar abordá-las de maneira diferente para cada grupo, uma vez que os imigrantes, apesar de serem do mesmo país, podem ter língua materna diferente e

variedade nas tradições religiosas, nos estilos de vida e nas alianças políticas (67). Aliás, os motivos de migração também são diferentes, o que terá também efeito sobre sua integração na sociedade. Isto quer dizer que os imigrantes não devem ser vistos como um grupo homogêneo. Conforme Prazeres (2007), entender a posição social de uma pessoa é um fator importante para o bom funcionamento do sistema de saúde e entender as disparidades no acesso à saúde (66). Ainda, o entendimento do idioma (tanto da parte dos imigrantes como dos profissionais) constitui o principal fator para um bom acesso a saúde. Referente a isso, Cruz diz:

“A garantia de uma boa comunicação é a segurança para o começo da inclusão desta população, não só aos cuidados de saúde, mas à sociedade em geral ” (20).

Além disso, ser e permanecer saudável é uma condição fundamental para que os migrantes possam trabalhar, ser produtivos e contribuir para o desenvolvimento social e econômico das comunidades de origem e destino.

No que se refere à SSR e migração, tanto homens como mulheres estão expostos a desenvolver problemas relacionados a um pior estado de SSR. Embora as mulheres já sejam mais vulneráveis devido à desigualdade e à discriminação que elas sofrem na sociedade (69), as mulheres imigrantes experimentam ainda maiores desafios para a sua saúde. Alguns estudos apontam que elas apresentam problemas relacionadas com regulação da fertilidade, IST, violência sexual e de gênero, gravidez e parto e disponibilidade e uso de serviços de saúde (67).

As opiniões são divergentes sobre os efeitos da migração na fertilidade e no planejamento familiar. Segundo o autor anterior, a migração pode aumentar ou diminuir a fertilidade (67). Muitas vezes a migração gera incerteza do futuro, instabilidade econômica e separação conjugal, elementos que tendem a diminuir a fertilidade. Além disso, as taxas de fertilidade também variam com o nível de conhecimento e a disponibilidade de contracepção (67). Portanto, a migração constitui um poderoso componente de mudança demográfica, embora seja difícil de seguir sua evolução (70). As mulheres imigrantes parecem apresentar maior risco do que outras mulheres de contrair IST, incluindo o HIV, por uma variedade de razões. Primeiramente, a migração geralmente ocorre sem a companhia dos cônjuges, aumentando assim a probabilidade de atividade sexual fora de relações estáveis. A ruptura econômica pode exigir que as

mulheres imigrantes se envolvam em atividade sexual para adquirir alimentos ou outros bens para melhorar sua vida e da sua família (67). Por fim, a migração parece aumentar a incidência de violência sexual baseada no gênero, o que promove a disseminação de IST.

As investigações sobre a saúde das mulheres imigrantes assinalam, sobretudo, problemas de SR. Como elas utilizam menos frequentemente os serviços de saúde em geral, elas não recebem os cuidados pré-natais geralmente necessários durante a gravidez. Segundo Ramos, elas apresentam menor taxa de utilização de métodos anticoncepcionais e, portanto, maior taxa de gravidez indesejada, maiores taxas de mortalidade perinatal e infantil e também distúrbios psicossomáticos e depressão pós-parto (71). Verifica-se também que, em alguns países, o parto e a gravidez são acompanhados de um conjunto de rituais; a não realização desses rituais pode traumatizar as imigrantes que os consideram importantes. Contudo, a infertilidade causa grande número de problemas, especialmente em grupos de imigrantes nos quais a fertilidade dá origem à posição social.

É importante ressaltar, contudo, a escassez de estudos sobre SSR dos imigrantes do sexo masculino. Essa situação dificulta a construção de dados relevantes acerca deles.

### **3.3 CONTEXTO DO ESTUDO**

#### **3.3.1 Haiti**

A República do Haiti está localizada no Caribe e ocupa uma parte predominantemente montanhosa da ilha de Hispaniola<sup>7</sup>, é a segunda maior ilha das grandes Antilhas. Está separada de Cuba pelo canal do Vento ao noroeste e da Jamaica através do canal da Jamaica ao sudeste. Ela tem fronteira com a parte Leste da República Dominicana. O país é dividido em dez (10) regiões geográficas e administrativas. Ele

---

<sup>7</sup> Nome dado a Santo Domingo, antiga colônia da França, pelos colonos, devido à enorme quantidade de açúcar que se produzia na ilha. Também expressão utilizada nos anos 1960 quando o Haiti estava no apogeu da indústria do turismo (85).

apresenta uma área de 27.750 km<sup>2</sup>, com uma densidade de cerca de 370 habitantes por km<sup>2</sup>.

Segundo os dados do Ministério da Saúde Pública e da População (MSPP), a população haitiana, em 2016, era de 11 078 033 habitantes (72) e 37% deles viviam na região metropolitana, particularmente em Porto Príncipe (73,74). As pessoas de 15 a 64 anos representam mais de 58,3% da população e o número total de mulheres é estimado em 50,4% (72). A estimativa para a esperança de vida ao nascer é de 64,2 anos para o período 2015-2020 (75).

Figura 3: Mapa da República do Haiti



Fonte: Mapa Mundi, 2017

### 3.3.2 Aspectos econômicos e sociais

O Haiti é um dos países em desenvolvimento da América Latina e também um dos mais vulneráveis, do ponto de vista da pobreza e dos desastres naturais. O Haiti é classificado como um país de baixo rendimento, com um Produto Interno Bruto (PIB) de 8.797 bilhões de dólares americanos e renda bruta per capita de US\$ 829 dólares em 2015 (76). Segundo dados do Banco Mundial (2005), mais da metade da população vive com menos de dois (2) dólares americanos por dia. A taxa de desemprego é muito alta, afetando cerca de 41% da população ativa, e continua a aumentar a cada ano. Em 2012, dois anos após o terremoto de 12 de janeiro de 2010, cujo dano foi estimado em cerca de US \$ 8

bilhões pelo Banco Mundial, o mapa da pobreza informou que mais da metade da população vive abaixo da linha de extrema pobreza, com US \$ 1 dólar por dia (76). Estas situações de precariedade tornam possível classificar o país como o mais pobre das Américas e um dos países mais pobres do mundo.

Durante a década de 80, as atividades agrícolas, embora rudimentares, foram a principal fonte da economia haitiana (76). Estatisticamente, durante o século XIX, o setor primário, dominado pela agricultura, representava cerca de 95% do Produto Interno Bruto (PIB) até o ano 1980 (77). Nessa época, o país exportava café, cacau, cana-de-açúcar, algodão e mel. Desde 1985, essa participação não ultrapassou a marca de 32%. Em 2005, ficou abaixo de 6% antes de subir para 9% no ano seguinte. Hoje em dia, apesar de alguns problemas como a falta de infraestrutura adequada e de investimento sustentável, além de desastres naturais que levam a erosões do solo (77), o setor agrícola representa ainda cerca de 25% do PIB. Como consequência direta desta falência econômica, o desemprego é muito presente na sociedade haitiana e, como foi mencionado no parágrafo anterior, ele afeta mais da metade da população. O economista haitiano Pharel concluiu que, na atualidade, as remessas pecuniárias da diáspora haitiana contribuem muito para a economia de sobrevivência do país (76) e representam aproximadamente 35% do PIB, ou seja, três vezes o orçamento do Estado.

O declínio da economia do país tem sido acompanhado por uma série de consequências negativas para a sociedade haitiana. Nos aspectos sociais, com um índice de Gení de 0,61 em 2012, o Haiti é também colocado como um dos países com maior desigualdade social do planeta (79). Essas desigualdades sociais intervêm nos aspectos mais básicos e tornam a situação econômica do país ainda mais precária. Algumas necessidades básicas, tais como o acesso à educação, à água potável, à energia e à saúde, de forma global e universal, continuam sendo grandes sonhos para as populações haitianas e um desafio enorme para o governo haitiano.

A educação desempenha um papel fundamental no desenvolvimento de um país e no futuro de uma população. Nesse sentido, ela permite dar uma resposta não só às necessidades e expectativas dos indivíduos e da sociedade, mas especialmente propicia uma estabilidade na economia de um país. No Haiti, o acesso à educação ainda é limitado e a qualidade e a governança são grandes desafios. Segundo o Fundo das Nações Unidas

para a Infância (80), o investimento público para o setor da educação é muito limitado e representa, em média, cerca de 10% do orçamento.

No último censo escolar de 2011, pode-se ver que, naquele país, apenas 20% da oferta educacional provém do setor público, estando o restante nas mãos do setor não privado. A frequência escolar aumentou de 50% em 2005 para 82,7% em 2012 (80). No entanto, apesar desse salto significativo no nível de frequência escolar, o Haiti ainda enfrenta desafios significativos para assegurar o acesso equitativo à educação básica de boa qualidade. No ensino fundamental, a taxa de inscrição é de cerca de 60%. Mais de 380.000 crianças entre 6 e 11 anos não frequentam a escola; 72% dos alunos do primeiro ano, nas áreas rurais, estão acima da idade indicada para estar nessa série, e 38% das crianças de 7 a 18 anos nunca foram à escola (81).

Para Ménard (2013), estes números refletem claramente a marginalização do meio rural porque a maioria dos alunos "acima da idade" é originários das regiões rurais (81). Em 2003, a idade média dos estudantes na última turma do Ensino Fundamental era de 16 anos, enquanto não deveriam ter mais de 11 ou 12 anos de idade (79). Essa situação relaciona-se ao alto custo das taxas escolares para as famílias pobres. Segundo o Instituto Haitiano de Estatística e Informática (81), 71% dos alunos das famílias mais ricas estão na escola, contra 23% dos que vivem nas famílias mais pobres. Contudo, a diferença no nível educacional entre os sexos não é muito marcada; em 2012, 79% dos homens e 74% das mulheres eram alfabetizados (82).

Além das dificuldades encontradas na área da educação, os recursos hídricos e energéticos também não são suficientes para atender às necessidades da população, especialmente nos estratos mais pobres. Em 2000, apenas 36% da população tinha acesso à água potável e 21% ao saneamento básico. Em 2015, a cobertura de água potável aumentou para 57,5% (62,8% nas áreas urbanas e 17,6% nas áreas rurais) e o saneamento para 28% (83). Os resultados da pesquisa *Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services*<sup>8</sup> (EMMUS) mostraram que apenas 38% de todas as famílias entrevistadas tinham eletricidade. Este serviço é cinco vezes mais raro em algumas áreas do país, por exemplo, nas áreas rurais, onde apenas 15% dos domicílios têm eletricidade (84).

---

<sup>8</sup> Pesquisa de mortalidade, morbidade e uso de serviços é a maior pesquisa do Haiti cujo objetivo principal é fornecer estimativas atualizadas de indicadores demográficos e de saúde básica.

### **3.3.3 Aspectos sócio sanitários**

No Haiti, a disponibilidade de um sistema de saúde funcional, oferecendo serviços de alta qualidade à população, é uma das principais prioridades do Governo. Para conseguir isso, ele confia essa tarefa ao Ministério da Saúde Pública e da População (MSPP), que é o órgão encarregado de preservar a saúde da população e de garantir a vida dos cidadãos. A saúde é reconhecida pela Constituição Haitiana como um direito da população, como descrito no artigo 23 da constituição que afirma que

“O Estado está vinculado à obrigação de fornecer os meios para assegurar uma proteção adequada a todos os cidadãos e também a manutenção e restauração da sua saúde, fornecendo as infraestruturas necessárias” (85).

O MSPP, através da sua política de saúde, exalta há mais de vinte anos um sistema de saúde preventiva e curativa de qualidade e livre de discriminação para todos os haitianos. Entende-se que a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) define a equidade em saúde como uma expressão fundamental da justiça social, que um indivíduo alcança quando consegue atingir seu pleno potencial de saúde e quando ninguém é excluído ou impedido de atingir esse potencial por causa de sua saúde, posição social ou outras circunstâncias sociais (57).

No entanto, no Haiti, a maior pesquisa do setor de saúde do país mostra uma grande desproporção de sobrevivência entre os ricos e os pobres. Em outras palavras, os mais pobres têm piores resultados de saúde do que os mais ricos. Segundo Cayemittes et al. 2013, a taxa de mortalidade neonatal entre 20% mais pobres e 20% mais ricos atinge, respectivamente, 32/1.000 e 30/1.000. Além disso, os partos hospitalares são oito vezes mais frequentes para o quintil de riqueza mais elevado do que para o quintil de riqueza mais baixo (86). Essas diferenças devem-se ao status socioeconômico, gênero, etnia e localização geográfica, que proporcionam um acesso limitado aos serviços de saúde (57). Assim, várias condições constituem causas reais de morbidade e mortalidade no país.

### **3.3.4 Perfil de saúde**

O perfil sanitário do país apresenta uma alta morbimortalidade por algumas doenças relacionadas à pobreza. Entre as principais causas de morbidade encontram-se, de um

lado, as doenças infecciosas transmissíveis, como tuberculose, HIV/AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis, malária, dengue, filariose e as doenças ocasionadas por falta de água potável (87). Do outro lado, pode-se notar as doenças crônicas, os traumas, além da violência e dos acidentes de trânsito, que se tornaram grandes causas de mortalidade nos últimos dez anos (87,88).

A taxa de mortalidade materna do Haiti continua ser a mais alta no Caribe, apesar de apresentar um declínio significativo nos últimos anos (79). A fim de reduzir as taxas de morbidade e mortalidade infanto-juvenil e materna, o Ministério da Saúde do país definiu grupos-alvo como crianças menores de 5 anos, mulheres grávidas e mulheres entre 15 e 49 anos. As crianças de 0-4 anos representam 11.8% da população, porém as mulheres grávidas e mulheres em idade fértil são estimadas respectivamente em 2.8% e 26.6% (89). Segundo a OMS, 350 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos foram registradas em 2012 (82). Em 2015, a taxa de mortalidade materna dentro do hospital era de 269 por 100.000 nascimentos (90). Estas taxas são absurdamente altas quando comparadas com as da Europa que é de 16 por 100.000 nascidos vivos (90). A morbidade no sexo feminino é também dominada por infecções relacionadas ao HIV/AIDS (com uma prevalência de 1,1%), doenças oportunistas, deficiências nutricionais e patologias relacionadas à gravidez e ao puerpério (88).

O quadro mórbido em crianças é dominado pela anemia, com uma prevalência de 61% para crianças de 0 a 59 meses em 2006, seguido por diarreia (27,4%), desnutrição crônica (21,5%) e infecções respiratórias agudas (20,2%) no mesmo ano. No entanto, as principais causas de mortalidade em adultos são a hipertensão arterial seguida da AIDS e das diarreias aquosas (90). Outras doenças como a tuberculose (com prevalência de 306/100 mil habitantes), a malária (4,9%), a dengue clássica (0,72 / 100 mil) também são indicadores de morbidade nos adultos. Além disso, as neoplasias em mulheres com 15 anos ou mais, o diabetes, as doenças cardiovasculares e as lesões traumáticas, devido ao aumento de sua incidência e prevalência, tornaram-se um objeto de preocupação da saúde pública do país.

### **3.3.5 Saúde Sexual e Reprodutiva no Haiti**

No Haiti, o setor da SSR, assim como os outros setores da saúde, sofre muitas disfuncionalidades. Embora alguns indicadores tenham melhorado nos últimos anos, o programa de SSR do país continua sendo preocupante. Segundo o Ministério da Saúde Pública e da População (83), a acessibilidade, a equidade e a qualidade dos serviços, além de um melhor financiamento do sistema de saúde, são elementos-chave capazes de melhorar os indicadores de SSR. Nesse contexto, o Ministério, prioriza alguns aspectos da SSR, como a saúde materna e neonatal, o planejamento familiar, a saúde dos jovens e adolescentes, a prevenção dos cânceres gênito-mamários e a violência baseada no gênero (83), com o objetivo de melhorar o acesso e a qualidade do programa de SSR.

### **3.3.5.1 Acesso à SSR**

O sistema de saúde haitiano oferece atendimento formal a apenas 47% da população (88). Os altos custos, a escassez dos centros de saúde nas áreas rurais e o conhecimento limitado da população sobre a saúde e os direitos reprodutivos são os principais obstáculos no uso dos serviços de SSR (91). No entanto, também podemos notar as deficiências em termos de recursos humanos qualificados para uma oferta de serviços padronizados e acessíveis.

O MSPP afirmou, em 2014, que o país contava com 5,9 médicos, 5,9 enfermeiros e 6,5 profissionais de saúde para mais de 10 mil habitantes. No entanto, pode-se assinalar que, como resultado dos problemas multisetoriais que o país enfrenta, os números de profissionais, em especial dos profissionais de saúde, não param de decrescer. Em 2016, foram identificados apenas 1,4 médicos e 1,8 enfermeiros no setor público e 1,0 médicos e 2,1 enfermeiros no setor privado (92). É importante ressaltar, também, que, ao lado da medicina moderna, existe uma medicina tradicional bastante ativa, que representa 70% da atenção em saúde, e se constitui no primeiro recurso da população em caso de problemas de saúde (88). Em outras palavras, a restrição do acesso aos programas modernos de saúde é frequentemente compensada pelo uso da medicina tradicional, apesar de que esta última seja muito mais relacionada à cultura, à religião e ao nível educacional das pessoas.

De acordo com um estudo realizado em julho de 2013 pela Agência de Cooperação Internacional do Japão (JICA) sobre a Saúde Pública no Haiti, constatou-se que todos os índices de saúde são inferiores à média da América Latina e do Caribe. O mesmo estudo

mostra que as doenças infecciosas e as complicações relacionadas à gravidez e ao parto ainda são as principais causas de mortalidade no país, o que mostra o atraso do desenvolvimento do país.

### **3.3.5.2 Cuidados pré-natais**

No Haiti muitas mulheres grávidas não vão ao médico durante a gestação e às vezes terminam por parir em casa também. Tal como foi referido anteriormente, a taxa de mortalidade materna caiu de 620 para 350 por 100.000 habitantes, no período de 1990 a 2010 (93), para chegar a 284 por 100 mil no ano 2016 (72). Durante o mesmo ano, 43 partos institucionais foram registrados para cada 100 mulheres que estavam grávidas. Deste número de partos institucionais, considera-se que apenas 37,3% deles foram realizados por pessoal qualificado (86). Neste mesmo estudo se verificou que, em 2013, somente 43% das unidades de saúde ofereciam serviços de apoio à natalidade e 10% praticavam cesarianas. Atualmente, o MSPP oferece serviços de consulta pré-natal através de quase todas as unidades de saúde do país, ou seja, 92% das instituições (83).

A mortalidade infantil é estimada em uma taxa de 59 por 1.000 nascimentos (80), que reflete a baixa cobertura dos cuidados pré-natais. A OMS recomendou pelo menos quatro consultas durante a gravidez. No entanto, no Haiti, somente 34% das mulheres grávidas realizem três visitas pré-natais (89). Do mesmo modo, o padrão de realizar visitas antecipadas para facilitar a detecção de problemas que possam colocar em perigo a saúde da mãe e da criança não é respeitado. Nota-se que a primeira consulta pré-natal é frequentemente tardia. Em 2015, o relatório estatístico do MSPP mostrou que 41,7% das gestantes realizaram sua primeira consulta pré-natal entre os 4 e 6 meses de gestação e 23% a realizaram entre 7 e 9 meses. (89).

Entretanto, como membro da OMS, o Haiti está empenhado em melhorar a cobertura dos cuidados pré-natais, a fim de reduzir as taxas de mortalidade materna e infantil. Este objetivo é um dos 100 principais indicadores de saúde que foram recomendados em 2015 pela OMS (83). Porém, observando os dados anteriores, podemos concluir que o país ainda está longe de ser capaz de melhorar as causas que levam às altas taxas de mortalidade materno-infantil em comparação com aquelas de outros países da América Latina e do Caribe.

### 3.3.5.3 Planejamento Familiar (PF)

O PF faz parte dos programas priorizados pelo MSPP com o objetivo de reduzir o nível de mortalidade materna e infantil. De fato, a OMS tem provado que o PF permite prevenir mortes maternas e infantis por gravidezes não planejadas capazes de levar ao aborto voluntário em condições precárias, bem como a transmissão de IST, incluindo HIV/AIDS, através do uso de preservativos (83). O PF é um tema ainda controverso entre vários grupos da sociedade. A título de exemplo, cada religião tem uma visão diferente sobre o conceito e a importância do PF (94). Além disso, a aceitabilidade do uso de métodos anticoncepcionais está intimamente ligada ao nível educacional. Para a mesma autora, as práticas de anticoncepção decorrem das crenças e dos valores da sociedade, bem como das políticas do Estado, e não são exercidas por todas as mulheres e todos os homens de forma igualitária (94).

No Haiti, observando os índices de fertilidade e a taxa de crescimento populacional, pode-se concluir que grande parte da população não utiliza métodos contraceptivos. No entanto, através das cinco pesquisas EMMUS realizadas no Haiti de 1994 a 2017, podemos notar um declínio considerável no índice de fertilidade. Este último passou de 4,8 para 3,0 filhos por mulher (72), ou seja, o número de filhos por mulher teria diminuído, em média, 1,8 filhos em um período de cerca de 25 anos. A taxa de natalidade em 2016 foi estimada em 23,3 nascimentos por 1.000 habitantes (95). Essa taxa é geralmente o fator dominante na determinação da taxa de crescimento populacional.

O índice de fertilidade é muito maior entre os adolescentes de 10 a 24 anos; não obstante, eles representam 61% da população total (72). Neste grupo de adolescentes, o início da relação sexual é considerado como precoce e é estimado em média abaixo dos 18 anos de idade. Para Chahnazarian, a entrada antecipada na vida sexual na verdade se traduz no Haiti pela entrada mais precoce na vida reprodutiva (96). Confirmando essa afirmação, o MSPP afirmou que o percentual de adolescentes de 15 a 19 anos que já iniciaram sua vida reprodutiva está aumentando rapidamente, de 1% a 21%. Aos 19 anos, 19% das adolescentes da mesma idade já tiveram um nascimento vivo e cerca de 3% estão grávidas do primeiro filho (72).

A porcentagem de adolescentes que já iniciaram sua vida reprodutiva é, de longe, mais alta nas áreas rurais do que nas áreas urbanas e representa respectivamente 13% e

7% (72). Entre os fatores que levam a este fato estão, de um lado, a pobreza, o desemprego, os tabus e a fraca comunicação entre pais e filhos sobre o tema de sexualidade. Por outro lado, o acesso geográfico e financeiro aos serviços de saúde e educação básica é muito limitado e de baixa qualidade (97). Para Costa, a educação sexual tem um papel pertinente na prevenção de comportamentos sexuais de risco e na promoção do desenvolvimento de competências por parte dos adolescentes (98). Assim, garantir a educação sexual dos adolescentes seria um jeito de terminar com o ciclo vicioso de gravidez precoce, abandono escolar, desemprego e pobreza.

Conforme o relatório estatístico de 2017, o MSPP oferece serviços de PF em 75% das unidades de saúde do país. Essas unidades sanitárias referem um total de 21% de uso desses serviços (83). Em um estudo realizado com mulheres em relacionamento, de 14 a 45 anos, observa-se que 32% delas usam um método de PF (83). Os métodos mais usados são os de curto prazo, como os injetáveis (44,2%), os preservativos (36,4%) e as pílulas (11,2%). Apenas 7,0% dos entrevistados fazem uso de métodos de longo prazo e definitivos, como implantes, ligadura e vasectomia (83). Além disso, o uso de contraceptivos modernos varia de acordo com todas as características sociodemográficas e 38% das mulheres relatam necessidades não satisfeitas de PF.

#### **3.3.5.4 HIV e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis**

No Haiti, algumas práticas sexuais inseguras, como a iniciação sexual precoce, o baixo uso de preservativos, especialmente no início da atividade sexual e no sexo comercial, é muito corrente. Certos comportamentos sexuais relacionados à prática do *vodu*, que oferece um maior espaço de liberdade sexual e a possibilidade múltiplos parceiros sexuais socialmente aceitos, podem aumentar o risco de contrair IST/HIV (91). De acordo com os dados disponíveis no EMMUS-III, 19% dos haitianos acreditam no modo de transmissão das ITS/HIV através da feitiçaria e 29% não excluem este modo (82). Por essas causas, a taxa de ITS e HIV é muito elevada no país. Fora da África Subsaariana, a região do Caribe tem a maior taxa de prevalência de HIV em adultos no mundo, e o Haiti ainda tem a maior taxa de prevalência de HIV em adultos entre todos os países do Caribe (99).

As IST apareceram no Haiti há séculos e evoluíram de maneira endêmica. A mais recente delas é o HIV/AIDS, cujo primeiro caso foi relatado no país no ano de 1978 (91).

Para os pesquisadores da época, o vírus foi provavelmente introduzido na ilha através de redes homossexuais provenientes dos Estados Unidos no final dos anos 1970. O fato que muitos desses homossexuais são na verdade bissexuais facilitou a passagem do vírus para a população feminina (65). Em 1982, quatro anos após o surgimento do primeiro caso, os Estados Unidos incluíram os haitianos como um dos fatores de risco pela infecção (100), usando o notório nome 4H<sup>9</sup>, que foi o primeiro nome atribuído aos sinais e sintomas das pessoas soropositivas no Haiti (91).

Conforme o Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controle das IST HIV/AIDS no Haiti 2002-2006, não existem dados confiáveis permitindo entender a magnitude exata das epidemias de IST/HIV a nível nacional. Contudo, usaremos as estimativas mais recentes disponíveis para algumas subcategorias da população. Nesse caso, a prevalência das IST na população adulta é estimada em cerca de 12% (91). Mas como muitas pessoas, especialmente as mais vulneráveis, não buscam ajuda médica quando apresentam sintomas simples que elas consideram como normais devido à falta de informação ou falta de recursos econômicos, o perfil epidemiológico exato dessas doenças está, portanto, longe de ser conhecido.

As IST estão no terceiro lugar da lista de doenças sob vigilância para o ano de 2017, com um total de 79.538 casos (83). As mais diagnosticadas no Haiti são diferentes entre os dois gêneros. Nas mulheres, encontra-se a trichomona vaginalis, seguida por candidíase, clamídia, sífilis e vaginose bacteriana. Já nos homens encontra-se primeiro a gonorreia, seguida por uretrite não específica, linfo-granuloma venéreo, cancroide e finalmente sífilis. As infecções pelo vírus do papiloma e herpes são muito mais raras em ambos grupos (91). Outros estudos também demonstram diferenças entre a prevalência do HIV nos homens, nas mulheres e nos adolescentes em geral.

O Haiti, com seus mais de 11 milhões de habitantes, é o país com a maior população do Caribe, mas também o que apresenta a maior prevalência de HIV (2,2%) (83). Estima-se que 85% dos adultos soropositivos do Caribe vivem no Haiti (101). Esta prevalência diminuiu de mais ou menos 0,2% dos anos anteriores para atingir 2,0% em 2017. Deve-se

---

<sup>9</sup> É o nome dado aos primeiros casos de HIV detectados em 1982. 4H para homossexuais, hemofílicos, viciados em heroína, haitianos. De fato, a frequência da doença era muito alta entre os imigrantes haitianos nos Estados Unidos, e o Haiti era então suspeito por muitos, como o epicentro do vírus, que desde então tem sido formalmente negado.

notar que a prevalência do HIV é significativamente maior entre mulheres do que homens, (2,7% e 1,7% respectivamente). Segundo Castro e Farmer (2003), essa diferença se deve ao fato que as mulheres são mais vulneráveis biologicamente e socialmente à infecção pelo HIV. No mesmo estudo, os autores explicam que, além das mulheres serem suscetíveis ao estupro, a discriminação de gênero também pode condicionar essa situação, pois o preservativo é quase sempre utilizado pelos homens (102).

Nos adolescentes, o risco de infecção pelo HIV continua a ser importante, já que eles começam sua vida sexual cedo e sem quaisquer instruções. De fato, entre os jovens de 15 a 24 anos, a prevalência do HIV é de 0,9%, com predomínio novamente entre as meninas (97). Conforme um estudo realizado por Cayemittes (2006), apenas uma de cada quatro mulheres jovens de 15 a 24 anos sexualmente ativa fez uso do preservativo na última vez que teve sexo com um parceiro ocasional, bem como quatro a cada dez homens jovens (103). Isso mostra que, no Haiti, os comportamentos de proteção ainda são mais a exceção que a regra (103). Como os jovens representam 61% da população total do país, incluí-los entre os grupos-alvo pode ser importante no objetivo de reduzir a taxa de infecção pelo HIV no país.

A revisão da literatura nos permitiu confirmar a importância de um estudo semelhante entre os imigrantes haitianos que vivem no sul do Brasil. Como este estudo pretende avaliar a SSR desses imigrantes, optou-se por construir um questionário bem centrado em questões relacionadas ao assunto, para, deste modo conhecer em parte a situação de saúde dos imigrantes e propor estratégias futuras para a saúde pública do país anfitrião.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martin D, Goldberg A, Silveira C. Imigração, refúgio e saúde: perspectivas de análise sociocultural. Saude soc [Internet]. março de 2018 [citado 1º de junho de 2019]; 27:26–36. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sausoc/2018.v27n1/26-36/>
2. Vilpert S. De la planification familiale à la Santé Sexuelle et Reproductive Une étude de cas [Mémoire de maîtrise]. Université de Genève; 2008.
3. Patarra NL. Migrações internacionais de e para o Brasil contemporâneo: volumes, fluxos, significados e políticas. São Paulo em Perspectiva [Internet]. setembro de 2005 [citado 1º de junho de 2019];19(3):23–33. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0102-88392005000300002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-88392005000300002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)
4. Baeninger R, Peres R, Baeninger R, Peres R. Crisis migration: Haitian migration to Brazil. Revista Brasileira de Estudos de População [Internet]. 2017 [citado 28 de setembro de 2018]; Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0102-30982017000100119&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-30982017000100119&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)
5. Linsoussi J-B, Adam F. Santé sexuelle et reproductive et paupérisation des populations rurales : cas du département de la Donga au Bénin. [Mémoire de maîtrise]. [Canada]: Université Catholique de Louvain; 2017.
6. Sawadogo M. Identification des facteurs qui influencent l'utilisation des services de santé sexuelle et reproductive chez les femmes immigrantes francophones d'Afrique Subsaharienne [Mémoire de maîtrise]. Faculté de sciences de la santé Université d'Ottawa; 2016.
7. Norredam M, Olsbjerg M, Petersen JH, Bygbjerg I, Krasnik A. Mortality from infectious diseases among refugees and immigrants compared to native Danes: a historical prospective cohort study. Tropical medicine & International Health [Internet]. 2012 [citado 29 de março de 2019]; Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-3156.2011.02901.x>
8. Keygnaert I, Vettenburg N, Roelens K, Temmerman M. Sexual health is dead in my body: participatory assessment of sexual health determinants by refugees, asylum seekers and undocumented migrants in Belgium and the Netherlands. BMC Public Health [Internet]. 2014 [citado 29 de março de 2019]; Disponível em: <http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-14-416>
9. OIM. Droit international de la migration. Organisation internationale pour les migrations; 2007.

10. Ribeiro A. Tipos de migração [Internet]. Mundo Educação. [citado 29 de março de 2019]. Disponível em: <https://mundoeducacao.bol.uol.com.br/geografia/tipos-migracao.htm>
11. Bógus LMM, Fabiano MLA. O Brasil como destino das migrações internacionais recentes: novas relações, possibilidades e desafios. Ponto e Virgula-PUC SP. 2015; 18:126–45.
12. Tiago Weizenmann RL dos S. Migrações históricas e recentes. Ed. da Univates, 2017. Lajeado; 2017. 654 p.
13. UFNPA. A Passage to Hope Women and International Migration. The State of World Population; 2006.
14. Dias SF, Rocha CF. Saúde Sexual e Reprodutiva de Mulheres Imigrantes Africanas e Brasileiras. Observatório da Imigração, ACIDI, I.P.; 2009. 178 p.
15. PNUD. Relatório de Desenvolvimento Humano 2009. New York; 2009.
16. Rocha-Trindade MB, Horta APB, Ribeiro J. Sociologia das migrações: casas de emigrante? 1995 [citado 7 de fevereiro de 2019]; Disponível em: <https://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/7329>
17. Giddens A. Sociology. Polity Press; 2008.
18. Padilla B, Ortiz A. Fluxos migratórios em Portugal: do boom migratório à desaceleração no contexto de crise. Balanços e desafios. REMHU [Internet]. 2012 [citado 7 de fevereiro de 2019]; Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1980-85852012000200009&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1980-85852012000200009&lng=pt&tlng=pt)
19. Sheller M, Urry J. The New Mobilities Paradigm. Environment and Planning A: Economy and Space [Internet]. 2006 [citado 7 de fevereiro de 2019]; Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1068/a37268>
20. Da Cruz CP. Migração e Relações Sociais de Género - A Intervenção do Projecto SauDar e o Acesso aos Cuidados de Saúde da População Imigrante [Mestrado]. Universidade de Coimbra; 2010.
21. Aragón LE. Migração internacional na Pan-Amazônia. UFPA; 2009. 11–336 p.
22. OIM. An overview of international migration [Internet]. 2003 [citado 27 de março de 2019]. Disponível em: [http://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr\\_2003.pdf](http://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2003.pdf)
23. Marinucci R, Milesi R. Migrações Internacionais Contemporâneas [Internet]. [citado 30 de março de 2019]. Disponível em: <http://www.ufjf.br/pur/files/2011/04/MIGRA%C3%87%C3%83O-NO-MUNDO.pdf>

24. Claro C de AB. Refugiados ambientais: mudanças climáticas, migrações internacionais e governança global [Internet] [Dissertação de mestrado]. [Brasília – DF]: Universidade de Brasília; 2012 [citado 30 de março de 2019]. Disponível em: [http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/11970/1/2012\\_CarolinadeAbreuBatistaClaro.pdf](http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/11970/1/2012_CarolinadeAbreuBatistaClaro.pdf)
25. Lisboa SS. Os fatores determinantes dos novos movimentos migratórios. Ponto de Vista. 2008; 5:85–96.
26. Dias S, Gonçalves A. Migração e Saúde. Migrações [Internet]. 2007 [citado 20 de julho de 2018];15–26. Disponível em: [http://www.uc.pt/fluc/gigs/GeoHealthS/doc\\_apoio/migracoes\\_e\\_saude.pdf](http://www.uc.pt/fluc/gigs/GeoHealthS/doc_apoio/migracoes_e_saude.pdf)
27. Carballo M, Nerukar A. Migration, refugees, and health risks. Emerg Infect Dis [Internet]. 2001 [citado 8 de fevereiro de 2019]; Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2631841/>
28. OIM. Division Migration et Santé de l'OIM [Internet]. 2017 [citado 10 de fevereiro de 2018]. Disponível em: <https://publications.iom.int/books/mrs-no-52-summary-report-mipexhealth-strand-and-country-reports>
29. Perdomo RP. Os efeitos da migração. EG [Internet]. 2007 de 2006;1–13. Disponível em: <files.bvs.br/upload/S/1555-8746/2007/vn4/a111-123-2.pdf>
30. Hily M-A. As migrações contemporâneas: dos Estados e dos homens. In São Paulo; 2003 [citado 6 de fevereiro de 2019]. Disponível em: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00609853>
31. OECD-UNDESA. A joint contribution by UN-DESA and the OECD to the United Nations High-Level Dialogue on Migration and Development. 2013.
32. Bourhis RY, Moïse LC, Perreault S, Sénécal S. Towards an Interactive Acculturation Model: A Social Psychological Approach. International Journal of Psychology [Internet]. 1997 [citado 31 de março de 2019]; Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1080/002075997400629>
33. Lima SS. The immigrants in Brazil, its vulnerability and the principle of equality. Revista Brasileira de Saúde Pública. 2017; 7:386–403.
34. Figueredo LO, Zanelatto JH. Trajectory of migrations in Brazil. Acta Scientiarum Human and Social Sciences [Internet]. 2017 [citado 6 de fevereiro de 2019]; Disponível em: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/3073/307350907009/html/index.html>
35. ONU Brasil. Milhões de latino-americanos residem fora de seus países de nascimento [Internet]. 2016 [citado 31 de março de 2019]. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/cepal-285-milhoes-de-latino-americanos-e-caribenhos-residem-fora-de-seus-paises-de-nascimento/>

36. Sala GA, Carvalho JAM de. A presença de imigrantes de países do Cone Sul no Brasil: medidas e reflexões. R bras Est Pop [Internet]. 2008; Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-30982008000200006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-30982008000200006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)
37. Barreto LPTF. Refúgio no Brasil: A proteção brasileira aos refugiados e seu impacto nas Américas. ACNUR / Ministério da Justiça; 2010.
38. Da Silva SA, Silva SA da. Immigration and host networks: the case of Haitians in Brazil. Revista Brasileira de Estudos de População [Internet]. 2017 [citado 28 de setembro de 2018]; Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0102-30982017000100099&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-30982017000100099&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)
39. Alphonse F. História, migração, racismo e xenofobia brasileira: diálogo sobre os haitianos no brasil desde 2010.
40. Fuks B, Takada PM, Ratier RP. Migração: O Brasil em movimento. 2012;
41. Sanches RF. Imigração e Refúgio, o acolhimento, inclusão e integração. 2005;
42. Joseph H. Diaspora: Sentidos sociais e mobilidades haitianas. Horizontes Antropológicos. Horizontes Antropológicos [Internet]. 2015; Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-71832015000100051&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-71832015000100051&lng=pt&tlng=pt)
43. Pongnon VN. Immigration haïtienne, formation professionnelle et projets de vie : Stratégies de mobilités sociales des Haïtiens et Capverdiens dans le contexte Brésilien. Universidade de Brasília; 2017.
44. Guimarães MA. O “eu” confronta o “outro”: o que (re) velam as manifestações de brasileiros sobre haitianos nas mídias e redes sociais digitais [Tese de doutorado]. Universidade Federal de Mato Grosso; 2017.
45. Audebert C. Le contexte historique de la migration Haïtienne. In: La diaspora haïtienne : Territoires migratoires et réseaux [Internet]. Presses universitaires de Rennes; 2017 [citado 9 de fevereiro de 2019]. p. 15–45. Disponível em: <http://books.openedition.org/pur/26973>
46. Barbosa LS. Imigrantes haitianos no rio grande do Sul: uma etnografia de sua inserção no contexto sociocultural brasileiro [Dissertação de mestrado]. Universidade Federal de Santa Maria; 2015.
47. Oliveira W. Haitianos no Brasil: Hipóteses sobre a distribuição espacial dos imigrantes pelo território brasileiro [Internet]. 2017. Disponível em: <http://dapp.fgv.br/haitianos-no-brasil-hipoteses-sobre-distribuicao-espacial-dos-imigrantes-pelo-territorio-brasileiro/>

48. Granger S. Brazilian Amazonia, new migratory interface between Caribbean World and South America? 2014 [citado 28 de setembro de 2018]; Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1984-22012014000100007&lng=en&nrm=iso&tlng=fr](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1984-22012014000100007&lng=en&nrm=iso&tlng=fr)
49. De Moraes IA. A imigração haitiana para o Brasil: causas e desafios. *Revista Conjuntura Austral* [Internet]. 2013 [citado 13 de fevereiro de 2019]; 4:95–104. Disponível em: <https://hcommons.org/deposits/objects/hc:22518/datastreams/CONTENT/content>
50. Da Silva SA. Amazon border: obligatory passage for Haitians? *REMHU* [Internet]. 2015 [citado 28 de setembro de 2018]; Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1980-85852015000100119&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1980-85852015000100119&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)
51. Martins I do MM, Neto HP. Do Haiti ao Brasil: estratégias de mobilidade e permanência em grupos migrantes [Tese de Doutorado]. Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2018.
52. Santos FV dos. A inclusão dos migrantes internacionais nas políticas do sistema de saúde brasileiro: o caso dos haitianos no Amazonas. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* [Internet]. 2016 [citado 11 de fevereiro de 2019]; Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702016000200477&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702016000200477&lng=pt&tlng=pt)
53. Mauch C, Vasconcellos N. Os Alemães no sul do Brasil: cultura, etnicidade, história. ULBRA; 1994.
54. Bianco BF, Cavalcanti L. Dossiê: Imigração Haitiana no Brasil Estado de Artes. PERIPLoS; 2017.
55. Matos BI. Aspectos da trajetória de migração de haitianos para o Brasil e o oeste de Santa Catarina. In: *Imigração haitiana: perfil, ambientação social e organizacional no oeste catarinense, política migratória e aspectos da história do Haiti*. Unoesc; 2018. p. 43–60.
56. Guedes D, Assunção L. Relações amorosas na contemporaneidade e indícios do colapso do amor romântico. *Revista Mal-Estar e Subjetividade* [Internet]. 2006 [citado 1º de abril de 2019]; Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1518-61482006000200007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1518-61482006000200007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)
57. Alvarenga ISA. OPAS/OMS Brasil - Ministério da Saúde lança campanha de prevenção às DST e aids para carnaval 2015 [Internet]. 2015 [citado 27 de março de 2019]. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=4768:ministerio-da-saude-lanca-campanha-de-prevencao-as-dst-e-aids-para-carnaval-2015&Itemid=812](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=4768:ministerio-da-saude-lanca-campanha-de-prevencao-as-dst-e-aids-para-carnaval-2015&Itemid=812)

58. Medeiros N. Os discursos do projeto saúde e prevenção nas escolas: adolescência, sexualidade e subjetivação. [citado 1º de abril de 2019]; Disponível em: [https://www.academia.edu/23283082/OS\\_discursos\\_do\\_projeto\\_sa%c3%9ade\\_e\\_preven%c3%87%c3%83o\\_nas\\_escolas\\_adolesc%c3%8ancia\\_sexualidade\\_e\\_subjetiva%c3%87%c3%83o](https://www.academia.edu/23283082/OS_discursos_do_projeto_sa%c3%9ade_e_preven%c3%87%c3%83o_nas_escolas_adolesc%c3%8ancia_sexualidade_e_subjetiva%c3%87%c3%83o)
59. Giami A. Santé sexuelle : la médicalisation de la sexualité et du bien-être. *Le Journal des psychologues* [Internet]. 2007 [citado 19 de fevereiro de 2019]; Disponível em: <http://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2007-7-page-56.htm>
60. IPPF. Déclaration des droits sexuels [Internet]. 2008 [citado 27 de janeiro de 2019]. Disponível em: [ippf\\_sexual\\_rights\\_declaration\\_french.pdf](http://www.ippf.org/ippf_sexual_rights_declaration_french.pdf)
61. Vilar D. Contributos para a história das políticas de Saúde Sexual e Reprodutiva em Portugal. 2014 [citado 3 de novembro de 2018]; Disponível em: <http://journals.openedition.org/eces/203>
62. Ventura M. Direitos reprodutivos no Brasil. 2º ed. SP/Brasil: UNFPA; 2004. 4–178 p.
63. Félix J. Sexualidade, saúde sexual e saúde reprodutiva: questões para a formação de professoras/es. *Revista Interface*. 2017;(13):6–20.
64. EPF. Santé et droits sexuels et reproductifs : les fondamentaux. In Belgium; 2013 [citado 1º de fevereiro de 2018]. Disponível em: [epf\\_ib\\_srhr-the\\_basics\\_fr\\_final.pdf](http://www.epf.be/epf_ib_srhr-the_basics_fr_final.pdf)
65. Ventura D. Impacto das crises sanitárias internacionais sobre os direitos dos migrantes. *Impacto das crises sanitárias internacionais sobre os direitos dos migrantes*. 2016;
66. Gagnon AJ, Merry L, Robinson C. A Systematic Review of Refugee Women’s Reproductive Health. *Refuge: Canada’s Journal on Refugees* [Internet]. 1º de agosto de 2002 [citado 2 de fevereiro de 2019];21(1):6–17. Disponível em: <https://refuge.journals.yorku.ca/index.php/refuge/article/view/21279>
67. Newbold KB. Health Care Use and the Canadian Immigrant Population. *International Journal of Health Services* [Internet]. julho de 2009 [citado 2 de fevereiro de 2019];39(3):545–65. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.2190/HS.39.3.g>
68. Vasco Prazeres ARL, Célia Soares AMM. Saúde, Sexo e Género Factos, Representações e Desafios. Lisboa; 2018. 71 p.
69. Gascón MLG, Abad ML, Álvarez Nieto C, Pastor Moreno G. The approach to sexual and reproductive health in immigrant women from a gender perspective. *Cultura de los Cuidados Revista de Enfermería y Humanidades* [Internet]. 2011 [citado 3 de novembro de 2018]; Disponível em: <http://hdl.handle.net/10045/18695>

70. Sobotka T. Les migrants exercent-ils une influence croissante sur la fécondité en Europe ? Politiques sociales et familiales [Internet]. 2010 [citado 5 de fevereiro de 2019]; Disponível em: [https://www.persee.fr/doc/caf\\_2101-8081\\_2010\\_num\\_100\\_1\\_2525](https://www.persee.fr/doc/caf_2101-8081_2010_num_100_1_2525)
71. Guilamo-Ramos V, Jaccard J, Pena J, Goldberg V. Acculturation-Related Variables, Sexual Initiation, and Subsequent Sexual Behavior Among Puerto Rican, Mexican, and Cuban Youth. Health Psychology [Internet]. 2005 [citado 19 de março de 2019];24(1):88–95. Disponível em: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0278-6133.24.1.88>
72. Ministère de La Santé Publique et de la Population. Rapport de la situation nationale. 2016;
73. Joseph E. Population totale, population de 18 ans et plus estimées en 2009. IHSI; 2009.
74. IHSI - Statistique Démographiques et Sociales [Internet]. [citado 1º de abril de 2019]. Disponível em: [http://www.ihsi.ht/produit\\_demo\\_soc.htm](http://www.ihsi.ht/produit_demo_soc.htm)
75. Bernier M. Plan stratégique national de santé sexuelle et reproductive 2018 – 2022. Haiti: DSF/MSPP; 2018.
76. Tomaz CAS de, Costa PHH de L. O Fundo Monetário Internacional e a proteção dos Direitos Humanos: Uma análise do programa de crescimento e redução da pobreza no Haiti. RDI [Internet]. 2017 [citado 1º de abril de 2019]; Disponível em: <https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/rdi/article/view/3920>
77. Paul B, Dameus A, Garrabe M. Le processus de tertiarisation de l'économie haïtienne. Études caribéennes [Internet]. 2011 [citado 6 de dezembro de 2018]; Disponível em: <http://journals.openedition.org/etudescaribeennes/4757>
78. Cajuste Y. “L'économie haïtienne en 120 minutes” présentée par Kesner Pharel au Massachusetts Institute of Technology (MIT) à Cambridge [Internet]. [citado 1º de abril de 2019]. Disponível em: <http://infohaiti.net/index.php/accueil/outremer/4729-l-economie-haitienne-en-120-minutes-presentee-par-kesner-pharel-au-massachusetts-institute-of-technology-mit-a-cambridge>
79. World Bank. Mieux dépenser pour mieux soigner : un regard sur le financement de la santé en Haïti [Internet]. 2015 [citado 1º de abril de 2019]. Disponível em: <http://www.banquemondiale.org/fr/country/haiti/publication/better-spending-better-care-a-look-at-haitis-health-financing>
80. UNICEF Haiti. Santé - Défis [Internet]. [citado 1º de abril de 2019]. Disponível em: <https://www.unicef.org/haiti/french/health.html>
81. Évelyne Trouillot Ménard. L'éducation en Haïti: inégalités économiques et sociales et question de genre. La femme dans l'enseignement supérieur. 20 de dezembro de 2018;2(3):5.

82. Cayemittes Michel FP, Bernard Barrere SM, Blaise Severe. VIH/SIDA et Infections Sexuellement Transmissibles em Haiti: Résultats de l'Enquête de Mortalité, Morbidité et Utilisations des Services (EMMUS-III). Calverton, Maryland, USA; 2002.
83. Ministère de la Santé Publique et de la Population. RAPPORT STATISTIQUE 2017. 2018 p. 60.
84. Cayemittes M, Soumaïla Mariko BB, Blaise Sévère CA. Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services, Haïti, 2005-2006 [Internet]. Haiti; 2007 [citado 13 de dezembro de 2018]. Disponível em: <https://www.google.com/search?q=Cayemittes+Michel+2006&oq=Cayemittes+Michel+2006&aqs=chrome.69i57.23703j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8>
85. HAITI. La Constitution de la République d'Haïti de 1987 amendée. Port-au-Prince. Seç. Le Corps Législatif 1987.
86. Institut Haïtien de l'Enfance, ICF. Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services-VI 2016-2017. 2018.
87. Moi-meme PJ, Rosa DSR. O sistema de saúde do Haiti. In: Imigração haitiana: perfil, ambientação social e organizacional no oeste catarinense, política migratória e aspectos da história do Haiti. Unoesc; 2018. p. 91–109.
88. Ministère de la Santé Publique et de la Population. Politique nationale de santé. 2012.
89. Ministère de la Santé Publique et de la Population. Rapport Statistique. HAITI; 2015.
90. World health statistics overview 2019: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals.
91. Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP). Plan stratégique national pour la prévention et le contrôle des IST et du VIH/SIDA en Haïti 2002-2006. 2002.
92. Pan American Health Organization. La santé dans les amériques: résumé du panorama régional et profils de Haïti et des départements français d'amérique. 2007.
93. Japan International Cooperation Agency. Étude sur la Santé Publique en République d'Haïti. 2013.
94. Coelho EBS. Nursing and family planning: the interfaces of contraception. Rev Bras Enferm. 2005;
95. De Cerqueria FW. Haiti – aspectos geográficos [Internet]. [citado 1º de abril de 2019]. Disponível em: <https://brasilecola.uol.com.br/geografia/haitiaspectos-geograficos.htm>

96. Chahnazarian A. Hausse récente de la fécondité en Haïti: un nouvel engouement pour la vie en union. 1992 [citado 29 de dezembro de 2018];47(3). Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/1533735?origin=crossref>
97. Ministère de la Santé Publique et de la Population. Plan Stratégique National: Santé des Jeunes et Adolescents. Port-au-Prince; 2014 2017.
98. Da Costa SFP. Conhecimentos, atitudes e crenças face à sexualidade e educação sexual de adolescentes do 8o e 10o ano de escolaridade. Escola superior de enfermagem do Porto; 2015.
99. Malow R, Rosenberg R, Lichtenstein B, Dévieux JG. The Impact of Disaster on HIV in Haiti and Priority Areas Related to the Haitian Crisis. *J Assoc Nurses AIDS Care* [Internet]. 2010 [citado 2 de janeiro de 2019];21(3):283–8. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2862993/>
100. Pape J, Severe P, Fitzgerald D, Deschamps M, Joseph P, Riviere C, et al. The Haiti research-based model of international public health collaboration. *J Acquir Immune Defic Syndr* [Internet]. 2014 [citado 2 de janeiro de 2019];65(0 1):S5–9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4005809/>
101. Philippe R. Facteurs associés au risque d'infection au VIH SIDA en Haïti [Mémoire de maîtrise]. Université de Quebec; 2006.
102. Castro A, Farmer P. El Sida y la violencia estructural: La culpabilización de la víctima. *Cuadernos de antropología social* [Internet]. 2003 [citado 8 de janeiro de 2019];(17):29–47. Disponível em: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1850-275X2003000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1850-275X2003000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
103. Gaillard EM, Boulos L, Cayemittes MPA, Eustache L, Van Onacker JD, Duval N, et al. Understanding the reasons for decline of HIV prevalence in Haiti. 2006 [citado 8 de janeiro de 2019];82. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2593070/>

#### 4 ARTIGO CIENTÍFICO

### **Sexual Health of Haitian Immigrants in Southern Brazil: a cross-sectional study**

Kesta Saint Val

Eliana Wendland<sup>2</sup>

This article will be submitted to the Journal of Global Health Reports (QUALIS A2).

<sup>1</sup>MD, Health Sciences Graduate Program. Federal University of Health Sciences of Porto Alegre (UFSCPA).

<sup>2</sup>MD, PhD. Professor of the Postgraduate Program in Health Sciences. Federal University of Health Sciences of Porto Alegre (UFSCPA). Assistant Professor, Department of Collective Health

Author for correspondence: Eliana Wendland

Address: Federal University of Health Sciences of Porto Alegre, Department of Public Health.

245 Sarmiento Leite Street.

90050170

Porto Alegre, RS – Brazil

E-mail address: elianaw@ufcspa.edu.br

Acknowledgments: The authors would like to thank the following Brazilian agencies: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) and Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) for financial support.

Conflicts of Interest: The authors declare that they have no conflict of interest.

## **ABSTRACT**

**Background:** Some specific groups, such as immigrants, are considered a population with a higher risk of developing a bad state of Sexual Health (SH), especially in relation to Sexually Transmitted Infections (STI). However, despite the high number of Haitian immigrants living in southern Brazil, no study has been conducted on this topic. The objective of this research was to assess the sexual health of Haitian immigrants in southern Brazil.

**Methods:** This is a cross-sectional study, conducted with 201 adult Haitian immigrants, of both sexes, living in the south of Brazil. A self-applied questionnaire containing sociodemographic questions and sexual health and behavior was used to collect data. Data were collected on paper or through online form.

**Results:** From the 201 people included in the study, the majority were men (58.06%); there was no difference in the mean age (30 years) between both sexes. More than half were married with a partner (a) (53.29%), and 69.89% had an average educational level. Although there was no association between STI reporting and the variables considered as risk factors or behavior for STI, women reported a frequency of 33.80% of active STI and 66.20% throughout life, these frequencies are highly superior compared to males. In addition, 55.33% of women also reported not using a condom in their last sexual relationship and 35.10% reported having changes in sexual behavior after immigrating.

**Conclusions:** The high frequency of STI reported by Haitian immigrant women indicates the need to implement STI tracking strategies in that population. This study can assist in the development of comprehensive health policies for Haitian immigrants.

## INTRODUCTION

Migrations have an important impact on general health and sexual health (SH) due to differences in sexual practices and knowledge that occurred when migrating to a foreign country (1) and adaptation to a new health system. Of this fact, some diseases, especially infectious ones, such as sexually transmitted infections (STI), HIV/AIDS and hepatitis are more favorable to the contagion in the immigrant population than in the non-migrant one (2). However, there is little knowledge about the epidemiological profile of STI in the immigrant population in general, because often, they do not have access to health services, which contributes to under-notification of STI s (3).

According to the World Health Organization (WHO), deaths and disabilities related to the problems of (SH) represent one third of the world burden of morbidity among women of reproductive age (15-44 years old) and almost 20% of the overall disease morbidity burden (4). The WHO, also pointed out that more than one million people acquire an STI daily in the world (3.5). In Haiti, morbidity is dominated by HIV/AIDS-related infections, particularly in women, with a prevalence of 1.2% (6). It is estimated that 85% of HIV-positive adults in the Caribbean live in Haiti (7).

In Brazil, chlamydia and gonorrhea are the highest rates of curable infections in the sexually active population, with 1,967,200 and 1,541,800 cases respectively. In the southern region of the country, the AIDS detection rate in the last ten years has remained stable with an average of 31.1 cases per 100,000 inhabitants (8). Brazil has more than 73,094 Haitian immigrants (9), of whom, between 2,500 and 7,000 live in the state of Rio Grande do Sul (10). Despite this, the epidemiological situation of STI and other characteristics related to the SH of Haitians are not known in Brazil, due to the fact that it has not yet had any study on their sexual health.

This study aimed to evaluate the SS of the Haitian immigrant population, living in the state of Rio Grande do Sul, identifying in a self-reported way the prevalence of STI, factors associated with STI presence and changes in sexual behavior related to migration.

## **METHODS**

### **Description of the study**

This study presents a cross-sectional design based on data on sexual health and immigration. These data come from the questionnaire that was applied to the participants. The study is also of a mixed quantitative-qualitative nature, which allowed to describe the theme and characterize its relationship with classified variables.

### **Population and specimen**

The immigrants from the Republic of Haiti living in Brazil represent the study's population. A sample of 201 Haitians living in the state of Rio Grande do Sul participated in the study.

### **Criteria for the inclusion**

- Being a native immigrant from Haiti.
- Be 18 years of age or older.
- Living in the state of Rio Grande do Sul for at least six months.
- Know to read and understand French or Portuguese.

### **Places and method of recruitment**

The data were collected in Portuguese classes for immigrants, humanitarian centers, churches of the Haitian community, and via an online invitation. These different environments were all frequented by Haitian immigrants. Before starting the search, a previous contact was made with those responsible for these places by email, phone or face to plan the collections. During this first contact, we briefly presented the purpose and importance of the study, as well as the method of recruitment of the participants.

The sampling technique of type “snowball “was used. In this technique, some individuals were identified by the researcher, who are called *seeds* (wave 0). These individuals are asked to provide contact with other individuals, which are called *wave 1*. This process is repeated successively until they find the total number of the sample. It was estimated that 390 individuals were necessary to detect a prevalence of 15% and a measure of association, Odds ratio (OR) of

2.1, with a power of 80% and a level of significance of 95% (11). Of the estimated sample, 201 people from different cities agreed to participate in the study. Due to the situation of the daily lives of immigrants, the fear that some people have of passing on personal information and lack of time, did not allow to investigate the entire immigrant population, taking care of the representativeness of the sample in relation to the target population, so that it is possible to form its characteristics from the sample. In this way, 185 immigrants from Porto Alegre, 5 immigrants from Caxias do Sul, 10 immigrants from Canoas and Novo Hamburgo and 1 immigrant from Lajeado participated in the survey.

### **Instrument and data collect**

To develop the questionnaire, the main variables were defined, which facilitated the formulation of the questions. Some of the questions in the questionnaire are from the 2010 census of the Brazilian Institute of Geography and Statistics, made up of closed and open questions containing questions about sociodemographic data, Reproductive health and sexual behavior is divided into 5 sections. The first four related to sociodemographic issues as well as lifestyle-related behaviors (alcohol intake, smoking, illicit drug use and physical activity). The last section referred to the sexual health and reproduction (SHR) area, containing questions about the presence of current and past STI, as well as age of first sexual intercourse, number of partners in the last three, six and twelve months, sex under the influence of alcohol, sex for money, changes in sexual behavior due to immigration, previous HIV, among others.

The original questionnaire (Portuguese) as well as its translation into French language were evaluated by a professional with experience in the SHR area. A pilot study was conducted, making clear the difficulties, the methodology was adjusted. In the case, the need for identification was withdrawn and an urn for the collection of interviews was incorporated, aiming at the privacy of the interviewees and ensuring the total secrecy of their information. The recruitment took place over a period of six months, from August 2018 to January 2019. Once in the recruitment sites, the Free and Clear Consent Term (FCCT) was distributed to the participants, in which the characteristics of the study were presented. In addition, a Folder containing information on sexually transmitted infections, and male and female condoms were delivered to the attendant participants as a form of appreciation for the participation of the research.

It should be noted that the FCCT was also written in two languages (Portuguese and French) to facilitate the understanding of the objectives of the study by the participants. After reading the document, if the person agreed to participate in the study, she had to sign the FCCT in two ways, one stayed with that person and the other for the researcher. The same considerations were observed for online collection.

### **Statistical analysis**

All analyses were performed in the R software 3.5.1. The chi-square test ( $X^2$ ) and Fisher's exact test were used to test the significance of the differences between proportions and the t test was used to evaluate differences between averages. Initially, the univariate analysis was performed, estimating the association between STI reporting and the following variables investigated: age, sex, condom use, marital status, time of residence, partners in the last 6 months). Next, some of these variables were included in a modified Poisson model (robust variance) to estimate the prevalence ratio. Prevalence rates were calculated with a 95% confidence interval (95%CI) and  $P < 0.05$  values were considered statistically significant.

### **Ethical considerations**

This study was conducted in order to comply with the National Health Council's Resolution 466 of December 12th, 2012 (BRAZIL, 2013) with the commitment to offer the maximum benefits and the minimum of risks and harm to the subjects involved. Respecting the ethical precepts, the subjects were invited to participate in the research, highlighting the non-mandatory character of this. This project was submitted to the Committee for Ethics in Research of the Federal University of Health Sciences of Porto Alegre (UFCSPA) and was approved under the Sighting n. 2.660.997. All participants signed the FCCT after they were informed about the content of the research.

## **RESULTS**

Among the 201 individuals who participated in the survey, 58.06% were men. There was a difference between the mean age of men (31 years old) and women (30 years old),  $p = 0.04$ , there is a higher proportion of women in the younger age group and men in the older age group. Women and men are similar as to their marital status. A higher proportion of men is employed 78.50%. Although there is no difference as to the educational level between the sexes, most have high

school and 28% of the men present higher level. The vast majority receives less than R \$ 1.874,00 real per month, being that men present income larger than women, with about 50% of the women reporting no income (Table 1).

**Tabela 1:** Sociodemographic characteristics, according to gender, of Haitian immigrants living in Rio Grande do Sul, Brazil, 2018.

Characteristics	Total (n=201)		Male (n=108)		Female (n=78)		p*
	n	%	N	%	n	%	
<b>Age (years old)</b>							0.04
18 – 24	35	20.96	12	12.90	23	31.50	
25 – 44	89	53.29	52	55.90	37	50.70	
45 – 64	38	23.35	28	30.10	10	13.70	
More than 65	4	2.40	1	1.10	3	4.10	
<b>Education level</b>							0.20
Complete Fundamental education/incomplete	23	12.23	13	12.00	10	12.80	
Complete Medium education/incomplete	122	64.89	65	60.20	55	70.50	
Complete High education / incomplete	43	22.87	30	27.80	13	16.70	
<b>Marital situation</b>							0.63
Single	41	21.81	25	23.10	15	19.20	
Dating	40	21.28	20	18.50	20	2.60	
Married	101	53.72	60	55.60	40	51.30	
Separated/divorced	6	3.19	3	2.80	3	3.80	
<b>Occupation</b>							<0.005
Employed	116	62.03	84	78.50	31	39.70	
Unemployed	71	37.97	23	21.50	47	60.30	
<b>Monthly income R\$</b>							<0.005
<937,00	48	26.97	32	30.50	15	21.10	
937,00 - 1874,00	59	33.15	41	39.00	17	23.90	
1875,00 - 4685,00	15	8.43	15	14.30	0	0	
Without income	50	28.09	13	12.40	37	52.10	
No informed	6	3.37	4	3.80	2	2.80	
<b>Time of residence in Brazil</b>							0.32
<1 year	31	18.79	14	15.70	15	20.80	
1 – < 2 year	29	17.58	16	18.00	13	18.10	
2 – < 3 years	47	28.48	19	21.30	27	37.50	
≥ 3 years	57	34.55	40	44.90	17	23.60	

\* chi-square test p value;

The sum of the values varies according to the variable, due to the lack of data (Missing).

Regarding sexual matters, more than half (57.14%) had a sexual partner during the last three months, only 3.01% had more than 2 sexual partners and all were men. More than half (63.19%) of the participants reported to be with regular partner during the last six months. Most (64.9%) refer to using a contraceptive method, the condom being the most used (42.79%). However, only half (49.16%) of them reported using condoms in the last sexual intercourse. It is observed that women use contraceptive methods less than men. The most mentioned sexual practices were vaginal penetration, hugging and oral sex (64.18%, 47.26 and 24.38% respectively). Only 2.33% of participants reported having sex with partners of both sexes, 1.73% reported having sex with partners of the same sex, and all were men. The two main meeting places two couples today were restaurants parties (31.43%) and schools (28.57%). (Table 2).

**Tabela 2:** Risk behaviors for IST, according to gender, in Haitian immigrants living in the State of Rio Grande do Sul, Brazil, 2018.

Characteristics	Total (n = 201)		Male (n =108)		Female (n =78)		p*
	N	%	N	%	n	%	
<b>Number of partners in the last 6 months</b>							0.01
None	29	21.80	17	23.00	12	20.70	
1	76	57.14	34	45.90	41	70.70	
2	22	16.54	17	23.00	5	8.60	
>2	4	3.01	4	5.40	0	0	
<b>Contraceptive methods</b>							0.19
Yes	116	64.09	60	58.80	55	71.40	
No	54	29.83	34	33.30	19	24.70	
Not informed	11	6.08	8	7.80	3	3.90	
<b>Condom use in the last sexual intercourse</b>							0.42
Yes	76	42.46	47	46.50	28	36.80	
No	91	50.84	48	47.50	42	55.30	
Not informed	12	6.70	6	5.90	6	6.00	
<b>Practices during the sexual act</b>							
Hugs and kisses	95	47.26	51	47.20	43	55.10	0.28
caresses and/or masturbation	21	10.45	13	12.01	8	10.30	0.70
Oral sex	49	24.38	25	23.10	24	30.80	0.24
Anal sex	12	5.97	5	4.60	7	9.00	0.23
Others practices	2	1	1	0.90	1	1.30	0.81
Vaginal sex	129	64.18	71	65.70	57	73.10	0.28

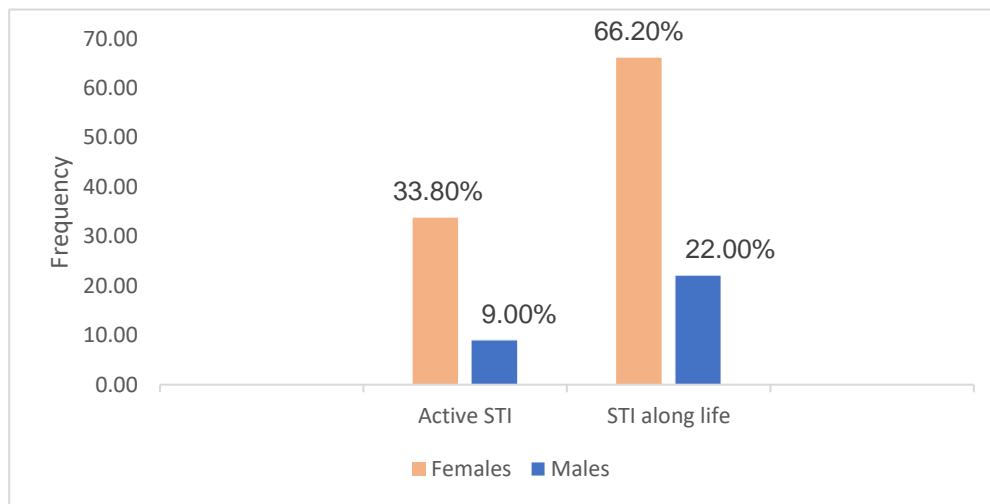
<b>Partner sex (last 6 months)</b>						
Of the same gender	3	1.74	3	3.10	0	0
Of the opposite gender	153	88.95	84	85.70	68	93.30
Both genders	4	2.33	4	4.10	0	0
Not informed	12	6.98	7	7.10	5	6.80
<b>Type of sexual partner (last 6 months)</b>						
Regular	103	63.19	43	46.70	59	84.30
Not regular without payment	34	20.86	31	33.70	3	4.30
Business	1	0.61	1	1.10	0	0
Not informed	25	15.34	17	18.50	8	11.40
<b>Meeting place of the current partner</b>						
Family house	11	6.29	7	7.20	4	5.30
Friend's house	12	6.86	11	11.30	1	1.30
School	50	28.57	21	21.60	28	36.80
Work	14	8.00	8	8.20	6	7.90
Travel	5	2.86	2	2.10	3	3.90
Churches	18	10.29	9	9.30	9	11.80
Restaurants/parties	55	31.43	30	30.90	23	30.30
Public places	9	5.14	7	7.20	2	2.60
Online	1	0.57	1	1	0	0

\* chi-square test p value;

The sum of the values varies according to the variable, due to the lack of data (Missing).

The presence of symptoms and signs during intercourse was also reported most frequently by women with pain (26.9%) and burning (15.4%) being the two main symptoms reported, against (1.9% and 3.7%, respectively) reported by men (Table 3), for example. It is observed that 66.20% of women and 22.00% of men declared having had STI at least once in life and 38.80% of these women and 9% of these men declared presenting an STI at the time of the interview (Figure 1). It should be emphasized that the STI, most referred to women was trichomoniasis.

**Figure 1:** Frequency of self-declared active and life-long sexual infection among Haitian immigrants, according to gender, in Rio Grande do Sul, Brazil, 2018.



Regarding the HIV test, 76.63% of the participants reported having taken the HIV test at some point in their lives. However, among those who know the result, none have been declared positive. Regarding the habits during sexual intercourse, 24.72% of the interviewees report changes in their sexual behavior (Table 3).

**Tabela 3:** Report of HIV STI and changes in the sexual behavior of Haitian immigrants in the state of Rio Grande do Sul, Brazil, 2018.

Characteristics	Total (n = 201)		Male (n = 108)		Female (n = 78)		p*
	N	%	N	%	N	%	
<b>STI diagnosis</b>							<0.005
No	83	46.37	58	58.00	24	31.20	
Yes, but there's no more	38	21.23	13	13.00	25	32.50	
Yes, he/she still has	12	6.70	2	2.00	10	13.00	
Yes, but he/she does not know if he/she still has	23	12.85	7	7.00	16	20.80	
Not informed	6	3.35	5	5.00	1	1.30	
Unknown	17	9.50	15	15.00	1	1.30	
<b>Symptoms and Signs During Sexual Act</b>							
Pain	23	11.44	2	1.90	21	26.90	<0.005
Bleed	1	0.50	1	0.90	0	0	0.39
Stinging	16	7.96	4	3.70	12	15.40	0.01

<b>He/she has had an HIV test</b>							0.90
Yes	141	76.63	79	76.00	61	78.20	
No	40	21.74	23	22.10	16	20.50	
Not informed	3	1.63	2	1.90	1	1.30	
<b>Changes in sexual habits</b>							0.004
Yes	43	24.60	16	16.30	27	35.10	
Not	132	75.40	82	83.70	50	64.90	

\* Chi-square test p value; STI= sexually transmitted infections

The sum of the values varies according to the variable, due to the lack of data (Missing).

Although there is a difference in the proportion between the sexes as the presence of self-declared active its (Table 3), none of the factors studied were associated with their presence, when the prevalence ratio was calculated through modified Poisson regression (Table 4).

**Tabela 4:** Analysis of sociodemographic factors and risk behaviors associated with IST prevalence according to reports in Haitian immigrants in Rio Grande do Sul, Brazil, 2018.

<b>Variable</b>	<b>Prevalence ratio</b>	<b>95% CI</b>
<b>Age (years)</b>		
18 – 24	1	-
25 –39	0.92	0.63 – 1.36
40 or more	1.02	0.62 – 1.66
<b>Gender</b>		
Female	1	-
Male	0.90	0.67 – 1.22
<b>Condom use in the last sexual intercourse</b>		
Yes	1	-
No	1.20	0.89 – 1.63
<b>Marital situation</b>		
Single	1	-
Dating	1.04	0.67 – 1.64
Married	1.12	0.78 – 1.65
Separated/divorced	1.56	0.64 – 3.29
<b>Education level</b>		
Complete Fundamental education/incomplete	1	-
Complete Medium education/incomplete	0.89	0.59 – 1.41
Complete High education / incomplete	0.74	0.46 – 1.24
<b>Time of residence in Brazil</b>		
<2 years	1	-

2 < 4 years	1.08	0.77 – 1.52
4 years or more	0.86	0.52 – 1.38
<b>Partner sex (last 6 months)</b>		
None	1	-
1	0.98	0.65 – 1.63
2	0.95	0.50 – 1.74
>2	0.76	0.34 – 1.54

\* chi-square test p value;

The sum of the values varies according to the variable, due to the lack of data (Missing).

## DISCUSSION

There is a recent immigration of men more than of Haitian women to Brazil (12). Women have a higher frequency of self-declared life-long active STIs than men. Most refer to low number of sexual partners and fixed partnerships, and a low frequency of respondents have sex with same-sex people. Men talk of using more helpful than women. None of the interviewees reported having HIV, although most of the population had already performed the test. This is the first study to address the sexual health of Haitian immigrants in Brazil and one of the few to address this topic in the literature.

In a survey carried out in the Chapecó region to evaluate the profile of resident Haitian immigrants, the sample consisted of 573 people, being 54.1% male (12), proportion lower than that found in Rio Grande do Sul. Although the increase in the Haitian female population has been reported, the proportion of men who participated in the previous studies was much higher, similar to what occurred in the present study, can reflect a difficulty of access of researchers to the female population. However, the highest proportion of men could be explained by the fact that they immigrate before women, in order to find housing, employment and certain stability to bring women and their children only (13,14). Most immigrants have a good level of education, which has been confirmed in two other studies. The first one that was held in Chapecó, reveals that most Haitians have high school or second grade complete (12). In the second, Da Silva (13) reported that most Haitian immigrants have more than ten years of studies, which is equivalent to high school in Brazil.

The fact that there are no studies on the sexual health of immigrants in Brazil makes the projections and comparative studies a little difficult, however we have conducted the discussion with another population. In a study (15), which was carried out in the triple border of the Amazon

with Brazilian, in which interviews and tests of IST/HIV were used, the respective prevalence was found in men and women: gonorrhea (1.1% and 0.3%), chlamydia (1.4% and 4.8%), active syphilis (3.2% and 2.6%), hepatitis C virus (0.7% and 0.7%) and HIV (1.4% and 0.0%). In the study of Norris et al. (16), HIV and syphilis screening test were also performed, a prevalence of 9% of HIV and 12% of syphilis was found in men and 6% and 11% in women was found (16). Both previous studies differ from the findings of this study. These differences can portray real differences in the population, in view of the widespread HIV epidemic in African countries and some Caribbean countries (17,18). However, a study on migration and women's health revealed that the health of immigrants is significantly worsening (19). It is understood that they are doubly disadvantaged because they are discriminated against as women and as immigrants (20,21,22,23). In addition, they are highly vulnerable to acts of sexual abuse, rape and violence, especially when staying in refugee camps (19,24), which may explain the higher frequencies of STI found.

Regarding sexual behavior, although condom use has not been associated with the presence of STI, it is important to underline that more men reported using condoms than women. This fact corroborates the study of Martins et al., carried out in Brazil, with women of stoned, to evaluate prevalence of STI, which demonstrated the lack of condom use of this group (25). It is concluded that women often do not have even chances of protection and choice with regard to their sexual practices, because they submit to their partner for some reason and, therefore, are obliged to practices that expose them to these diseases (25). A common situation for women living or living in developing countries is the submission to desire for marital sex, making them vulnerable to STI/HIV (26).

Among Haitian immigrants, the vast majority reported having only one sexual partner in the last six months, also reported having heterosexual intercourse and the type of sexual practice prevalent was the vaginal one. These data are found in the traditional literature, because the frequency of STI was very high in this study, the sexual act with several partners and the homosexual relations are generally considered as risk factors for the transmission of STI/HIV (27). Although, these data were also found in the studies of Benzaken et al. and Borges. The first, carried out in the Amazon, reported that only 38.5% of the individuals who participated in the study have reported condom use (15). The second was carried out with immigrants from sub-Saharan Africa living in Lisbon and showed (28) that most immigrants declared themselves heterosexual.

It is noteworthy that, in addition to the factors previously described, the study also found that 35.10% of immigrant women reported changes in their sexual behavior. They reported having specifically increased sexual libido since they immigrated to Brazil. A study carried out in Turkey (29) confirmed this result, which seems to be frequently found in studies done with people who immigrate to Europe. The author explains that the change in social relations found in the West mainly affects immigrant women. The woman, when migrating feels freer, not only because she earns money and becomes financially independent, but also by living away from the eyes of the native village, which is sometimes perceived as a controller of morality (29). These facts make it lower the stress level and consequently increase sexual libido. This phenomenon is not without risk, it is known as acculturation and has been studied in several immigrant groups (30,31).

Some important limitations of the present study should be highlighted. There was a great difficulty in accessing Haitian immigrants, due to their lack of knowledge about the existence of population research and the fear that participation in the research might cause problems for their stay in the country, causing a smaller number than expected to be included. Despite the estimated 2.5 to 7,000 Haitian immigrants in RS, we accessed only a sample of 201 individuals. It should also be stressed that SS is a taboo subject for the population studied. Therefore, the sensitivity and discomfort that the subject raises when answering questions also diminish their participation. As a result, it was necessary to adapt to potential participants, giving them more time to decide to participate. This fact may also have led to a classification bias, since we cannot exclude that people with active infection have not reported it or do not know about their condition due to lack of access to health.

In short, the results show high concentration of STI in Haitian female immigrants, compared to males. However, due to the number of individuals for whom this risk factor was examined in this population, Further studies with a larger sample are necessary to determine more accurately the factors associated with the prevalence of STI in this vulnerable group, as well as studies incorporating tests for the main STI.

This study is the first to address the topic of sexual health in Haitian immigrants and can support the planning of SS actions in immigrants, for example, strengthen the orientation for condom use as a contraceptive method and serve as a subsidy for the elaboration of future research using rapid diagnosis test of HIV IST in this population in Brazil.

## REFERENCES

1. Da Cruz CP. Migração e Relações Sociais de Género - A Intervenção do Projecto SauDar e o Acesso aos Cuidados de Saúde da População Imigrante [Mestrado]. Universidade de Coimbra; 2010.
2. Dias SF, Severo M, Barros H. Determinants of health care utilization by immigrants in Portugal. *BMC Health Serv Res* 2008 Accessed: 26 oct 2018. Available: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-8-207>
3. WHO. Sexually transmitted infections (STIs) 2015 Accessed: 21 juin 2019. Available: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
4. WHO | Global Burden of Disease (GBD) 2001 Accessed: 4 avr 2019. Available: [https://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/estimates\\_regional\\_2001/en/](https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates_regional_2001/en/)
5. Vilpert S. De la planification familiale à la Santé Sexuelle et Reproductive Une étude ce cas [Mémoire de maîtrise]. Université de Genève; 2008.
6. Ministère de la Santé Publique et de la Population. Politique nationale de santé. 2012.
7. Philippe R. Facteurs associés au risque d'infection au VIH SIDA en Haïti [Mémoire de maîtrise]. Université de Quebec; 2006.
8. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico - AIDS - DTS. Semanas epidemiológicas de julho a Dezembro de 2014/ Junho a Janeiro de 2015. Brasília. 2015a.
9. Oliveira ATR de. Nova lei brasileira de migração: avanços, desafios e ameaças. *Rev Bras Estud Popul* 2017 Accessed: 15 janv 2019. Available: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S010230982017000100171&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S010230982017000100171&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)
10. Uebel RRG. Análise do perfil socioespacial das migrações internacionais para o Rio Grande do Sul no início do século xxi : redes, atores e cenários da imigração haitiana e senegalesa. 2015 Accessed: 18 avr 2019. Available: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/117357>
11. Burns FM, Evans AR, Mercer CH, Parutis V, Gerry CJ, Mole R, et al. Sexual and HIV risk behaviour in Central & Eastern European migrants in London. *Sex Transm Infect* 2011 Accessed: 4 avr 2019. Available: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00633210>
12. Fischer A, Favretto J. Perfil dos imigrantes haitianos. Dans: *Imigração haitiana: perfil, ambientação social e organizacional no oeste catarinense, política migratória e aspectos da história do Haiti*. Unoesc; 2018. p. 183-7.
13. Da Silva SA. Amazon border: obligatory passage for Haitians? *REMHU* 2015 Accessed: 28 sept 2018. Available: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S198085852015000100119&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S198085852015000100119&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)

14. Matos BI. Aspectos da trajetória de migração de haitianos para o Brasil e o oeste de Santa Catarina. Dans: Imigração haitiana: perfil, ambientação social e organizacional no oeste catarinense, política migratória e aspectos da história do Haiti. Unoesc; 2018. p. 43–60.
15. Benzaken A, Sabidó M, Galban E, Rodrigues Dutra DL, Leturiondo AL, Mayaud P. HIV and sexually transmitted infections at the borderlands: situational analysis of sexual health in the Brazilian Amazon. *Sex Transm Infect* 2012 Accessed: 16 mai 2019. Available: <http://sti.bmj.com/lookup/doi/10.1136/sextrans-2011-050309>
16. Norris AH, Loewenberg Weisband Y, Wiles M, Ickovics JR. Prevalence of sexually transmitted infections among Tanzanian migrants: a cross-sectional study. *Int J STD AIDS* 2017 Accessed:16mai2019. Available: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0956462416685486>
17. Pettifor AE, Rees HV, Kleinschmidt I, MacPhail C, Hlongwa-Madikizela L, Vermaak K, et al. Young people's sexual health in South Africa: HIV prevalence and sexual behaviors from a nationally representative household survey. :10.
18. Bärnighausen T, Tanser F, Gqwede Z, Mbizana C, Herbst K, Newell M-L. High HIV incidence in a community with high HIV prevalence in rural South Africa: findings from a prospective population-based study: *AIDS* 2008 Accessed:16 mai 2019. Available: <https://insights.ovid.com/crossref?an=00002030-200801020-00017>
19. Adanu RMK, Johnson TRB. Migration and women's health. *Int J Gynecol Obstet* 2009 Accessed:24mars2019. Available: <http://doi.wiley.com/10.1016/j.ijgo.2009.03.036>
20. Carvalho AF, Fernandes E. Processos de discriminação de profissionais imigrantes e qualificadas em contextos laborais tipicamente masculinos. *Ex Aequo*, juin 2016 Accessed: 2 avr 2019. Available: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S08745560201600010009&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S08745560201600010009&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)
21. Duarte M. Mulheres nas margens: a violência doméstica e as mulheres imigrantes. 2012;15.
22. Dornelas PD, Ribeiro RGN. Mulheres Migrantes: invisibilidade, direito à nacionalidade e a interseccionalidade nas políticas públicas. :18.
23. Granada D, Carreno I, Ramos N, Ramos M da CP. Discutir saúde e imigração no contexto atual de intensa mobilidade humana. *Interface - Comun Saúde Educ*. juin 2017;21(61):285–96. Available: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141432832017000200285&lang=pt](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832017000200285&lang=pt)
24. Carballo M, Nerukar A. Migration, refugees, and health risks. *Emerg Infect Dis*. 2001 Accessed: 8 févr 2019. Available: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2631841/>
25. Martins DC, Pesce GB, Silva GM da, Fernandes CAM. Sexual behavior and sexually transmitted diseases among the female partners of inmates. *Rev Lat Am Enfermagem* 2018 Accessed:3avr2019. Available:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010411692018000100356&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692018000100356&lng=en&tlng=en)

26. Sawadogo M. Identification des facteurs qui influencent l'utilisation des services de santé sexuelle et reproductive chez les femmes immigrantes francophones d'Afrique Subsaharienne [Mémoire de maîtrise]. Faculté de sciences de la santé Université d'Ottawa; 2016.
27. Sales W, Caveião C, Visentin A, Mocelin D, Costa P, Simm E. Risky sexual behavior and knowledge of STIs/AIDS among university health students. *Rev Enferm Referência* 2016. Accessed: 16 mai 2019. Available: [http://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id\\_artigo=2603&id\\_revista=24&id\\_edicao=97](http://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2603&id_revista=24&id_edicao=97)
28. Borges FM. Mobilidade e comportamentos sexuais de imigrantes originários da África Subsariana residentes no distrito de Lisboa Mónica Ferreira. Universidade Nova de Lisboa; 2019.
29. Rigoni I. Migration et mutation des rapports familiaux. *Cah Genre* 2001 Accessed: 3 avr 2019. Available: <https://www.cairn.info/revue-cahiers-du-genre-2001-1-page-103.htm>
30. Shedlin MG, Decena CU, Oliver-Velez D. Initial acculturation and HIV risk among new Hispanic immigrants. *J Natl Med Assoc.* juill 2005 Accessed: 19 mars 2019. Available: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2640649/>
31. Guilamo-Ramos V, Jaccard J, Pena J, Goldberg V. Acculturation-Related Variables, Sexual Initiation, and Subsequent Sexual Behavior Among Puerto Rican, Mexican, and Cuban Youth. *Health Psychol* 2005 Accessed: 19 mars 2019. Available: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0278-6133.24.1.88>

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo deu-se devido à alta entrada de imigrantes haitianos no Brasil e da inexistência de dados sobre o tema de SSR deles, que são de um país com um sistema de saúde precário, dominado por alta prevalência de IST/ HIV e falta de acesso aos cuidados de saúde em geral.

Este estudo permitiu que os participantes refletissem sobre suas necessidades de SSR. Durante a coleta de dados, eles tiveram a possibilidade de conversar sobre sexualidade em sua própria língua, um assunto geralmente tabu para eles e que gera muito desconforto no momento de ser discutido. Antes da aplicação do questionário uma roda de conversa foi feita sobre a importância dos métodos anticoncepcionais, o uso dos preservativos e foi indicado os lugares onde eles podem procurar ajuda em caso de necessidade e realizar testes de HIV e sífilis em Porto Alegre. Alguns participantes acharam a oportunidade de fazer perguntas, no objetivo de obter informações específicas relacionadas à SSR para ele ou para um conhecido.

No entanto, longe de esgotar o assunto, o trabalho lançou luz sobre a importância de um tema ainda não explorado pelos estudos realizados com imigrantes haitianos no Brasil. Mesmo após extensa revisão da literatura, podemos inferir que este estudo é inédito. O objetivo principal dele foi avaliar de forma auto referida a SSR dos imigrantes haitianos no estado do Rio Grande do Sul. Foi encontrada maior concentração de IST nas imigrantes haitianas, comparado com o sexo masculino e falta de uso de preservativo da parte dessa população. Temos tentado produzir elementos que possam despertar maior interesse para o desenvolvimento de pesquisas posteriores. O estudo oferece a oportunidade de refletir sobre a importância de realização de promoção de SSR e prevenção de IST nessa comunidade.

Enfim, esperamos que este trabalho possa propiciar ou despertar mais interesses em torno do tema e que a falta de informações não seja um impeditivo absoluto para o desenvolvimento de novas abordagens.

## ANEXOS

### ANEXO A- COMPROVANTE DE APROVAÇÃO NO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE  
PORTO ALEGRE



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Avaliação da saúde sexual e reprodutiva dos imigrantes haitianos e senegaleses no sul do Brasil

**Pesquisador:** ELIANA MARCIA DA ROS WENDLAND

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 84143518.8.0000.5345

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.660.997

##### Apresentação do Projeto:

A definição de "imigrante" é objeto de discussão, por isso, neste trabalho, adotamos a definição usada pela Organização Mundial de Saúde: "pessoas que residem fora do país de nascimento"; (refugiados, requerentes de asilo, vítimas de tráfico, estudantes, trabalhadores e suas famílias, que podem estar em situação administrativa regular ou irregular). Dentre as principais razões para a migração estão as de origem: econômica, cultural e religiosa, políticas, naturais (Revista Brasil escola). Os movimentos migratórios têm vindo a ganhar uma frequência cada vez mais acentuada no mundo actual (Dias e Gonçalves, 2007). A migração

internacional é actualmente considerada um dos maiores desafios a nível mundial, surgindo como fonte de reflexão para a generalidade dos países. Neste contexto, há uma reconhecida necessidade de compreensão da movimentação da população e do seu impacto, quer para os países de acolhimento, trânsito e origem, quer para as populações, migrantes e autóctones (Carballo e Nerukar, 2001; OIM, 2003). Em 2003, a Organização Internacional para Migração (OIM) estimou que, no mundo todo, uma em cada 35 pessoas é imigrante. Outras referências indicam que aproximadamente 175 milhões, ou 2,9% da população mundial, vivem temporária ou permanentemente fora de seus países de nascimento (Buchbinder, 1999). Na história da humanidade sempre existiram deslocamentos de pessoas ou grupos dentro dos países e para fora destes. No entanto, as necessidades e as motivações deste fenómeno têm sofrido alterações associadas às rápidas mudanças ambientais,

**Endereço:** Rua Sarmento Leite ,245

**Bairro:** Sarmento

**CEP:** 90.050-170

**UF:** RS

**Município:** PORTO ALEGRE

**Telefone:** (51)3303-8804

**E-mail:** cep@ufcspa.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE  
PORTO ALEGRE



Continuação do Parecer: 2.660.997

no país.

As pesquisadoras deste estudo se comprometem a seguir o que consta na Resolução 466/2012 sobre pesquisas com seres humanos. Após ter sido devidamente esclarecido, livre de qualquer forma de constrangimento e/ou coerção, você tem assegurado o direito de:

- Receber respostas a todas as dúvidas e perguntas que desejar fazer acerca de assuntos referentes ao desenvolvimento desta pesquisa;
- Retirar seu consentimento a qualquer momento, deixar de participar do estudo sem constrangimento e sem sofrer nenhum tipo de represália;
- Não ter sua identidade revelada em momento algum da pesquisa;
- Ser indenizado por eventuais danos comprovadamente decorrentes da pesquisa.

**Recomendações:**

Manter o compromisso descrito e assinado no TCLE

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

As modificações atenderam as solicitações.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

De acordo com o parecer do Relator.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1043983.pdf	20/04/2018 09:41:14		Aceito
Declaração de Pesquisadores	termoEW.pdf	20/04/2018 09:33:47	ELIANA MARCIA DA ROS WENDLAND	Aceito
Outros	Questionariofrances.docx	20/04/2018 09:33:19	ELIANA MARCIA DA ROS WENDLAND	Aceito
Outros	QuestionarioRevisado.docx	20/04/2018 09:32:53	ELIANA MARCIA DA ROS WENDLAND	Aceito
Outros	TCLEfrances.docx	20/04/2018 09:32:18	ELIANA MARCIA DA ROS WENDLAND	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLERevisado.docx	20/04/2018 09:31:44	ELIANA MARCIA DA ROS WENDLAND	Aceito

**Endereço:** Rua Sarmento Leite ,245

**Bairro:** Sarmento

**CEP:** 90.050-170

**UF:** RS

**Município:** PORTO ALEGRE

**Telefone:** (51)3303-8804

**E-mail:** cep@ufcspa.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE  
PORTO ALEGRE



Continuação do Parecer: 2.660.997

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetodetalhado.pdf	09/02/2018 19:52:42	KESTA SAINT VAL	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto_Eliana.pdf	05/01/2018 16:25:37	ELIANA MARCIA DA ROS WENDLAND	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

PORTO ALEGRE, 17 de Maio de 2018

---

**Assinado por:**  
**ELIANE DALLEGRAVE**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rua Sarmiento Leite ,245

**Bairro:** Sarmiento

**CEP:** 90.050-170

**UF:** RS

**Município:** PORTO ALEGRE

**Telefone:** (51)3303-8804

**E-mail:** cep@ufcspa.edu.br

## ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



### Avaliação da saúde sexual e reprodutiva dos imigrantes haitianos no Sul do Brasil

Você está sendo convidado(a) a participar de um projeto de pesquisa sobre a situação de saúde sexual e reprodutiva dos imigrantes haitianos e senegaleses do sul do Brasil, desenvolvido pela mestranda da Universidade Federal de Ciências da saúde de Porto Alegre – Kesta Saint Val, sob a supervisão e orientação da professora Doutora Eliana Wendland.

Esta pesquisa tem como objetivo avaliar a sua saúde sexual e reprodutiva. Ela é justificada pelo incremento do número de vocês (imigrantes) no Brasil, sua vulnerabilidade de contrair doenças de transmissão sexual e a falta de dados sobre seu estado de saúde no sul do Brasil.

Concordando em participar do estudo, você responderá um questionário com questões relacionadas ao seu estado de saúde, seus hábitos de vida, comportamento sexual e dados sociodemográficos, com duração aproximada de 30 minutos. Você poderá responder o questionário no local e no momento que julgar mais adequado.

Sua participação no estudo é voluntária e as informações serão mantidas sob sigilo. As informações coletadas serão utilizadas somente para este estudo e, depois de organizadas e analisadas, poderão ser divulgadas e publicadas, garantindo a confidencialidade dos dados. Essas informações serão mantidas por um período mínimo de 5 (cinco) anos sob a responsabilidade da pesquisadora principal.

Você será esclarecido(a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e poderá desistir de participar em qualquer momento, sem quaisquer prejuízos. Se você ficar constrangido (a) ou sentir algum desconforto em responder a alguma pergunta, poderá interromper a sua participação. Os riscos em participar do estudo são mínimos e estão relacionados com a confidencialidade dos dados, por isso sua privacidade será garantida em todas as fases da pesquisa. A participação no estudo não terá nenhum custo para você, bem como nenhuma recompensa financeira. As informações não serão reveladas para nenhum órgão oficial e não terão nenhuma interferência na sua permanência no país.

As pesquisadoras deste estudo se comprometem a seguir o que consta na Resolução 466/2012 sobre pesquisas com seres humanos.

Caso você tenha novas perguntas sobre este estudo, poderá entrar em contato com a pesquisadora pelo e-mail: [saintvalkesta@gmail.com](mailto:saintvalkesta@gmail.com) ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Rua Sarmento Leite, 245 – Prédio 3, sala 407- Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil – Fone: (51) 3303-8804, em horário comercial.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma entregue para o participante e a outra, para as pesquisadoras.

Após ter sido devidamente esclarecido(a), livre de qualquer forma de constrangimento e/ou coerção, você tem assegurado o direito de:

- Receber respostas a todas as dúvidas e perguntas que desejar fazer acerca de assuntos referentes ao desenvolvimento desta pesquisa;
- Retirar seu consentimento a qualquer momento, deixar de participar do estudo sem constrangimento e sem sofrer nenhum tipo de represália;
- Não ter sua identidade revelada em momento algum da pesquisa;
- Ser indenizado(a) por eventuais danos comprovadamente decorrentes da pesquisa.

( ) concordo em participar do estudo.

Porto Alegre, .....de.....de 2018

\_\_\_\_\_

Nome

Eliana Marcia Wendland

Coordenadora do projeto

\_\_\_\_\_

Assinatura do participante

\_\_\_\_\_

Assinatura da pesquisadora

## ANEXO C – QUESTIONÁRIO



### Avaliação da saúde sexual e reprodutiva dos imigrantes Haitianos no Sul do Brasil.

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Local de aplicação do questionário: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Olá, estamos fazendo um estudo sobre a saúde sexual e reprodutiva dos imigrantes haitianos e senegaleses, com o objetivo de conhecer melhor como é a sua vida e saúde no Brasil. Esta pesquisa é completamente independente do Governo Brasileiro e faz parte de uma dissertação de mestrado. Gostaríamos de solicitar a sua colaboração neste estudo. Nós garantimos que suas respostas serão completamente anônimas e nunca serão analisadas ou exibidas individualmente. A pesquisa durará cerca de 30 minutos.

Para que você possa participar do estudo, precisamos da sua autorização!

Então vou apresentar um documento, onde constam os objetivos do estudo, e em que consiste sua participação. Se tudo está claro, por favor, assine o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e comece a responder. Procure não deixar nenhuma questão sem resposta.

#### A. Para começar, gostaríamos de saber um pouco sobre você, como está vivendo no Brasil e a sua situação de trabalho.

<b>A1. Qual o seu sexo?</b>	<input type="checkbox"/> 1. Feminino <input type="checkbox"/> 2. Masculino
<b>A2. Qual a sua data de nascimento?</b>	____ / ____ / ____ DIA            MÊS            ANO
<b>A3. De que país você é?</b>	<input type="checkbox"/> Haiti <input type="checkbox"/> Senegal
<b>A4. Há quanto tempo você está no Brasil?</b>	____ Anos ____ Meses

<p><b>A5. Qual o motivo da sua vinda para o Brasil?</b></p>	<p><input type="checkbox"/> 1. aposentadoria</p> <p><input type="checkbox"/> 2. mudança de emprego</p> <p><input type="checkbox"/> 3. falta de emprego</p> <p><input type="checkbox"/> 4. procurar emprego</p> <p><input type="checkbox"/> 5. razões políticas</p> <p><input type="checkbox"/> 6. motivos religiosos</p> <p><input type="checkbox"/> 7. motivos de treinamento ou educacionais</p> <p><input type="checkbox"/> 8. qualidade de vida</p> <p><input type="checkbox"/> 9. razões familiares (família reagrupando ...)</p> <p><input type="checkbox"/> 10. custo de vida</p> <p><input type="checkbox"/> 11. clima</p> <p><input type="checkbox"/> 12. uma estadia temporária, em trânsito</p> <p><input type="checkbox"/> 13. Outras razões</p>
<p><b>A6. Qual é o seu endereço? (Escreva com letras maiúsculas, não abrevie. Esta informação é somente para podermos encontrar você, caso seja necessário para a pesquisa, e não será divulgada sem sua autorização.)</b></p>	
<p>Rua/Avenida: _____</p> <p>Número: _____ Complemento: _____ Bairro: _____</p> <p>CEP: _____ Telefone: _____</p> <p>E-MAIL: _____ [ ] Não tem e-mail</p> <p>FACEBOOK: _____</p>	
<p><b>A7. Qual o seu estado conjugal?</b></p>	<p><input type="checkbox"/> 1. Sozinho (a) / Solteiro (a) / Sem parceiro (a)</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Namorando / Ficando</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Casado(a) ou vive com companheiro(a)</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Separado(a) ou divorciado(a)</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Viúvo(a)</p>
<p><b>A8. Qual o seu grau de instrução?</b></p>	<p><input type="checkbox"/> 1. Analfabeto/Menos de um ano de instrução</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Ensino Fundamental ou 1º grau incompleto</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Ensino Fundamental ou 1º grau completo</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Ensino Médio ou 2º grau incompleto</p>

	<input type="checkbox"/> 5. Ensino Médio ou 2º grau completo <input type="checkbox"/> 6. Curso superior ou 3º grau incompleto <input type="checkbox"/> 7. Curso superior ou 3º grau completo <input type="checkbox"/> 8. Mestrado ou doutorado
<b>A9. Você trabalha atualmente?</b>	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não
<b>A9a. Atualmente, você trabalha:</b>	<input type="checkbox"/> 1. Com carteira assinada <input type="checkbox"/> 2. Sem carteira assinada / Trabalho informal <input type="checkbox"/> 3. Por conta própria <input type="checkbox"/> 4. Servidor público <input type="checkbox"/> 5. Dono(a) de casa ou trabalhador(a) doméstico(a) <input type="checkbox"/> 6. Estudante
<b>A10. Qual o seu rendimento bruto mensal que recebe normalmente neste trabalho?</b>	<input type="checkbox"/> 1. Menos de 937,00 reais <input type="checkbox"/> 2. Entre 937,00 e 1874,00 reais <input type="checkbox"/> 3. Entre 1875,00 e 2811,00 reais <input type="checkbox"/> 4. Entre 2812,00 e 3748,00 reais <input type="checkbox"/> 5. Entre 3748,00 e 4685,00 reais <input type="checkbox"/> 6. Acima de 4685,00 reais <input type="checkbox"/> 7. Não tem rendimento <input type="checkbox"/> 8. Não quer dizer/ não sabe informar
<b>A11. Quantas pessoas (adultos e crianças), INCLUINDO VOCÊ, dependem dessa renda para viver aqui no Brasil?</b>	_____ pessoas <input type="checkbox"/> Não quer responder/Não sabe

**B. Agora gostaríamos de saber um pouco sobre a sua família os seus amigos e o suporte social que você tem no Brasil**

<b>B1. Quantos familiares ou parentes você tem no Brasil?</b>	_____ irmãos _____ filhos
---	------------------------------

	_____ esposa/esposo _____ primos _____ outros. Quem são? _____ <input type="checkbox"/> Nenhum
<b>B2. Você tem amigos brasileiros?</b>	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não
<b>Se sim, com quantos amigos você pode contar aqui no Brasil?</b>	
<b>B3. Para pedir dinheiro emprestado:</b> <input type="checkbox"/> 0. Nenhum amigo <input type="checkbox"/> 1. 1 ou 2 <input type="checkbox"/> 2. 3 a 5 <input type="checkbox"/> 3. 6 a 9 <input type="checkbox"/> 4. 10 ou mais	<b>B3a. Quão satisfeito você se sente com esse apoio?</b> <input type="checkbox"/> Muito <input type="checkbox"/> Razoavelmente <input type="checkbox"/> Pouco
<b>B4. Para pedir um conselho/orientação:</b> <input type="checkbox"/> 0. Nenhum amigo <input type="checkbox"/> 1. 1 ou 2 <input type="checkbox"/> 2. 3 a 5 <input type="checkbox"/> 3. 6 a 9 <input type="checkbox"/> 4. 10 ou mais	<b>B4a. Quão satisfeito você se sente com esse apoio?</b> <input type="checkbox"/> Muito <input type="checkbox"/> Razoavelmente <input type="checkbox"/> Pouco
<b>B5. Para dar uma informação:</b> <input type="checkbox"/> 0. Nenhum amigo <input type="checkbox"/> 1. 1 ou 2 <input type="checkbox"/> 2. 3 a 5 <input type="checkbox"/> 3. 6 a 9 <input type="checkbox"/> 4. 10 ou mais	<b>B5a. Quão satisfeito você se sente com esse apoio?</b> <input type="checkbox"/> Muito <input type="checkbox"/> Razoavelmente <input type="checkbox"/> Pouco
<b>B6. Para auxiliar na realização de alguma atividade:</b> <input type="checkbox"/> 0. Nenhum amigo <input type="checkbox"/> 1. 1 ou 2 <input type="checkbox"/> 2. 3 a 5 <input type="checkbox"/> 3. 6 a 9 <input type="checkbox"/> 4. 10 ou mais	<b>B6a. Quão satisfeito você se sente com esse apoio?</b> <input type="checkbox"/> Muito <input type="checkbox"/> Razoavelmente <input type="checkbox"/> Pouco
<b>B7. Você participa de algum grupo religioso, de trabalho voluntário,</b>	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não

<b>de autoajuda ou associação comunitária?</b>	
<b>B8. Com que frequência você participa destes grupos?</b>	<input type="checkbox"/> 0. Nunca ou quase nunca <input type="checkbox"/> 1. Uma ou duas vezes por ano <input type="checkbox"/> 2. A cada poucos meses <input type="checkbox"/> 3. Uma ou duas vezes por mês <input type="checkbox"/> 4. Uma vez por semana <input type="checkbox"/> 5. Mais de uma vez por semana <input type="checkbox"/> 9. Desconhecido

**C. Agora gostaríamos de saber um pouco sobre o seu domicílio**

<b>C1. De que tipo é o seu domicílio?</b>	<input type="checkbox"/> 1. Casa <input type="checkbox"/> 2. Apartamento <input type="checkbox"/> 3. Habitação em casa de cômodos, pensão, cortiço
<b>C2. Qual o material que predomina na construção das paredes externas deste domicílio?</b>	<input type="checkbox"/> 1. Alvenaria <input type="checkbox"/> 2. Madeira <input type="checkbox"/> 3. Outro material Especifique: _____ _____
<b>C3. Qual o material que predomina na cobertura (telhado) do domicílio?</b>	<input type="checkbox"/> 1. Telha <input type="checkbox"/> 2. Laje de concreto <input type="checkbox"/> 3. Madeira <input type="checkbox"/> 4. Zinco ou chapa metálica <input type="checkbox"/> 5. Outro material Especifique: _____ _____
<b>C4. Qual o material que predomina no piso do domicílio?</b>	<input type="checkbox"/> 1. Carpete <input type="checkbox"/> 2. Cerâmica, lajota ou pedra

	<input type="checkbox"/> 3. Madeira <input type="checkbox"/> 4. Cimento <input type="checkbox"/> 5. Terra <input type="checkbox"/> 6. Outro material Especifique: _____ _____
<b>C5. Qual a principal forma de abastecimento de água deste domicílio?</b>	<input type="checkbox"/> 1. Rede geral de distribuição <input type="checkbox"/> 2. Poço ou nascente <input type="checkbox"/> 3. Outro Especifique: _____ _____
<b>C6. A água utilizada para beber neste domicílio é:</b>	<input type="checkbox"/> 1. Filtrada <input type="checkbox"/> 2. Fervida <input type="checkbox"/> 3. Tratada de outra forma no domicílio Especifique: _____ <input type="checkbox"/> 4. Mineral industrializada <input type="checkbox"/> 5. Sem tratamento no domicílio
<b>C7. O seu domicílio tem cozinha?</b>	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não
<b>C8. O fogão deste domicílio utiliza predominantemente:</b>	<input type="checkbox"/> 1. Gás de botijão <input type="checkbox"/> 2. Gás central <input type="checkbox"/> 3. Energia elétrica <input type="checkbox"/> 4. Outro, Especifique: _____ <input type="checkbox"/> 5. Não tem fogão
<b>C9. De que forma é feito o escoadouro dos banheiros ou sanitários?</b>	<input type="checkbox"/> 1. Rede geral de esgoto ou pluvial <input type="checkbox"/> 2. Fossa séptica <input type="checkbox"/> 3. Direto para rio, lago <input type="checkbox"/> 4. Outra Especifique: _____ _____

<b>C10. Qual o destino dado ao lixo?</b>	<input type="checkbox"/> 1. Coletado diretamente por serviço de limpeza <input type="checkbox"/> 2. É queimado ou enterrado na propriedade <input type="checkbox"/> 3. Jogado em terreno baldio ou logradouro <input type="checkbox"/> 4. Jogado nas lixeiras do serviço de limpeza. <input type="checkbox"/> 5. Outro Especifique: _____ _____
<b>C11. Qual a origem da energia elétrica utilizada neste domicílio?</b>	<input type="checkbox"/> 1. Rede geral <input type="checkbox"/> 2. Origem clandestina <input type="checkbox"/> 3. Não tem energia elétrica
<b>C12. Qual dos seguintes problemas tem a sua morada?</b>	<input type="checkbox"/> 1. Ruídos externos <input type="checkbox"/> 2. Odores derivados da indústria, tráfego <input type="checkbox"/> 3. Umidade ou vazamentos <input type="checkbox"/> 4. Defeitos de construção <input type="checkbox"/> 5. Limpeza insuficiente das ruas <input type="checkbox"/> 6. Crime ou vandalismo na área <input type="checkbox"/> 7. Acesso insuficiente <input type="checkbox"/> 8. Problemas com os serviços de correio <input type="checkbox"/> 9. Muito pequeno <input type="checkbox"/> 10. Não tem problema
<b>C13. Sem contar você, quantas pessoas vivem nesse domicílio? Ex: 06 pessoas</b>	_____pessoas

**D. Agora gostaríamos de saber um pouco sobre os seus hábitos. Lembre-se, suas respostas serão mantidas em sigilo!!**

<b>D1. Atualmente, você fuma cigarros?</b>	<input type="checkbox"/> 1. Sim, diariamente <input type="checkbox"/> 2. Sim, mas não diariamente
--	--

	[ ] 3. Não
<b>D2. Quantos cigarros você fuma por dia?</b> Ex.: 06 cigarros	_____ cigarros [ ] Não fumo
<b>D3. Quantos cigarros você fuma por semana?</b> Ex: 06 cigarros	_____ cigarros [ ] Não fumo
<b>D4. Com que frequência você toma bebida alcóolica?</b>	[ ] 1. Todos os dias [ ] 2. Mais de 1 vez por semana [ ] 3. 2 a 3 vezes por mês [ ] 4. Algumas vezes no ano [ ] 5. 1 vez no ano [ ] 6. Não tomo [ ] 7. Não quer responder
<b>D5. Você já usou alguma droga na sua vida?</b>	[ ] 1. Sim. Quais? _____ [ ] 2. Não [ ] 3. Não quer responder
<b>D6. E no último ano, quais drogas você usou?</b> _____	<b>D6a. Com que frequência?</b> _____ [ ] Não usei

E. Agora vamos passar para algumas perguntas sobre sua vida íntima e história reprodutiva. Por favor, pense bem sobre sua resposta, para que ela seja o mais exata possível. Lembre-se que esta informação é estritamente confidencial.

<b>E1. Qual foi a idade da sua primeira menstruação?</b>	_____ anos [ ] 1. Homens [ ] 2. Não quer responder/não lembro
<b>E2. Que idade você tinha na sua primeira relação sexual?</b>	_____ anos [ ] 1. Não quer responder/Não lembra
<b>E3. Com que frequência você teve relações sexuais nos últimos 30 dias?</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> [ ] 1. Nunca [ ] Não se lembra/Sem resposta

<b>E4. Quando você tem relações sexuais, você utiliza algum método para evitar gravidez e doenças sexualmente transmissíveis?</b>	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 3. Não quer responder
<b>E4a. Qual? (você pode marcar mais de uma alternativa)</b>	<input type="checkbox"/> 1. Preservativo/Camisinha <input type="checkbox"/> 2. DIU de cobre <input type="checkbox"/> 3. Tabelinha <input type="checkbox"/> 4. Anticoncepcional oral/injetável <input type="checkbox"/> 5. Pílula do dia seguinte <input type="checkbox"/> 6. Anel vaginal <input type="checkbox"/> 7. DIU Mirena/Implante anticoncepcional <input type="checkbox"/> 8. Coito interrompido <input type="checkbox"/> 9. Ligadura de trompas <input type="checkbox"/> 10. Vasectomia
<b>E5. A pessoa com quem você teve a sua primeira relação sexual era:</b>	<input type="checkbox"/> 1. Do mesmo sexo que você <input type="checkbox"/> 2. Do sexo oposto ao seu <input type="checkbox"/> 3. Não quer responder
<b>E6. Que idade tinha essa pessoa?</b>	_____ anos <input type="checkbox"/> 1. Não quer responder <input type="checkbox"/> 2. Não lembra
<b>E7. Vocês usaram preservativo? (camisinha)?</b>	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 3. Não quer responder
<b>E8. Com quantos parceiros sexuais diferentes incluindo esposo(a) no total você teve uma relação sexual nos últimos três meses?</b>  <b>E8a. Nos últimos 6 meses?</b>  <b>E8b. Em sua vida?</b>	<b>Nos últimos três meses:</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Não se lembra/Sem resposta  <b>Nos últimos 6 meses:</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Não se lembra/Sem resposta  <b>Em toda vida:</b> <input type="text"/> <input type="text"/>  <input type="checkbox"/> Não se lembra/Sem resposta
<b>E9. Essa (s) pessoa (s) era (m):</b>	<input type="checkbox"/> 1. Do mesmo sexo que você

	<input type="checkbox"/> 2. Do sexo oposto ao seu <input type="checkbox"/> 3. Ambos <input type="checkbox"/> 4. Não quer responder / Não lembra
<b>E10. E qual o sexo da última pessoa que você teve relação sexual?</b>	<input type="checkbox"/> 1. Do mesmo sexo que você <input type="checkbox"/> 2. Do sexo oposto ao seu <input type="checkbox"/> 3. Não quer responder
<b>E11. Em que lugar você conheceu este(a) parceiro(a)?</b>	<input type="checkbox"/> 1. Na sua casa ou na casa de alguém da família <input type="checkbox"/> 2. Na casa de amigos <input type="checkbox"/> 3. Na escola <input type="checkbox"/> 4. No trabalho <input type="checkbox"/> 5. Em viagem e/ou férias <input type="checkbox"/> 6. Igreja ou outras organizações religiosas <input type="checkbox"/> 7. Bar, restaurante, festa, baile <input type="checkbox"/> 8. Lugar público (rua, ônibus, metrô, etc.) <input type="checkbox"/> 9. Internet (facebook, sites de relacionamento) <input type="checkbox"/> 10. App de paquera (Tinder, etc.)
<b>E12. Você ou seu parceiro(a) usaram preservativo (camisinha) na última relação sexual?</b>	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 3. Não quer responder
<b>E13. Na última relação, durante ou após o ato sexual você sentiu algum dos seguintes sintomas: (Pode mais de uma resposta)</b>	<input type="checkbox"/> 1. Sentiu dor <input type="checkbox"/> 2. Apresentou sangramento <input type="checkbox"/> 3. Sentiu ardência/queimação <input type="checkbox"/> 4. Outros sintomas? <b>Quais outros sintomas?</b> <hr/> <input type="checkbox"/> 5. Nenhum
<b>E14. Dentre todos seus parceiros sexuais nos últimos seis meses eram:</b>  <b>Parceiros com os quais você teve sexo regularmente por três meses ou mais (incluindo esposo(a)/companheiro(a))</b>  <b>(Parceiro sexual regular)</b>	<b>Parceira regular:</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Não se lembra/Sem resposta

<p><b>E14a. Parceiro que você esteve “por uma noite” (Parceiro sexual não regular). (Sem pagamento)</b></p> <p><b>E14b. Parceiro sexual “Comercial” (para a qual você pagou para ter uma relação)</b></p>	<p><b>Parceira não regular:</b> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>[ ] Não se lembra/Sem resposta</p> <p><b>Parceiro comercial:</b> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>[ ] Não se lembra/Sem resposta</p>
<p><b>E15. Quando você transa, acontece:</b></p>	<p>[ ] 1. Beijos e abraços</p> <p>[ ] 2. Carícias e/ou masturbação</p> <p>[ ] 3. Sexo oral</p> <p>[ ] 4. Penetração anal</p> <p>[ ] 5. Penetração vaginal</p> <p>[ ] 6. Outras práticas (por exemplo, sexo em grupo, uso de vibradores ou/e outros instrumentos, etc)</p> <p><b>Quais?</b> _____</p> <p>[ ] 7. Não quer responder</p>
<p><b>E16. Você já esteve grávida?</b></p>	<p>[ ] 1. Sim</p> <p>[ ] 2. Não</p> <p>[ ] 3. Homem</p>
<p><b>E16a. Quantos filhos você tem?</b> Ex.: 03 filhos _____ filhos</p>	<p><b>E16b. Com quantos anos você teve sua primeira gestação? (Ex.: 16 anos)</b> _____anos</p> <p>[ ] 2. Nunca</p> <p>[ ] 3. Homem</p>
<p><b>E17. Você já sofreu algum aborto espontâneo?</b></p>	<p>[ ] 1. Sim</p> <p>[ ] 2. Não</p> <p>[ ] 3. Não quer responder</p> <p>[ ] 4. Não sabe</p> <p>[ ] 5. Homem</p>
<p><b>E18. Você já provocou algum aborto / interrompeu alguma gravidez?</b></p>	<p>[ ] 1. Sim</p> <p>[ ] 2. Não</p> <p>[ ] 3. Não quer responder</p> <p>[ ] 4. Não sabe</p> <p>[ ] 5. Homem</p>

<p><b>E19. Você tem, ou já teve alguma infecção transmitida através de relação sexual?</b></p>	<p><input type="checkbox"/> 1. Não</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Sim, mas não tem mais</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Sim, ainda tem</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Sim, mas não sabe se ainda tem</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Não quer responder</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Não sabe</p>
<p><b>E20. Qual (is) a (s) infecção (s) você tem ou teve? (Pode ter mais de uma resposta)</b></p>	<p><input type="checkbox"/> 1. Sífilis (cancro duro)</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Gonorreia (blenorragia, gota matinal, esquentamento, pingadeira)</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Herpes genital (bolhas na genitália – vagina, pênis ou ânus)</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Verruga genital (condiloma acuminado, couve-flor, crista-de-galo)</p> <p><input type="checkbox"/> 5. HPV</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Outras infecções. <b>Quais?</b></p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> 7. Não quer responder/Não sabe</p>
<p><b>E21. Você já fez o exame de HIV?</b></p>	<p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Não quer responder</p>
<p><b>E22. Sabe o resultado do Exame de HIV?</b></p>	<p><input type="checkbox"/> 1. Não</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Sim, negativo</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Sim, positivo</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Não quer responder</p>
<p><b>E23. Você mudou alguma prática sexual após ter mudado de país?</b></p>	<p><input type="checkbox"/> 1. Sim</p> <p><b>Quais?</b> _____</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não</p>

**Obrigado por ter respondido a estas questões. Sua participação é muito importante!!!**

Você poderá fazer o teste de HIV, sífilis e hepatite de forma gratuita na sua unidade de saúde ou no Ambulatório de Dermatologia Sanitária, Av. João Pessoa, 1327 - Farroupilha, Porto Alegre, de segunda a sexta-feira, das 8h às 14h.

## ANEXO D – QUESTIONÁRIO ONLINE

The screenshot shows the REDCap web interface. At the top, the browser status bar indicates the time is 17:23 on Thursday, May 1st, with a 42% battery level. The REDCap logo is in the top left. The user is logged in as 'kestasv' and can click 'Log out'. The left sidebar contains navigation options: 'My Projects', 'Project Home or Setup', 'REDCap Messenger', and 'Project status: Development'. Below this is the 'Data Collection' section with options like 'Manage Survey Participants', 'Record Status Dashboard', and 'Add / Edit Records'. The 'Applications' section includes 'Calendar', 'Data Exports, Reports, and Stats', 'Logging', 'Field Comment Log', 'File Repository', 'User Rights and DAGs', and 'Data Quality'. The 'Help & Information' section includes 'Help & FAQ', 'Video Tutorials', 'Suggest a New Feature', and 'Contact REDCap administrator'.

The main content area is titled 'Évaluation de la santé sexuelle et reproductive des immigrants haïtiens et sénégalais dans le sud du Brésil'. It features a 'Manage Survey Participants' section with three tabs: 'Public Survey Link', 'Participant List', and 'Survey Invitation Log'. The 'Public Survey Link' tab is active, showing instructions: 'Using a public survey link is the simplest and fastest way to collect responses for your survey. You may obtain the survey link below to email it to your participants. Responses will be collected anonymously (unless the survey contains questions asking for identifying data from the participant). **NOTE:** Since this method uses a single survey link for all participants, it allows for the possibility of participants taking the survey multiple times, which may be necessary in some cases. To obtain the survey link, copy the URL below and paste it into the body of an email message in your own email client. Your email recipient(s) can then click the link to begin taking your survey.'

The 'Public Survey URL' is displayed in a text box: `https://redcap.ufcspa.edu.br/surveys/?s=T7N7A8...`. Below this are two columns of actions: 'Link Actions' and 'Link Customizations'. 'Link Actions' includes buttons for 'Open public survey', 'Open public survey + Log out', 'Send me URL via email', and 'Survey Access Code or QR Code'. 'Link Customizations' includes a button for 'Get Embed Code'.

## ANEXO E – CARTAZ DE DIVULGAÇÃO DO ESTUDO (COLETA ONLINE)

Envitasyon!!!!  
Bonjou/ bonswa tout moun!  
? Ou se ayisyen,  
? Ou gen 18 lane e plis,  
? Wap viv nan sid brezil (Porto Alegre, Viamão, Caxias do Sul, Rio Grande, Pelotas, Canoas, Gravataí, Santa Maria, Novo Hamburgo, Alvorada, São Leopoldo, Londrina, Joinville, Curitiba...),... Ver mais

**Les IST ne sont pas une fatalité, il existe des gestes simples pour les éviter et stopper leur transmission**

**Que savez-vous des Infections Sexuellement Transmissibles (IST)?**  
Les IST sont des infections qu'on retrouve au niveau de l'appareil génital ou dans le sang des hommes et des femmes. Chaque jour, dans le monde, plus d'un million de personnes contractent une IST.

**On attrape les IST:**  
Rapports sexuels non protégés;  
Transfusion et utilisant des objets souillés par du sang contaminé;  
Dans le ventre de la mère pendant la grossesse;

**Comment vous protéger?**  
Utilisez un **préservatif** pour chaque rapport sexuel.  
Évitez de **partager des seringues** et des lames de rasoir avec d'autres personnes.  
Ayez des **comportements à faible risque** (baisers, masturbation, massages et caresses).

**Vous apercevez ou ressentez l'une des chose suivantes, il se peut que vous ayez une IST:**  
Brûlures en urinant;  
Écoulements inhabituels par le pénis, le vagin ou l'anus;  
Boutons ou ulcérations (plaies) au niveau des organes sexuels;  
Démangeaisons ;

**Il se peut qu'une IST soit présente sans qu'il y ait de signes apparents. Le seul moyen de savoir si l'on a une IST est de se faire dépister.**

**Où vous vous faire dépister?** Vous pouvez réaliser des tests de VIH, Syphilis et Hépatite dans votre Unité de Santé ou dans le Centre de Dermatologie Ambulatoire, à l'adresse suivante:

Av João Pessoa, 1327 – Farroupilha  
Porto Alegre  
Du lundi au vendredi, de 8h à 14h.

**10 años**  
UFCSPA  
Kesta Saint-Val  
+509 43 43 1516  
saintvalkesta@gmail.com



Promoting local research to improve global health

## Information for Contributors

The Journal of Global Health Reports (JoGHR) is an international peer-reviewed journal open to researchers from all fields of global health and related research. JoGHR publishes one issue per year, with articles published on a continuous basis. We welcome all contributions that enhance the understanding of global health and improve global health.

### Editorial policy

JoGHR publishes research from challenging contexts, offering an opportunity to publish papers in flexible formats and styles. JoGHR embraces all instruments of research - epidemiological research, health policy and systems research, research focused on the improvement of the existing interventions, as well as research that proposes to develop new and innovative interventions. We are also entirely open to all methodological approaches - qualitative, quantitative and mixed methods, or even descriptive reports or personal insights and thoughts on what we feel are relevant problems in global health. Therefore, our formatting requirements are flexible at the submission stage. The authors should consult the ICMJE guidelines on manuscript preparation here (<http://www.icmje.org/recommendations/browse/manuscript-preparation/preparing-for-submission.html>).

### Editorial procedure

All submissions are assessed by the Editors-in- Chief, who assign a general priority level: (a) manuscripts sent to reviewers immediately; (b) manuscripts returned to authors with suggestions for improvement; and (c) manuscripts not suitable for publication in JoGHR. The peer-review process includes at least two external experts, as well as a statistical editor if the manuscript contains statistical analysis of data. The editors make the decision based on the reviews received as well as the suitability of the topic for JoGHR.

Please note that JoGHR operates a double-blind peer review process.

### Manuscript submission

The JoGHR editors request authors to submit their full manuscripts (including any supplementary materials) to: [Rachael.Atherton\[at\]joghr.org](mailto:Rachael.Atherton@joghr.org) (<mailto:Rachael.Atherton@joghr.org>).

### Authorship criteria

JoGHR subscribes to the authorship criteria (<http://www.icmje.org/recommendations/browse/roles-and-responsibilities/defining-the-role-of-authors-and-contributors.html#two>) developed by the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) : "The ICMJE recommends that authorship be based on the following 4 criteria: 1)

Substantial contributions to the conception or design of the work; or the acquisition, analysis, or interpretation of data for the work; and 2) Drafting the work or revising it critically for important intellectual content; and 3) Final approval of the version to be published; and 4) Agreement to be accountable for all aspects of the work in ensuring that questions related to the accuracy or integrity of any part of the work are appropriately investigated and resolved." However, we are aware of the limitations of the ICMJE definition and its practical applications, and ask our authors to write in their own words why they think they deserve authorship of the submitted manuscript. Authors' declared contributions to the research are published at the end of the article.

### **Conflict of interest**

JoGHR also subscribes to the ICMJE uniform disclosure form for reporting all financial and personal relationships that might bias the authors' work. We ask authors to fill out the form available at the ICMJE ([http://www.icmje.org/downloads/coi\\_disclosure.pdf](http://www.icmje.org/downloads/coi_disclosure.pdf)) site and send it with their submission. JoGHR also asks its reviewers to declare possible conflicts of interest related to the manuscripts under review.

### **Research integrity**

The Editorial Board of JoGHR is devoted to the promotion of scientific integrity as a vital component of the research process. JoGHR follows the ethics flowcharts developed by the Committee on Publication Ethics (COPE) for dealing with cases of possible misconduct. The COPE flowcharts are available here (<http://publicationethics.org/resources/flowcharts>).

### **Policy for submissions by members of the editorial team**

As all editors and Editorial Board members at the Journal are active professionals and researchers, it may happen that they would want to submit their articles to JoGHR. This represents a potential conflict of interest, especially in cases of submissions from decision-making editors. In reviewing submissions from its editors and Editorial Board members, JoGHR follows the guidelines for good editorial practice set by international editorial organizations, such as the World Association of Medical Editors (WAME (<http://www.wame.org/>)) and COPE (<https://publicationethics.org/>). The review of such manuscripts will not be handled by the submitting editor(s); the review process will be supervised and the decisions made by a senior editor who will act independently of the other editors. In some cases, the review process will be handled by an outside independent expert to minimize possible bias in reviewing submissions from editors.

### **Editorial research**

We are keen to better understand and improve editorial conduct, decision making, issues related to peer review and communication of science in general. Therefore, we occasionally take part in or conduct editorial research, so that submitted manuscripts and reviewers' reports might be used in such research. If you do not want your manuscript or your review comments entered into such a study please let us know in your submission letter or agreement to review. Your decision to take part or not will have no effect on the editorial decision on the submitted manuscript.

### **Manuscript preparation and submission**

Manuscripts should meet the general requirements suggested by ICMJE, described in detail here (<http://www.icmje.org/recommendations/browse/manuscript-preparation/preparing-for-submission.html>). We specifically emphasize the requirement for ethical conduct of research and protection of privacy of patients and study subjects, as defined in the latest issue of the Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects (<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>) developed by the World Medical Association. Ethical conduct includes mandatory registration of clinical trials in a public trial registry and data sharing statement, as defined in ICMJE registration policy (<http://www.icmje.org/recommendations/browse/publishing-and-editorial-issues/clinical-trial-registration.html>).

The corresponding author should provide e-mail addresses and affiliations of all co-authors, who will be contacted to confirm their authorship on the submitted manuscript.

Some types of research reports require specific organization of the manuscript and presentation of data. We require authors to follow available recommendations for different study designs. The examples include PRISMA (<http://www.prisma-statement.org/>) for meta-analyses of randomized controlled trials, STROBE (<https://stroke-statement.org/index.php?id=stroke-home>) for reporting observational studies in epidemiology, CONSORT (<http://www.consort-statement.org/>) for randomized controlled trials, and RIGHT (<http://www.right-statement.org/>) for reporting health care practice guidelines. We draw attention to two new reporting guidelines relevant for global health: STROBE-NI (<http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/strobe-ni/>) – Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology for Newborn Infection and GATHER (<http://gather-statement.org/>) – Guideline for Accurate and Transparent Health Estimates Reporting. The latest updates of reporting guidelines are available from EQUATOR Network (<http://www.equator-network.org/library/>) – an international initiative that seeks to enhance reliability and value of medical research literature by promoting transparent and accurate reporting of research studies. We require authors to submit relevant checklists and flow diagrams with their manuscripts. Please check the EQUATOR Network (<http://www.equator-network.org/library/>) to identify the reporting guideline relevant for your manuscript.

The full text of all articles published in the Journal of Global Health Reports is immediately provided in open access and available to the public. We are committed to keeping articles freely available, with Creative Commons licences and deposit of the full text on <http://www.joghr.org>. To support this, we have an open access fee of US\$750 (/Home/Fee) for each paper, on acceptance of the manuscript. Please note that the Journal of Global Health Reports has NO article submission charges.

JoGHR's open access publication fee enables full open access and the releasing of results into the open domain, including to researchers, policy-makers and other stake-holders in developing countries. It allows JoGHR papers to be shared, copied and redistributed in any medium or format, adapted, remixed and built up for any purpose.

JoGHR has a policy of offering fee reductions or fee waivers, to enable authors from low- and middle-income countries with no funding sources, to publish their research under open access, and release their results into the open domain. Decisions on fee waivers or reductions are made separately from JoGHR's editorial decision-making process.

The JoGHR EndNotes template for references is available here (</documents/JGlobHealthReports.ens.zip>).

## Data Policy

The names and email addresses entered in this journal site will be used exclusively for the stated purposes of this journal and will not be made available for any other purpose or to any other party. Our legal basis for processing your personal data is a contractual obligation. We will hold your information for 5 years after you cease to be an active member of this journal's community, or we will delete it immediately upon your request.

## Licence

JoGHR publishes under CC BY 4.0 licence, which means that all published articles can be:

- Shared - copy and redistribute the material in any medium or format; and/or
- Adapted - remix, transform and build upon the material for any purpose, even commercially.

JoGHR's publisher cannot revoke this, provided that these terms are followed:

- Attribution. You must give appropriate credit, provide a link to the licence, and indicate if changes were made. You may do so in any reasonable manner, but not in any way that suggests the publisher endorses you or your use.
- No additional restrictions. You may not apply legal terms or technological measures that legally restrict others from doing anything the CC BY 4.0 licence permits.

## Copyright

The copyright for all published articles remains with the author(s), and journal copyright remains with the journal.

## Complaints and appeals

JoGHR follows the COPE core practices on handling complaints and appeals (<https://publicationethics.org/appeals>), and these should be addressed to Dr Davies Adeloje (<mailto:davies.adeloje@joghr.org>) in the first instance.



Journal of Global Health Reports

ISSN 2399-1623 (tel:2399-1623)

## Publishing Contact

Journal of Global Health Reports

Rachael Atherton

Inishmore Laser Scientific Publishing Ltd

Caledonian Exchange

Edinburgh, UK

Email: [Rachael.Atherton\[at\]joghr.org](mailto:Rachael.Atherton@joghr.org) (<mailto:Rachael.Atherton@joghr.org>)

## A JoGH Publication



(<http://www.jogh.org/>)

## Technical Contact

 (<mailto:info@mdigital-solutions.ltd>)