

Atenção Primária em Saúde para imigrantes bolivianos no Brasil

Primary Health Care for Bolivian immigrants in Brazil (abstract: p. 14)

Atención Primaria de Salud para inmigrantes bolivianos en Brasil (resumen: p. 14)

Luiza Nogueira Losco^(a)

<luizalosso@gmail.br> 

Sandra Francisca Bezerra Gemma^(b)

<sandra.gemma@fca.unicamp.br> 

^(a) Geógrafa. Campinas, SP, Brasil.

^(b) Programa de Mestrado Interdisciplinar em Ciências Humanas e Sociais Aplicadas, Faculdade de Ciências Aplicadas, Universidade Estadual de Campinas. Rua Pedro Zaccaria, 1300. Limeira, SP, Brasil. 13484-350.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa que utilizou entrevistas semiestruturadas, realizadas com trinta bolivianos e com 49 profissionais de saúde que os atendem na Unidade Básica de Saúde do Bom Retiro, bairro de São Paulo, Brasil. Essas entrevistas foram analisadas por meio de cinco categorias temáticas, utilizando o método de análise de conteúdo. Os resultados mostraram que a garantia do acesso não é o bastante para que o cuidado em saúde à população imigrante aconteça. Os atores políticos e os sujeitos sociais precisam estar envolvidos, organizados e preparados para que esse serviço realmente ocorra.

Palavras-chave: Migração e saúde. Atenção Primária à Saúde. Migração boliviana.

Introdução

Nas últimas décadas, houve uma mudança nas características dos fluxos internacionais de migração brasileira e um aumento em seu volume¹. Esses processos estão relacionados a mudanças na divisão social do trabalho em nível global, que acabam reconfigurando as formas de organização da metrópole, atribuindo novas funções econômicas e mudando o perfil dos imigrantes internacionais¹.

A presença de pessoas de outros países do hemisfério Sul, como Bolívia, Senegal, Congo, entre outros, é cada vez maior no Brasil². De acordo com dados da Polícia Federal e do Ministério da Justiça brasileiro, 833.682 registros foram concedidos a estrangeiros no ano de 2015³. Os bolivianos foram os que tiveram maior volume de registros permanentes concedidos, 50.357, demonstrando um aumento significativo desde os dados de imigração boliviana do censo de 2010³. Portanto, são observadas mudanças na dinâmica da migração internacional e uma nova posição do Brasil como receptor de imigrantes. Isso faz com que seja necessária a discussão sobre a inserção dessa população nos serviços de Atenção Básica à Saúde oferecidos no país e como as políticas públicas atuam nesse sentido.

Neste artigo, partindo da compreensão da dinâmica da migração internacional e da inserção do Brasil na atual divisão internacional do trabalho¹, é analisada a integração da população migrante a partir da população boliviana residente no bairro do Bom Retiro, em São Paulo, Brasil. Essa imigração teve início na década de 1950, se intensificou na década de 1980 e tem apresentado uma tendência de crescimento desde então, principalmente com a vinda de pessoas jovens, oriundas em sua maioria da região do Altiplano Andino que buscam colocação nas indústrias de confecção concentradas na região central da cidade de São Paulo^{4,5}.

Portanto, com o aumento deste fluxo migratório, essa população também demandará serviços que são oferecidos pelo setor público brasileiro, compreendidos como direitos universais, como saúde e educação, por exemplo. Contudo, no âmbito do atendimento em saúde, apesar do reconhecimento, baseado nas diretrizes das organizações mundiais, de que a saúde se constitui como um direito universal e que todos devem ter acesso a ela, alguns obstáculos podem existir quando a população que pretende fazer uso destes serviços oferecidos pelos países é imigrante⁶.

Esta conjuntura apresenta múltiplos determinantes, com destaque os culturais, relacionados ao processo dinâmico e complexo que é a concepção do processo saúde-doença, pois cada população tem suas crenças, comportamentos e especificidades. Outro fator decisivo é o contexto social no qual o grupo de imigrantes se encontra no país de destino, além da situação legal de sua estadia no país, sendo que podem se encontrar em uma circunstância de maior vulnerabilidade, dificultando seu real acesso aos serviços de saúde⁶.

Portanto, o objetivo desse estudo foi verificar, na perspectiva dos bolivianos residentes no Brasil e dos profissionais de saúde, se a garantia de acesso aos serviços para os imigrantes de fato significa que a população boliviana está inserida nos serviços de Atenção Primária à Saúde, que é assegurada pelas diretrizes da constituição do Sistema Único de Saúde (SUS). Optou-se por este nível de atendimento devido às particularidades no envolvimento entre profissionais de saúde e pacientes, estas que serão explicitadas a seguir. Além disso,

há indicações que dentre as unidades de saúde que atendem imigrantes e refugiados no município de São Paulo, 77,2% desses estabelecimentos eram Unidades Básicas de Saúde e 81% dessa população migrante é boliviana⁷.

O termo “inserção” é utilizado no sentido de ser algo além do simples acesso e integração aos serviços de saúde, mas como um processo vinculado ao reconhecimento e respeito às especificidades culturais.

Atenção Básica em Saúde no Brasil

Entre os estudos brasileiros e até mesmo os textos oficiais do governo, há dificuldade de precisão quanto ao uso dos termos “atenção primária à saúde” e “atenção básica à saúde” e muitas vezes são termos utilizados como sinônimos⁸. A Atenção Primária à Saúde⁹ se confunde com a política nacional de priorização da rede de atenção básica e com a estratégia saúde da família, as quais estão inseridas nos serviços do sistema de saúde brasileiro⁸.

A Atenção Básica em Saúde é o primeiro nível hierárquico do acompanhamento da saúde da população, instituído pelo SUS e este atendimento apresenta especificidades que o diferencia dos outros níveis hierárquicos de atenção à saúde. Seu local de atendimento são as Unidades Básicas de Saúde (UBS), que operam de forma georreferenciada, ou seja, cada UBS atende a população de certa área de abrangência e alguns profissionais de saúde que nela trabalham, como os Agentes Comunitários de Saúde, devem habitar nesta mesma área de abrangência¹⁰. Isso faz com que os profissionais de saúde compartilhem vivências com a população e se tornem mais próximos desta.

Desta maneira, a proposta das UBS é o acompanhamento contínuo da população de sua área de abrangência, e tem como principais diretrizes a promoção e a prevenção da saúde, que dialoga com a noção da integralidade em saúde prevista através da constituição do SUS¹⁰. Além disso, o próprio SUS apresenta em seus princípios norteadores as noções de universalidade, reconhecida como o direito à utilização dos serviços de saúde para todos que se encontram em território nacional¹⁰.

Ponderando sobre os imigrantes que vivem no Brasil e em seus direitos de uso dos serviços nacionais de saúde garantidos pelo princípio da universalidade, é importante que os profissionais de saúde que os atenderão considerem sua situação atual. Afinal, esses profissionais devem lidar com culturas, costumes e perspectivas diferentes, que podem influenciar na forma como os pacientes serão recebidos e cuidados. A competência cultural, que é a capacidade de reconhecer as especificidades de cada grupo populacional, considerando suas características culturais e diferenças étnicas ou raciais, é considerada nos serviços de atenção primária⁸. Além disso, uma possibilidade de promover a articulação entre diferentes perspectivas do processo saúde e doença é considerar a interculturalidade em saúde, visando um maior diálogo entre a biomedicina e a medicina tradicional sem subordinar uma à outra¹¹.

Com efeito, é preciso que se considere que o modo como cada pessoa encara a situação da doença é distinta, dependendo de vários fatores, dentre eles seus hábitos e costumes culturais⁶. Este é um dos motivos que pode influenciar/dificultar o trabalho dos profissionais de saúde e servir de barreira para que o atendimento ocorra efetivamente.

Materiais e métodos

O bairro escolhido para o estudo foi o Bom Retiro e essa escolha se justifica por ser um bairro que historicamente é um território considerado de imigrantes e por ser atualmente residência de muitos bolivianos^{12,13}.

Desta forma, foi realizado um estudo qualitativo¹⁴ para compreender a realidade da UBS do Bom Retiro. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas partindo de questões disparadoras¹⁴ divididas em dois grupos, um para profissionais de saúde e outro para usuários bolivianos desta UBS.

As seguintes perguntas foram feitas aos profissionais de saúde: os imigrantes bolivianos são atendidos nesta Unidade Básica de Saúde? Com que frequência? Qual é o perfil do imigrante boliviano que busca atendimento nesta UBS (mulheres, homens, crianças, idosos)? Você já atendeu algum boliviano? Quais são as maiores dificuldades ou facilidades neste serviço? O que você acha que ainda falta para superar essas dificuldades?

Para os imigrantes bolivianos que utilizam os serviços de saúde da UBS estudada, foram feitas as seguintes questões disparadoras: é a primeira vez que você procura atendimento nesta Unidade Básica de Saúde? Em caso negativo, quais os principais motivos de utilização dos serviços da UBS do Bom Retiro? Por que você escolheu esta unidade? Quais as facilidades e dificuldades que você encontra no serviço? O que você acha que ainda falta para que essas dificuldades sejam superadas?

As entrevistas foram realizadas no período de janeiro a março de 2015, com 49 profissionais de saúde e trinta bolivianos usuários dos serviços da UBS. A amostragem em bola de neve¹⁵ foi o método utilizado para selecionar os entrevistados, por ser a estratégia mais adequada para populações de difícil acesso¹⁵, e a quantidade de entrevistas foi delimitada por saturação. Nenhum critério de exclusão foi usado.

Entre os profissionais de saúde estavam médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, psicólogos, agentes comunitários de saúde, auxiliares administrativos, profissionais de educação física, agentes de proteção ambiental, psiquiatras e fisioterapeutas. Esses profissionais foram identificados com a letra “P” seguida de um número arábico, de P1 a P49, e os bolivianos, com a letra “B” seguida de um número arábico, de B1 a B30.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética por meio do processo nº. 34589614.1.0000.5404 e 34589614.1.3001.0086, as entrevistas foram gravadas em meio digital e os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As entrevistas foram realizadas em português do Brasil porque os entrevistados indicaram que falavam a língua; em seguida, as entrevistas foram transcritas na íntegra de forma que pudessem ser analisadas segundo o método de análise de conteúdo¹⁶.

Após a realização da primeira análise do conteúdo das entrevistas e definição das categorias temáticas, foram selecionadas as principais entrevistas que concomitantemente pudessem se relacionar com essas questões, a fim de potencialmente compará-las. Para a seleção, foi considerada a participação das diversas equipes de saúde que compõem a Atenção Básica da UBS. Em seguida, foram escolhidos os representantes de cada grupo que faz parte do serviço da unidade. Por fim, foram selecionadas 20 entrevistas com profissionais de saúde e 21 com imigrantes bolivianos, por meio da leitura e releitura das respostas, a fim de estabelecer um diálogo com as categorias criadas, a saber:

Quadro 1. Sistematização das categorias criadas a partir das entrevistas

Categoria 1	Percepção mútua dos migrantes bolivianos pela equipe de profissionais de saúde – Como os vejo?
Categoria 2	Demanda aos serviços de saúde – O que ele necessita? / O que eu procuro nele?
Categoria 3	Dificuldades encontradas – Quais barreiras existem para lidar com ele?
Categoria 4	Estratégias construídas – Como supero as barreiras?
Categoria 5	Perspectivas pessoais e/ou profissionais – Como me vejo?

Fonte: elaboração própria.

Resultados e discussão

O levantamento empírico através das entrevistas foi essencial para o início da compreensão da complexidade envolvida no processo de inserção da comunidade boliviana ao serviço de Atenção Básica brasileiro. As falas encontradas e organizadas nas categorias permitem ver que existem aspectos que vão além da proteção legal para que haja o atendimento a esses imigrantes.

Os resultados apresentados a seguir para cada categoria são demonstrados a partir da perspectiva tanto dos profissionais quanto dos bolivianos.

Na “Categoria 1”, procurou-se encontrar nos relatos a compreensão sobre a percepção que o profissional de saúde da Unidade Básica de Saúde do Bom Retiro tem sobre os imigrantes bolivianos e se esta percepção contribui para que a inserção da comunidade seja garantida e assegurada.

Pretendeu-se com ela investigar como os profissionais de saúde veem os bolivianos, quais são as diferenças entre atender os bolivianos e o restante da população. Segundo dados do setor de gestão da própria unidade de saúde, entre os 15 mil pacientes atendidos na UBS Bom Retiro, estima-se que 5 mil são bolivianos. Verificou-se também como esses profissionais compreendem o contexto de vida da população boliviana e quais as implicações para a construção da prevenção, promoção e recuperação da saúde.

Com base na análise das entrevistas, podemos dizer que para esta equipe de profissionais, os bolivianos que utilizam os serviços de saúde são percebidos como pessoas humildes, recatadas, tímidas, que sofrem com estigmas e que vivem em uma situação de vulnerabilidade, devido ao fato de estar passando por um processo de migração, junto com o de imigração. Esse duplo processo migratório se deve ao fato de que a maioria dos bolivianos que migram para São Paulo vem de áreas rurais do Altiplano andino⁴. Portanto, além de imigrarem para outro país, também passam por uma mudança para a área urbana⁴.

Além disso, na percepção dos profissionais de saúde, os bolivianos que vivem em São Paulo enfrentam condições de vida bem adversas, trabalhando em sua maioria nas oficinas de costura, que constantemente servem também como local de moradia, o que faz com que o tempo de trabalho e o tempo de vida não sejam bem definidos¹⁷. As condições de vida da maioria dos imigrantes bolivianos em São Paulo estão intimamente

associadas ao acesso aos serviços de saúde. Pesquisadores mostram que o trabalho precário que realizam e o tempo de residência no país são fatores que vão influenciar a demanda por serviços de saúde, principalmente os dos serviços de atenção básica¹⁷.

Os profissionais de saúde percebem que as condições de vida encontradas pelos bolivianos em São Paulo favorecem o aparecimento de doenças, como podemos verificar na fala a seguir:

[...] relacionado à condição que eles vivem, é tudo muito fechado, muito compactado os ambientes, uma grande aglomeração que com certeza possibilita a disseminação da infecção [...] (P17)

A relação entre o local de residência e a influência na saúde da população corrobora com a ideia de que, em áreas mais degradadas, as pessoas tendem a adoecer com mais frequência do que aquelas que vivem em locais com mais infraestrutura¹⁶. Por conta deste fator, é necessário que a equipe de profissionais de saúde perceba que a sua prática cotidiana deve ir além dos conteúdos biomédicos, incorporando também uma prática voltada para os usuários, percebendo quais são suas necessidades específicas, centrada no sujeito e o reconhecendo como portador de singularidades subjetivas e socioculturais¹⁸.

A UBS Bom Retiro atua com uma dinâmica que se diferencia das demais unidades de saúde. Devido à formação da atenção básica no sistema de saúde brasileiro, segundo a qual os projetos municipais assumem configurações variadas para enfocar as necessidades de saúde de cada local¹⁷, surgiu a possibilidade de contratação de bolivianos como agentes comunitários de saúde. Com a presença desses agentes na unidade desde 2005, foi facilitado o primeiro contato da UBS com a população residente em seu âmbito territorial. Essa foi uma estratégia local para facilitar o início do atendimento, visto que muitos bolivianos tinham receio de receber profissionais de saúde em suas residências, provavelmente devido à condição de indocumentados na qual muitos se encontram.

A contratação de agentes comunitários bolivianos só foi viabilizada pela percepção de uma dificuldade e pela atuação dos órgãos públicos para superá-la. Ações como essas foram levantadas pela 1ª Conferência Municipal de Políticas para Migrantes, realizada em São Paulo por meio da Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania no final de 2013, quando propostas foram formuladas a fim de atender às demandas das comunidades migrantes residentes no município¹⁸. Esta Conferência serviu de base para outras políticas a serem implementadas para a inclusão de imigrantes nos serviços públicos¹⁹.

Assim, pode-se considerar que houve um grande facilitador no sentido da inserção da população boliviana aos serviços. Sendo que, desta maneira, os imigrantes podem se sentir mais acolhidos dentro do sistema de saúde, pois possibilita a proximidade entre usuários e equipe de saúde, sendo que para que o cuidado exista, é preciso que haja afinidade e continuidade nas ações²⁰.

Com a “Categoria 2”, o intuito era o de conhecer quais são os motivos da procura dos serviços de saúde, compreendendo o momento em que buscam o atendimento e as principais causas. Além disso, procurou-se também entender quais são as demandas reprimidas dessa população aos serviços da UBS.

Uma questão muito intrigante que se apresentou nos relatos da equipe da UBS foi a utilização dos serviços de saúde como uma forma de estratégia da população boliviana provar residência no país de destino. Este fato ocorre porque pela legislação brasileira vigente em relação às migrações (o Estatuto do Estrangeiro), os bolivianos que emigram para o país em sua maioria não se enquadram nas categorias possíveis para a legalidade da estadia. Como para a realização do cadastro aos serviços de saúde, a partir do princípio da universalidade, não se faz necessária uma documentação muito rígida, acaba se tornando também uma prova do tempo de estadia no país, já que é emitida uma carteirinha de identificação dos usuários. Para os imigrantes indocumentados, a importância de se ter uma comprovação da data de chegada no país de destino reside no fato de uma possível anistia para a residência no país, como já foi visto outras vezes no Brasil².

Outro ponto levantado pelos profissionais com relação às demandas para a utilização dos serviços referentes à recuperação da saúde se vincula, ou com as condições de vida, ou com as condições de trabalho experimentadas pela comunidade boliviana residente em São Paulo. Segundo os profissionais, as doenças que mais acometem a população boliviana que utiliza os serviços daquela unidade são a tuberculose e a sífilis. Este fato é também demonstrado em outros estudos sobre migração e saúde, sendo que pesquisas relacionam a vulnerabilidade às doenças infectocontagiosas, como tuberculose e doenças sexualmente transmissíveis às condições enfrentadas pela população migrante no país de destino²⁰.

Do ponto de vista dos imigrantes bolivianos, a principal demanda foram as queixas referentes à demora em marcar as consultas dentro da UBS, devido à falta frequente de médicos. No entanto, isso não se limita à população imigrante; na verdade, consiste em um dos grandes problemas do SUS, que não consegue atender sua intensa demanda²¹.

A maioria dos entrevistados disse que o motivo mais frequente de buscarem atendimento na UBS é o atendimento voltado para a saúde da mulher e das crianças, sendo que as mulheres procuram fazer o exame de Papanicolau e muitas disseram ter feito o acompanhamento pré-natal naquela unidade. Após o nascimento dos filhos, muitas continuam levando as crianças pelo menos após um ano do nascimento, dando seguimento aos cuidados em saúde.

Muitas vezes as condições em que se deparam os migrantes nos países de destino, principalmente os que estão em situação de estigmatização, pode fazer com que estes evitem os serviços de saúde, recorrendo à uma automedicação ou à algum tipo de medicina alternativa²⁰. Outra questão importante é a situação de trabalho que em muitos se encontram, sendo que o ganho por produção repele a ausência no trabalho. Além disso, muitos podem ser repreendidos por seus patrões. Em decorrência disto, pode ser que apenas recorram aos serviços de saúde quando estão passando por problemas mais graves ou quando a doença está mais avançada²⁰.

Com a “Categoria 3”, pôde-se investigar nas falas dos profissionais quais são suas principais dificuldades no atendimento à população imigrante boliviana. A questão do idioma (principalmente da população oriunda do meio rural boliviano, devido ao uso de dialetos, como o *Aymará* e o *Quéchua*) se mostra uma das principais barreiras, relatadas pelos profissionais de saúde, fato também relatado em outros estudos sobre o atendimento à população imigrante^{7,17,20}.

Os bolivianos relataram que a dificuldade na comunicação, se apresenta mais comumente entre os recém-chegados ao Brasil:

É, às vezes se tem um novo [recém-chegado] eles não entendem bem, então melhor falar [espanhol] com eles [...] mas a gente vai junto [...] (B1)

A partir desta fala, pode-se inclusive perceber que existe uma cooperação dentro da comunidade imigrante, que auxilia no processo de inserção aos serviços. São estratégias criadas pelos imigrantes bolivianos que se encontram há mais tempo no Brasil, ou em São Paulo, que acabam se mostrando como resultados da sobrevivência ao processo migratório²².

Nas falas dos profissionais também se encontrou grande dificuldade em lidar com alguns aspectos culturais bolivianos, que segundo eles, são muito distintos dos hábitos brasileiros do cuidado em saúde. Um exemplo citado foi o grande consumo de batata pela população boliviana, que, segundo os profissionais de saúde geram problemas de subnutrição e obesidade quando consumidos em excesso. De fato, na Bolívia se encontra enorme variedade de tubérculos, o que faz com que esse seja um dos principais componentes da alimentação da população. Porém, quando essa população migra para o Brasil, as condições econômicas em que se encontra não permitem o acesso a uma alimentação mais variada.

O que se encontra neste exemplo, são os imigrantes carregando suas memórias e a identidade de sua terra natal, o que muitas vezes desafia os saberes médicos que já são instituídos²³. Quando o choque da diversidade cultural é exposto, os profissionais de saúde necessitam de tempo e espaço para colocar em sua prática clínica novas perspectivas, o que muitas vezes não é possível devido à estrutura hierárquica e institucional pouco flexível²³. Desta forma, as diferenças culturais podem se transformar em fronteiras profundas para o alcance do cuidado em saúde, este que é complexo e exige grande mobilização subjetiva na relação com o outro^{9,11}, o que muitas vezes não é possível devido à forma como o trabalho dos profissionais está estruturado e organizado.

Durante a análise da “Categoria 4”, percebemos que um dos principais fatores que podem realmente garantir a inserção da população boliviana nos serviços de saúde são as estratégias elaboradas para superar as possíveis dificuldades que dificultam a atenção à saúde. Os profissionais da UBS Bom Retiro têm de alguma forma se organizado para superar barreiras no desempenho de suas atividades.

Aqui, quando se utiliza o termo “atividade”, a ênfase está na pessoa que é percebida como um agente “inteligente” e não apenas como um dos componentes do sistema organizacional²⁴. Os trabalhadores possuem um conjunto de competências e práticas compartilhadas, baseadas na experiência de trabalho com outras pessoas, o que lhes permite controlar (ou seja, regular e coordenar) e regular sua conduta para atingir determinado objetivo. Essa regulação e coordenação, realizadas pelo profissional, não são isoladas. A atividade se situa em um determinado contexto material, social e histórico, que fornece recursos, mas também define restrições, que por sua vez acarretam um custo para os sujeitos. Ao mesmo tempo, esse contexto é afetado pela experiência de vida do sujeito, sendo, portanto, constantemente revisado e reinventado²⁵.

Continuamente, os sujeitos que trabalham devem abordar problemas em suas atividades, os quais nunca são totalmente definidos pelo enunciado formal das tarefas a serem desempenhadas, o que significa que precisam fazer a “constituição” dos problemas, e que a atividade de trabalho implica em uma resposta original, que integra e reconstrói na ação, um amplo conjunto de determinantes. Alguns desses determinantes são externos aos trabalhadores - como os instrumentos de trabalho (ambiente, materiais, ferramentas, o coletivo de trabalhadores), as regras, as determinações de qualidade e os requisitos do cliente; outros estão ligados às suas características pessoais (história, experiência, projetos) e estado interno (cansaço, prazer, sofrimento, expectativas, motivações, por exemplo)²⁶.

Nessa perspectiva, compreende-se que a equipe de profissionais precisou realizar diversas atividades que não se enquadravam efetivamente dentro das suas atribuições como profissionais de saúde, mas que foram necessárias para que pudessem exercer o atendimento em saúde. Uma delas foi a participação em programas de rádio da própria comunidade boliviana, com falas no intuito de divulgar o trabalho realizado pela UBS Bom Retiro, aproveitando um meio de comunicação que consegue alcançar de fato esta população.

As rádios comunitárias são historicamente utilizadas pelos bolivianos, desde as antigas rádios mineiras de Sucre²⁷. Em São Paulo, eles servem como meio de comunicação entre a população boliviana, produzido pela própria comunidade. Utilizar este canal fez com que a UBS pudesse se tornar mais próxima ainda da população que pretendia conversar. A iniciativa foi facilmente realizada porque um dos agentes comunitários de saúde bolivianos trabalha também em uma dessas rádios. Ele usa esse canal com o objetivo de levar informação e entretenimento à comunidade boliviana que vive na cidade. Unindo os conhecimentos adquiridos pelo seu trabalho profissional, a rádio também passou a ser utilizada como canal de comunicação com a comunidade, disseminando informações sobre cuidados, prevenção e promoção da saúde.

Outra ação foi a realização de campanhas de saúde dentro das festas típicas da comunidade boliviana. Assim, os profissionais se aproximaram da população, o que é primordial para que a Atenção Básica possa acontecer, se pensando que existe a necessidade da criação de vínculo e continuidade nos atendimentos. Todas estas estratégias estão voltadas para a construção de uma maior proximidade entre profissionais de saúde e a população que necessita do atendimento. O vínculo é necessário para o cuidado, e está expresso nas experiências do cotidiano⁹.

O objetivo da “Categoria 5” era o conhecimento de como os profissionais enxergam o seu trabalho, o que esperam com o desenvolvimento do atendimento e qual o papel deles, como atores sociais, em relação à comunidade boliviana. Assim, pode-se inferir que os profissionais consideram que a partir das estratégias que foram construídas conseguem inserir a população boliviana aos serviços de Atenção Básica na UBS do Bom Retiro, como pode-se perceber na fala a seguir:

Houve uma melhora porque você começou a mostrar pra eles o nosso interesse, que o nosso foco é saúde. [...] Já fomos em rádios dar entrevistas e com isso a gente acabou ficando conhecido, e a UBS do Bom Retiro acabou ficando como uma referência pra eles [...] (P17)

Contudo, durante a realização das entrevistas, percebeu-se que ainda existem muitas dificuldades e que a população imigrante ainda sofre muito preconceito relacionado às adversidades da situação em que se encontram no país, como nota-se no seguinte depoimento:

[...] Eu não sei se é discriminação por gente estrangeira, mas o médico [fala]: “Você trabalha em costura, né?” e já preenche o diagnóstico completo, mas não pergunta o que você tem [...] é assim com a grande maioria dos estrangeiros que vão lá, é frequente [...] Tem que ver a ética profissional por parte dos médicos, eles tinham que fazer um programa para atender, né, porque às vezes tem algum estrangeiro e saúde é pra todos, por nível internacional, por lei, independente de raça, cor ou nacionalidade e tem preconceito [...] (B16)

Esta fala demonstra que o boliviano se percebe sofrendo preconceito no atendimento e que é necessário um treinamento para os profissionais de saúde compreenderem que devem atender a todos de forma igual. Contudo, pode-se inferir que o próprio formato da organização do trabalho, muitas vezes não favorece que os profissionais possam assumir uma melhor postura em relação aos usuários dos serviços que necessitam de uma maior atenção, uma vez que são constantemente cobrados por metas e números de atendimento²⁸, sem falar que, muitas vezes, o número de profissionais é insuficiente para atender às demandas assistenciais.

Ainda nesta categoria, considerou-se primordial compreender quais são as perspectivas pessoais dos bolivianos, para que se entenda como essa população compreende as necessidades do cuidado em saúde, quais suas representações culturais do processo de saúde e doença.

Com isso, um tema retratado durante a realização deste trabalho foi a percepção de o imigrante boliviano se relacionar de maneira diferente com o ambiente ao seu redor, com a natureza. Este fato tem relação com as crenças culturais e as reinvenções das heranças culturais e simbólicas. Quando um dos agentes de saúde boliviano foi questionado sobre a relação dos bolivianos com a natureza, chamada *PachaMama*, este foi o depoimento:

Essa é a resposta, é ligado à natureza. [...] é a cultura, é a raiz, quando a gente tem que falar da Bolívia, a Bolívia é um país, místico, milenar. Por isso que ele é chegado à natureza. A natureza, nós conhecemos como *PachaMama*. [...] A gente tem aqueles chamados curandeiros, *yatiris*. Tem doença, que não é doença, é uma coisa da natureza, tem alguém que pegou um arrepio forte, ficou paralisado. Vai no médico, o médico não vai achar nada, porque não é uma doença normal, é uma doença natural. [...] (P9)

Os aspectos relacionados aos determinantes culturais, como os costumes e crenças influenciam os comportamentos em saúde e a necessidade percebida sobre a utilização dos serviços de saúde²¹. O processo saúde-doença será compreendido de forma distinta complexificando o atendimento em saúde aos imigrantes. Portanto, é necessário considerar um cuidado de saúde intercultural¹¹.

Esta fala muito significativa demonstra a grande necessidade da equipe de saúde poder ter condições para desenvolver ações que sejam sensíveis culturalmente e que perceba as especificidades destes sujeitos. Com isso, não se pode dizer que apenas a legislação assegurar o acesso aos serviços será suficiente para que a Atenção Básica à população imigrante aconteça. É necessário muito mais. Ou seja, há necessidade de investir nas condições materiais e organizacionais de trabalho das UBS.

Em uma revisão sistemática da literatura sobre saúde e migração realizada anteriormente na UBS Bom Retiro, percebemos um aumento da importância dada ao tema saúde e migração internacional nos últimos cinco anos, o que mostra uma preocupação crescente com o tema no âmbito da academia. A reflexão é necessária para conhecer os problemas e agir sobre eles.

Considerações finais

Através das entrevistas realizadas, de suas análises, sua discussão com os referenciais bibliográficos, pode-se ponderar que a inserção ao cuidado em saúde não tem relação com o direito ao acesso, mas sim com o dia-a-dia dentro da própria unidade que oferece o serviço. Sem que a comunidade imigrante não se coloque em posição de detentora de direitos e faça com que sua presença seja notada, ela não será respeitada. Sem a percepção e sensibilização dentro da prática diária da equipe de profissionais de saúde, não haveria possibilidade de compreensão da realidade do outro imigrante. Além disso, é necessário que a gestão dos serviços favoreça estratégias e resoluções a fim de superar as dificuldades e barreiras encontradas, e que aumentem a possibilidade de a inserção aos serviços realmente acontecer. Ou seja, os atores políticos e sociais precisam estar comprometidos para que a inserção aconteça.

No caso da UBS Bom Retiro e dos imigrantes bolivianos, pode-se considerar que existe a inserção devido a ações pontuais que aconteceram naquela localidade, que já é historicamente conhecida como frequentada por imigrantes de diversas nacionalidades. Sem essas ações, dificilmente a população boliviana no Bom Retiro poderia usufruir de seus direitos relacionados ao acesso aos serviços públicos de saúde, pois as diferenças culturais, características diferenciadas no atendimento, precisam ser acolhidas, e esta equipe de alguma forma acolhe.

Agora, o que se coloca como indagação para novos estudos é a que tipo de atendimento esta população está se inserindo? Será que a prática clínica destes profissionais visa realmente acolher o sujeito que necessita de seus serviços? O quanto os profissionais de saúde têm sua clínica transformada a partir das características dos bolivianos atendidos? Os aspectos culturais realmente são levados em consideração? Os profissionais estão formados e preparados para cuidar de pessoas com culturas e identidades diferentes?

Além disso, considerando as ações locais desenvolvidas na conjuntura de uma única unidade de saúde, levanta-se a necessidade de uma política pública que seja uma política de Estado, ainda mais no novo momento no qual o Brasil se coloca como receptor de novos fluxos migratórios. Isso torna necessária a seguinte indagação: em que medida o conceito de universalidade em saúde é responsável pela escolha de imigrar para o Brasil?

Mesmo sendo este um estudo exploratório, sobre a inserção de certo grupo aos serviços de saúde de certa unidade, alguns aspectos se mostram transversais dentro da relação entre *saúde e migração*, e necessitam de um número maior de estudos que desvelem as complexas faces deste processo que marca, definitivamente, nossa contemporaneidade.

Contribuições das autoras

Ambas as autoras participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Agradecimentos

Este estudo é resultado de pesquisa financiada pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), à qual expressamos nosso devido reconhecimento.

Conflito de interesse

Ambas as autoras não têm conflito de interesse a declarar.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).



Editora

Denise Martin

Tradutoras:

Luiza Nogueira Losco, Sandra Francisca Bezerra Gemma

Submetido em

08/07/20

Aprovado em

21/05/21

Referências

1. Baeninger R, Demetrio NB, Domeniconi J. Imigração internacional na macrometrópole paulista: novas e velhas questões. *Cad Metrop.* 2020; 22(47):17-40. Doi: <https://doi.org/10.1590/2236-9996.2020-4701>.
2. Bógus LMM, Fabiano MLA. Brasil como destino das migrações internacionais recentes: novas relações, possibilidades e desafios. *Ponto Vírgula Rev Cienc Soc.* 2015; (18):126-45.
3. Cavalcanti L, Oliveira T, Tonhati T, Dutra D. A inserção dos imigrantes no mercado de trabalho brasileiro. Relatório Anual 2015. Observatório das Migrações Internacionais; Ministério do Trabalho e Previdência Social/Conselho Nacional de Imigração e Coordenação Geral de Imigração. Brasília: OBMigra; 2015.



4. Silva SA. Bolivianos: a presença da cultura andina. São Paulo: Companhia Editora Nacional; 2005.
5. Souchaud S. A confecção: nicho étnico ou nicho econômico para imigração latino-americana em São Paulo? In: Baeninger R, organizador. Imigração Boliviana no Brasil. Campinas: Núcleo de Estudos de População-Nepo/Unicamp, Fapesp, CNPQ, Unfpa; 2012.
6. Eshiett MUA, Parry EHO. Migrants and health: a cultural dilemma. *Clin Med.* 2003; 3(3):229-31.
7. Aguiar BS, Neves H, Lira MTAM. Alguns aspectos da saúde de imigrantes e refugiados recentes no município de São Paulo. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde; 2015.
8. Souza HM, Sampaio LFR. Atenção Básica: política, diretrizes e modelos coletâneos no Brasil. In: Negri B, Faria R, Viana ALÁ, organizadores. Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas: Unicamp/IE; 2002. p. 9-32.
9. Starfield B. Primary care: concept, evaluation and policy. Oxford: Oxford University Press; 1998.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. O trabalho do agente comunitário de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
11. Menéndez EL. Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos. *Cienc Saude Colet.* 2016; 21(1):109-18.
12. Lesser J. Welcoming the undesirables: Brazil and the jewish question. Berkeley, Los Angeles: University of California Press; 1995.
13. Truzzi O. Etnias em convívio: o bairro do Bom Retiro em São Paulo. *Estud Hist.* 2001; 27:143-66.
14. Elliot SJ, Gillie J. Moving experiences: a qualitative analysis of health and migration. *Health Place.* 1998; 4(4):327-39.
15. Goodman LA. The annals of mathematical statistics. *Inst Math Stat.* 1961; 32(1):148-70.
16. Bardin L. Análise de conteúdo. 4a ed. Lisboa: Edições 70; 2010.
17. Silveira C, Carneiro N Jr, Ribeiro MCSA, Barata RCB. Living conditions and access to health services by Bolivian immigrants in the city of São Paulo, Brazil. *Cad Saude Publica.* 2013; 29(10):2017-27.
18. Trad LAB. Humanização do encontro com o usuário no contexto da Atenção Básica. In: Deslandes SF, organizador. Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
19. Carneiro N Jr, Gaeta R, Malvasi PA, Aguiar BS, Ferreira FR, Orozco YP, et al. Políticas Públicas no contexto dos processos migratórios no Brasil: a experiência da construção da Política Municipal de Saúde para Imigrantes e Refugiados na cidade de São Paulo. In: Silveira C, Goldberg A, Martin D, organizadores. Migração, refúgio e saúde. Santos: Editora Universitária Leopoldianum; 2018. p. 251-62.
20. Dias S, Gonçalves A. Migração e saúde. *Rev Migrações.* 2007; (1):15-26.
21. Pires MRGM, Göttems LBD, Martins CMF, Guilhem D, Alves ED. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. *Cienc Saude Colet.* 2010; 15 Supl 1:1009-19.
22. Martine G. Adaptação dos migrantes ou sobrevivência dos mais fortes? In: Moura HÁ, coordenador. Migração interna: textos selecionados. Fortaleza: BNB, Escritório Técnico de Estudos Econômicos do Nordeste; 1980. p. 949-74.



23. Lechner E. Introdução. In: Lechner E, organizador. Migração, saúde e diversidade cultural. Lisboa: ICS, Imprensa de Ciências Sociais; 2009.
24. Guérin F, Laville A, Daniellou F, Duraffourg J, Kerguelen A. Compreender o trabalho para transformá-lo: a prática da ergonomia. São Paulo: Edgard Blucher; 2001.
25. Béguin P. Taking activity into account during the design process. *Activités*. 2007; 4(2):115-21.
26. Daniellou F, Béguin P. Metodologia da ação ergonômica: abordagens do trabalho real. In: Falzon P. Ergonomia. São Paulo: Edgard Blucher; 2007.
27. Oliveira CTF. Escuta sonora: recepção e cultura popular nas ondas das rádios comunitárias. Rio de Janeiro: E-papers; 2007.
28. Massiat GS, Lautert L, Dal Pai D, Tavares JP. Contexto de trabalho, prazer e sofrimento na atenção básica em saúde. *Rev Gaucha Enferm*. 2015; 36(2):42-9.

This is a qualitative research that used semi-structured interviews, conducted with thirty Bolivians seeking healthcare services and with 49 healthcare professionals who treat them in the Basic Health Unit of *Bom Retiro*, a neighborhood located in *São Paulo*, Brazil. These interviews were analyzed according to five thematic categories, using the content analysis method. The results showed that access guarantee is not enough for the immigrant population to actually receive health care. Political actors and social subjects must be involved, organized, and prepared for this service to actually take place.

Keywords: Migration and health. Primary Health Care. Bolivian migration.

Se trata de una investigación cualitativa que utilizó entrevistas semiestructuradas, realizadas con treinta bolivianos y con 49 profesionales de salud que los atienden en la Unidad Básica de Salud de Bom Retiro, barrio de São Paulo, Brasil. Esas entrevistas fueron analizadas por medio de cinco categorías temáticas, utilizando el método de análisis de contenidos. Los resultados mostraron que la garantía del acceso no es suficiente para que se realice el cuidado de salud a la población inmigrantes. Los actores políticos y los sujetos sociales precisan estar envueltos, organizados y preparados para que ese servicio ocurra realmente.

Palabras clave: Migración y salud. Atención Primaria de la Salud. Migración boliviana.