

O Programa Saúde da Família no bairro do Bom Retiro, SP, Brasil:

a comunicação entre bolivianos e trabalhadores de saúde

Marcia Ernani de Aguiar^(a)
André Mota^(b)

Aguiar ME, Mota A. The Family Health Program in the Bom Retiro district, São Paulo, Brazil: communication between Bolivians and healthcare workers. *Interface (Botucatu)*. 2014; 18(50):493-506.

This paper presents the analysis of the interaction between the Family Health Program (PSF) and Bolivian immigrants in the Bom Retiro district of São Paulo, Brazil, through specific experience. To this goal, semi-structured interviews were conducted with Bolivians and healthcare workers at the Bom Retiro PSF, with the particular aim of ascertaining the dimensions of the worlds of work and housing and the great migratory spatial mobility, thereby requiring flexibility within the cartographic logic of the PSF, with broadening of the concept of family and communicative strategies – hiring of a Bolivian healthcare agent, production of educational material in Spanish and use of Bolivian radio stations –, which would have the capacity to be translated into improved healthcare services.

Keywords: Healthcare communication. Ethnicity and health. Bolivian immigrants. Family Health Program. Bom Retiro district.

Este artigo tem como objetivo analisar a interação entre o Programa de Saúde da Família (PSF) e os imigrantes bolivianos localizados no bairro do Bom Retiro na cidade de São Paulo, Brasil, redundando em uma experiência particular. Para tanto, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com bolivianos e trabalhadores da saúde da Unidade de Saúde da Família do Bom Retiro, com a intenção de flagrar, particularmente, dimensões do mundo do trabalho, de moradia e da grande mobilidade espacial migratória, exigindo a flexibilização da lógica cartográfica do PSF, com a ampliação do conceito de família e estratégias comunicativas – contratação de agente de saúde boliviano, produção de material educativo em língua espanhola e utilização das “rádios bolivianas” –, capazes de traduzir-se na melhoria do serviço em saúde.

Palavras-chave: Comunicação em saúde. Origem étnica e saúde. Imigrantes bolivianos. Programa Saúde da Família. Bairro do Bom Retiro.

^(a) Mestranda, Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (FMUSP). Av. Dr. Arnaldo, 455, 2º andar, sala 2170, Cerqueira Cesar. São Paulo, SP, Brasil. 01246-903. marciaernani@uol.com.br

^(b) Museu Histórico Prof. Carlos da Silva Lacaz, FMUSP. São Paulo, SP, Brasil. amota@museu.fm.usp.br

Introdução

O Programa de Saúde da Família (PSF), proposto em 1994 pelo Ministério da Saúde, atualmente definido como Estratégia Saúde da Família, foi instituído pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) como uma estratégia de reorganização da Atenção Primária à Saúde (APS), em substituição ao modelo tradicional de atenção¹, tendo atingido, em janeiro de 2013, uma cobertura nacional de 105 milhões de habitantes (54%)². Merhy³ e Paim⁴ sinalizam para a dificuldade de um único modelo responder às situações de saúde tão diversificadas e complexas existentes no Brasil.

Com a expansão do PSF em grandes centros urbanos, em 2001 ocorreu a municipalização da saúde na cidade de São Paulo, com a implantação desse modelo no bairro do Bom Retiro, região central da capital paulista. Esse bairro constitui uma paisagem única, um microcosmo social, marcado, desde sua origem, no final do século XIX, pela presença de diversas etnias: recebeu, ao longo de sua história, grandes contingentes de imigrantes, com características culturais bastante particulares⁵. Atualmente, da população que o frequenta e habita, os coreanos e os bolivianos passaram a constituir os dois grupos de imigrantes de presença marcante no bairro, ambos inseridos na base material da indústria de confecção, uma vez que a produção têxtil é um dos eixos econômicos estruturantes do Bom Retiro⁵⁻⁹.

A inserção dessa Unidade de Saúde da Família (USF), além de provocar a reflexão sobre as potencialidades e as dificuldades do PSF em grandes centros urbanos^{10,11}, também suscita questões relativas à presença desses imigrantes, exigindo análises diversas em torno da temática da interação entre os profissionais de saúde e esses usuários.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa qualitativa realizada na capital paulista, na USF do Bom Retiro – com quatro Equipes de Saúde da Família (EqSF) –, que é gerenciada pela Secretaria Municipal de Saúde em parceria com a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

Em pesquisa qualitativa, para a definição da amostra, utiliza-se a amostragem por saturação dos temas. O número de participantes foi considerado suficiente quando os dados da pesquisa refletiram a totalidade das múltiplas dimensões do objeto deste estudo e se tornaram repetitivos¹². Quanto à composição da amostra entre os usuários, utilizamos a seleção do tipo “bola de neve”, na qual um participante indica outro e assim por diante; porém, entre os profissionais de saúde, o critério foi de “tempo de serviço”.

Para a coleta dos dados, empregamos a entrevista semiestruturada, tendo-se realizado nove entrevistas: três com usuários bolivianos e seis com profissionais de saúde da Unidade (a gerente, um médico, uma enfermeira, um técnico de enfermagem e dois agentes comunitários de saúde, um deles boliviano). As entrevistas foram gravadas e transcritas, e os participantes identificados com legendas: PS - Profissional de Saúde; UB - Usuário Boliviano, mantendo-se seu anonimato.

As entrevistas tiveram duração média de 34 minutos, seguindo um roteiro com questões abertas. Para os profissionais de saúde, elas abordaram o bairro do Bom Retiro e sua composição étnica, dando espaço para: análise dos imigrantes bolivianos; a aceitação do cadastro pelo ACS; a adesão e o vínculo com a Unidade; as necessidades e as demandas desses usuários; as facilidades e as dificuldades na interação com eles, e as estratégias usadas para superar as dificuldades; e as atividades desenvolvidas com esses grupos de usuários. O roteiro de questões para os usuários bolivianos envolvia: sua inserção no bairro, sobretudo nas oficinas de costura, e sua fixação no bairro; suas necessidades e demandas de saúde; e a utilização da USF do Bom Retiro, sobretudo o acesso, o vínculo, a adesão e a comunicação com a equipe.

Resultados e discussão

O bairro do Bom Retiro - um palimpsesto

O bairro do Bom Retiro compõe uma paisagem única, constituída, ao longo do tempo, pela permanência e pela circulação de grupos de diversas procedências; por acréscimos, substituições e inclusões, configurando uma paisagem escrita sobre a outra, uma confluência de camadas socioculturais definidas como um palimpsesto, nas palavras de Milton Santos¹³.

Essa conformação teve início com os imigrantes italianos, os primeiros a chegar ao bairro, no final do século XIX – em consequência da imigração subsidiada pelo governo da Província –, destinados a compor a mão de obra nas fazendas de café no oeste paulista. O processo de constituição do bairro prosseguiu, quando, a partir da I Guerra Mundial, inúmeros estrangeiros originários da Europa Oriental, em sua maioria de origem judaica, chegaram ao Bom Retiro. Ali geraram as primeiras confecções e lojas, e o bairro passou a assumir uma função mais comercial. A partir de 1970, chegaram os coreanos, que fugiam de uma situação de guerra em seu país, e se inseriram nesse setor. A partir de 1980, o Bom Retiro começou a receber grandes levas de latino-americanos, sobretudo bolivianos, que, motivados pela crise econômica em seu país¹⁴, também se inseriram na cadeia de produção de roupas. Cabe ressaltar que todos esses imigrantes chegaram a São Paulo em busca de trabalho e, no caso do Bom Retiro, se concentraram no setor de confecção, que se configurou como um nicho de atividade econômica para os imigrantes nesse bairro.

No centro da cidade, o Bom Retiro é percebido pelos bolivianos como um lugar com qualidades bem atraentes: a proximidade de espaços de sociabilidade e, sobretudo, dos contatos de trabalho; a possibilidade de construção de relações de vizinhança; e a acessibilidade ao transporte público. O bairro constitui um cenário de transição, em que a inserção é mais viável, no momento em que se chega à cidade, com poucos recursos e menos autonomia, o que facilita a colocação em alguma oficina de costura⁷.

Entrevistador: “Como se dá o fluxo dos bolivianos para o Bom Retiro?”

UB1 [dono da oficina de costura]: “A maioria deles não tem muita oportunidade lá na Bolívia, e se alguém aqui já se deu melhor comenta, e então todo mundo quer vir. Estão todos buscando uma vida melhor. A maioria deles vem assim, sem a intenção de ficar no Brasil, só trabalhar por um tempo e voltar para lá”.

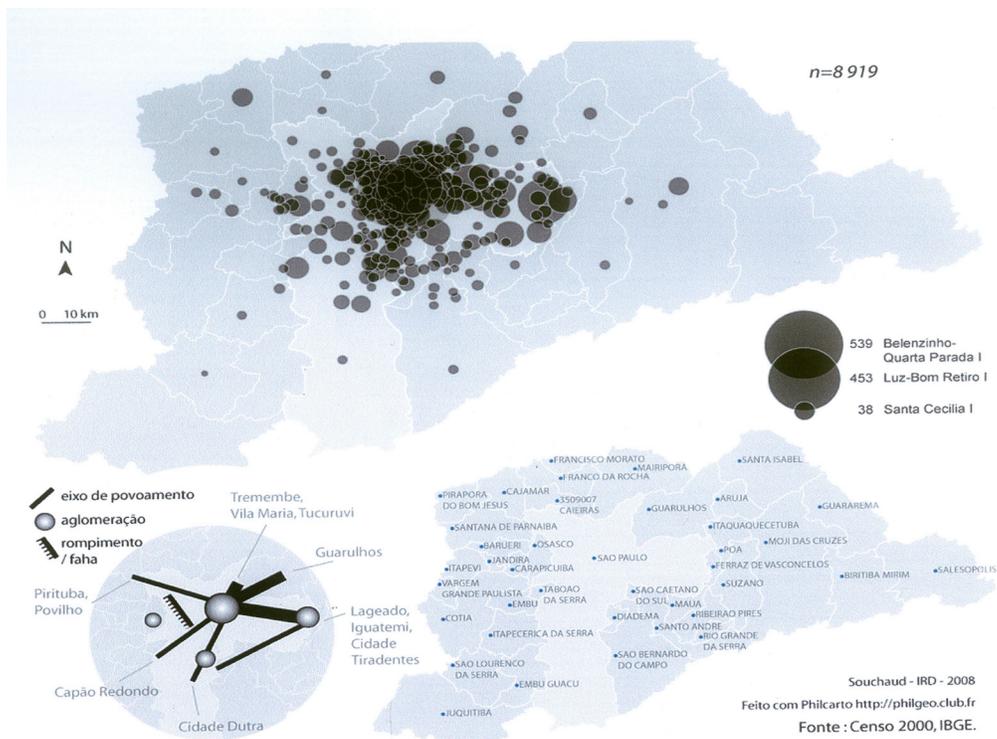
Importa ressaltar que houve uma circularidade de vivências entre esses grupos que passaram e passam, historicamente, a conviver no bairro do Bom Retiro. Essas vivências permitem entender como se entrelaçaram o que é particular e o geral, conformando um tecido social de complexidade bastante interessante para essa área da cidade de São Paulo. Culturas que foram absorvidas pelo cotidiano das práticas sociais, no processo em que essas marcas culturais foram identificadas, mas nunca “enquistadas”, de tal modo que bolivianos se relacionaram com o “Bonra” (modo como os italianos se referiam ao Bom Retiro) dos italianos; com a cultura judaica, identificada nas igrejas e nas sinagogas, nos mercados e nos restaurantes; e, também, com os coreanos, com suas lojas, restaurantes, escolas, instituições culturais, esportivas e religiosas, identificadas por placas em português e em hangul, o alfabeto coreano.

Do altiplano boliviano ao Bom Retiro

A partir de 1980, houve uma intensa imigração de bolivianos para a cidade de São Paulo, em busca de melhores oportunidades de trabalho, em decorrência das péssimas condições econômicas de seu país. Esses imigrantes eram predominantemente de origem rural, em sua maioria, jovens de ambos os sexos, solteiros e de escolaridade média¹⁴.

Do ponto de vista espacial, já na década de 1990, concentraram-se em bairros como Bom Retiro, Brás e Pari, onde atuavam na indústria de confecção¹⁴. Atualmente, estão dispersos pelas áreas centrais

e periféricas da cidade, porém ainda com uma forte concentração naqueles bairros, onde estão 19,5% dos bolivianos residentes na cidade, reiterando a vocação dos bairros centrais como porta de entrada para imigrantes na capital paulista¹⁵, observada no Mapa 1.



Mapa 1. Distribuição da população nascida na Bolívia, residente na Região Metropolitana de São Paulo, em 2000.

Fonte: Souchaud, 2008.

A presença de parentes e conterrâneos instalados no Bom Retiro tornou-se, ao longo do tempo, uma motivação para os bolivianos migrarem. Além disso, eles mantêm fortes laços com seu país de origem, o que resulta em uma tendência a um movimento circular, com idas e vindas entre São Paulo e a Bolívia, com um franco desejo de um dia voltar para lá¹⁴.

“Eu cheguei aqui, para o centro mesmo, lá no Parque Dom Pedro [...]. Na primeira vez foi através de um colega que tinha trabalhado aqui no Brasil por quase dois anos, e ele chegou na Bolívia e comentou daqui, e eu queria ir lá, porque tem serviço, e eu trabalhava na área de costura em Bolívia. [...] Daí, no meio do ano, mudei para o bairro do Paraíso, tinha um coreano trabalhando lá. Trabalhei com o coreano até o fim do ano. Depois eu voltei e trabalhei na Bela Vista por quatro anos. Depois eu comecei a trabalhar só como empregado, costureiro, e depois de quatro anos, quase cinco anos, em 2000 comecei a montar uma oficina com meu irmão mais novo e comecei a trabalhar por conta própria [...]. Eu cheguei e aluguei um apartamento no Bom Retiro, na rua José Paulino, e aí comecei, montei e trabalhei por conta própria”. (UB1)

Em relação às estimativas quanto ao tamanho da comunidade boliviana em São Paulo, há uma enorme variação, que oscila de dez a trinta mil não regularizados, segundo o Ministério do Trabalho e Emprego, até duzentos mil (regulares e irregulares), de acordo com o Ministério Público. O dado

mais recente fornecido pelo Censo de 2000¹⁶ indica a presença de 8.909 bolivianos recenseados na região metropolitana de São Paulo¹⁷. O consenso entre essas estimativas é o fato de São Paulo abrigar o maior número de imigrantes no Brasil, mas a imprecisão dos dados sobre essa comunidade coloca desafios metodológicos para a construção de conhecimento científico sobre ela.

Oficina de Costura (conjugação entre moradia e trabalho) e o Programa de Saúde da Família

Já no início do século XX, o bairro do Bom Retiro foi marcado pela presença de pequenas indústrias com características artesanais, muitas delas instaladas no mesmo espaço da moradia ou em espaço adjunto a ela, onde trabalhavam membros da própria família ou alguns poucos funcionários, moradores do próprio bairro. Essa era a característica industrial predominante na cidade na primeira metade do século XX, e marcou a paisagem no seu território, onde a associação entre moradia e trabalho, no mesmo lote ou edificação, era uma permanência e parecia ser uma regra, e não uma exceção, no bairro⁶.

A expressão máxima dessa conjugação, nos dias de hoje, é representada pelas inúmeras oficinas de costura existentes ali, onde imigrantes bolivianos trabalham e moram. A formação das oficinas de costura com as características atuais teve sua origem em 1970, com a chegada dos coreanos ao Bom Retiro. Naquele momento, diante da necessidade de competir com os produtores nordestinos de São Paulo nas linhas de roupas de baixo preço e baixa qualidade, acumulando a produção e a venda no atacado, os coreanos se organizaram para trabalhar em casa, com a participação de familiares e contêrreos, em longas jornadas de trabalho, a fim de reduzirem os custos de produção¹⁸.

A chegada dos bolivianos ao Bom Retiro se deu a partir de 1980, num momento de franca ascensão econômica dos coreanos, que se afastavam do segmento de produção e passavam a assumir outro papel na indústria do vestuário, criando suas próprias marcas, que seriam vendidas em suas lojas de atacado¹⁹. Outro aspecto relevante foi o fato de que, naquele momento, a mão de obra nacional – essencialmente feminina e natural de outros estados –, que predominava no setor de costura, migrava para o setor de serviços, o que abriu espaço para a mão de obra boliviana no segmento de produção²⁰. Essas mudanças em curso no Bom Retiro tiveram como pano de fundo a reestruturação da indústria de confecção paulista, com o objetivo de reduzir custos: convinha, então, consolidar a aparição e a difusão de oficinas de costura de pequeno e médio porte, subcontratadas⁹.

Desse modo, os bolivianos foram, em um primeiro momento, contratados pelos coreanos para trabalhar nas oficinas e, posteriormente, passaram a ser donos das oficinas, tendo os coreanos como principais compradores de suas produções. Um aspecto peculiar é o fato de que – como já apontamos aqui – essas oficinas passaram a conjugar o espaço de trabalho e moradia para os imigrantes bolivianos, que acabavam de chegar ao bairro com pouco dinheiro, numa situação de clandestinidade; e trabalhar e morar no mesmo local era uma maneira de solucionar a questão da moradia, além de ser rentável aos empregadores, que podiam manter próxima sua força de trabalho¹⁴.

“Eles [os bolivianos] moram no mesmo local que trabalham”. (PS5)

“[...] se a gente for pensar nas oficinas, que hoje são lugares muito difíceis de ir, porque as pessoas moram, trabalham e lá convivem, com seus filhos e tal [...]”. (PS1)

As oficinas de costura no Bom Retiro constituíram lugares de inserção e ascensão social, sendo a informalidade e a flexibilização dessas organizações facilitadoras da integração no mercado de trabalho e da realização de um projeto migratório de quem, frequentemente “indocumentado”, sem conhecimento do mercado de trabalho e com domínio fraco da língua e dos usos da sociedade do país de destino, teria poucas chances de ficar em São Paulo²⁰.

"[...] Os coreanos são os donos do poder aqui das lojas do Bom Retiro. A outra parte é dos bolivianos, que também vieram para essa região porque se encontra grande mercado, por causa das lojas, das costuras. Eles trabalham para os coreanos. [...] Quem está se tornando grandes donos de oficinas e trazendo vários bolivianos para trabalhar na região são os próprios bolivianos. Bolivianos que antes tinham uma função de só costurar, hoje eles estão como dono de oficina que empregam outras pessoas para estar trabalhando para eles, produzindo mercadorias para as lojas. [...]". (PS3)

Essas oficinas de costura, assim configuradas, conferiram uma singularidade a esse bairro, o que exigiu que a USF o compreendesse a partir de uma perspectiva multiterritorial, fugindo de um entendimento parcial, sob uma vertente jurídico-política, na qual a definição de recortes territoriais a partir apenas da quantidade de população, sem nenhuma proposta de tipificação desses territórios, limita a eficácia das ações²¹.

Considerando a necessidade da USF de adequar suas normatizações, ao interagir com o Bom Retiro, uma questão que se coloca é como esse modelo, que tem na família seu objeto de ação, veio a compreender as oficinas de costura, espaço que conjuga trabalho e moradia para os imigrantes bolivianos. E, ao analisarmos os principais documentos oficiais do Programa Saúde da Família²²⁻²⁴, percebemos uma imprecisão sobre o conceito de família: limitam-se a defini-la a partir do espaço em que as pessoas vivem, o espaço-domicílio, ponto de partida para a lógica de inscrição domiciliar utilizada nessa proposta de organização.

A escolha da família como fator determinante principal da saúde da população, núcleo central de intervenção para alterar o perfil de morbimortalidade e centro absoluto de abordagem dos problemas sociais, significa uma redução e um retrocesso na concepção da produção social do processo saúde-doença²⁵. Sem dúvida, será positivo olhar para um "indivíduo em relação", em oposição ao "indivíduo biológico"; e, onde houver famílias na forma tradicional, a compreensão da dinâmica desse núcleo será enriquecedora para o trabalho em saúde. No entanto, nem sempre esse núcleo está presente e nem sempre é o espaço de relação predominante, ou, mesmo, o lugar de síntese do modo de andar a vida das pessoas²⁶.

Isso posto, retornemos à realidade do Bom Retiro, onde os cadastros dos bolivianos são realizados nas oficinas de costura, tornando-se inevitável ampliar o conceitos de família. Nesse contexto, teremos um conjunto de imigrantes que têm em comum o fato de serem trabalhadores dessas oficinas, e aí também residirem. No entanto, as relações entre eles nem sempre são próximas e nem sempre se realizam²⁷. Além disso, o fato de esses imigrantes serem trabalhadores que moram no local de trabalho, os coloca em situação de risco e dialoga com a necessidade de que a USF leve em conta os processos produtivos locais e identifique suas relações com a saúde dos trabalhadores e moradores^{28,29}.

A "visibilidade" do boliviano por meio do PSF

Segundo Cymbalista e Xavier³⁰, haveria uma baixa visibilidade dessa comunidade em São Paulo, por tratar-se de um grupo praticamente ausente das estatísticas públicas. Estes autores apontam as oficinas de costura como espaço de "privacidade coletiva", e sinalizam para a internalização da comunidade, com hipertrofia do local de trabalho, o que determinaria a invisibilidade do grupo e a pouca utilização, por parte dele, de equipamentos públicos, do comércio e dos serviços. Entretanto, as falas dos trabalhadores da saúde sugerem que a USF do Bom Retiro possa ter um outro significado para esse imigrante, que ali busca uma "identidade".

"Os bolivianos chegam aqui dizendo: "" "" Vim fazer o cartão SUS". É a primeira identificação que eles querem, ""Cheguei e preciso do cartão SUS". E eles têm uma rede muito própria e muito articulada. Acho que, quando eles se aproximam, eles já se aproximam para requerer uma identidade com essa Unidade de Saúde, no caso é o cartão SUS. Teve época aí da gente fazer mais de cem cartões SUS por semana [...]". (PS1)

Por outro lado, Xavier⁷ reiterou que a relação do imigrante boliviano com a USF assume um significado fundamental no processo de sua inserção na cidade, sobretudo no que se refere a sua identidade, pois o cartão SUS passa a funcionar como uma espécie de identificação – muitas vezes, a primeira que recebe no Brasil. Além disso, de acordo com Silva³¹ e Silva e Ramos³², os bolivianos têm uma presença marcante na USF do Bom Retiro, reconhecida como um espaço de convivência, por ser um dos poucos espaços frequentados.

“Quando eu ficava doente, antigamente, como eu era solteiro, e tinha oficina, frequentava a Beneficência Portuguesa, pagava a consulta. Agora consulta é muito caro, [...] comecei a usar o posto com meu filho e minha esposa que engravidou, e aí ela começou a fazer a consulta pré-natal no posto de saúde. Daí que comecei usar posto de saúde do Bom Retiro”. (UB1)

A mobilidade dos imigrantes bolivianos no Bom Retiro e a cartografia do PSF

O PSF tem seu princípio operacional baseado na adscrição de clientela, o que permite o estabelecimento de vínculo da Unidade de Saúde da Família com a população e possibilita, em tese, o resgate da relação de compromisso de corresponsabilidade entre profissionais de saúde e usuários dos serviços. Fica muito claro que, quando tratamos de um bairro como o Bom Retiro, é necessário flexibilizar normatizações, para que o vínculo entre os profissionais e os usuários, sobretudo os bolivianos estudados, seja preservado, uma vez que estes têm uma intensa movimentação no território, fruto de sua inserção como trabalhadores nas oficinas de costura. Caso não se tenha o cuidado de adequar as normas à realidade, corre-se o risco de impor barreiras de acesso ao serviço de ordem organizacional. Sendo assim, esse exacerbado caráter prescritivo do PSF pode comprometer a potencialidade de sua proposta²⁶.

Segundo Pereira e Barcellos²¹, a delimitação de áreas e microáreas de atuação, essencial para a implantação e a avaliação do programa, é, em geral, realizada com base apenas no quantitativo da população, sem considerar a dinâmica social e política, inerente aos territórios. Os imigrantes bolivianos circulam por vários espaços da cidade, com uma forte concentração na região central¹⁵. Essa mudança constante se deve à busca de novas colocações nas oficinas de costura. Esse aspecto é evidenciado na fala dos trabalhadores.

“[...] eles [os bolivianos] hoje estão bastante espalhados, então fica aqui, dali a pouco eles vão para uma outra oficina.[...] Muda muito, de uma equipe para outra. A Agente de Saúde boliviana só cuida dos cadastros bolivianos, faz uma média de cinquenta, cem cadastros mês. Ela vai rodando, então o tempo todo eles vão mudando. Não sei se são melhores condições de trabalho, o que é enfim, porque eles moram todos juntos numas oficinas, e aí acho que é quando eles conseguem um espaço melhor, não sei”. (PS1)

O PSF se adaptando ao movimento “circulatório” dos bolivianos

A territorialização e o vínculo de uma dada população às Equipes de Saúde da Família são ideias nucleares à proposta do PSF, que tem sua matriz teórica circunscrita prioritariamente ao campo da vigilância à saúde. Tendo em vista as características do Bom Retiro como um território “circulatório”, com bolivianos inseridos em oficinas de costura, com grande rotatividade e sempre em busca de melhores oportunidades, concordamos com Franco e Merhy²⁶ quanto ao risco de o PSF desarticular sua potência transformadora, aprisionado em normas definidas, conforme o ideal da vigilância à saúde.

“A Estratégia da Família, quando foi concebida, não foi concebida para esse ou aquele tipo, eu pelo menos não consigo ver diferença, e não acho que deva ter. É exatamente a mesma coisa, você vai cuidar de famílias. A única grande dificuldade é que existe uma mobilidade muito

grande desse grupo de imigrantes [bolivianos]. Eles num mês estão num endereço e depois já estão mudando. Então isso, para a organização do serviço é muito complicado". (PS2)

Um caso exemplar dessa compreensão flexível exigida por causa das mudanças frequentes de endereço dos bolivianos dentro do bairro é a adaptação feita na lógica do cadastramento nessa Unidade: habitualmente, quando um usuário se muda de uma microárea para outra, os Agentes Comunitários de Saúde procedem a uma transferência de cadastro entre eles. Quando isso ocorre entre ACS que pertencem a equipes diferentes, essa mudança inclui, também, a mudança do médico e do enfermeiro responsáveis pelo cuidado daquele usuário. Essa situação comprometia, exemplarmente, a continuidade do acompanhamento de pré-natal e o tratamento de imigrantes bolivianos portadores de tuberculose, doença muito comum devido às condições insalubres de moradia e trabalho³³. Diante disso, a equipe acordou internamente que, quando houvesse uma mudança entre as áreas de abrangência das Equipes de Saúde da Família, seria mantido o cadastro inicial, garantindo o término desses acompanhamentos com a mesma equipe, com a qual já se havia estabelecido um vínculo.

"[...] uma boa parte dos bolivianos tem problemas de saúde, é tuberculose. Então eu acho que deveria ter um cuidado diferenciado [...] as condições que eles vivem são condições bem precárias, não ter um espaço para dormir num momento que já está cansado, depois de trabalhar o dia todo[...]". (PS5)

"Muitas vezes, elas não fazem o pré-natal, inicia, mas não termina, é também pela mudança, elas mudam muito de oficina. De repente ela já mudou, inicia o pré-natal aqui, e depois já está em outro bairro e assim vai indo, é uma mudança muito grande, às vezes não só de bairro, mas de rua também. Então a gente tem que sair atrás, à procura, saber onde está. [...] Mesmo mudando de área, saindo da [microárea] azul e indo para vermelha, continua fazendo pré-natal com o [médico] que começou e vai até o fim. E no caso de tuberculose também". (PS5)

Alguns trabalhos^{31,34,35} apontam para a importância da abordagem de questões culturais – sobretudo relacionadas ao parto –, durante o pré-natal de mulher boliviana, pois há muitos relatos sobre a dificuldade em realizar seus partos nos hospitais públicos na cidade de São Paulo: elas são resistentes a procedimentos como a cesariana, que possui significado pejorativo entre elas. Desse modo, somente será possível promover a discussão desses temas, com as gestantes bolivianas, com a continuidade de seu pré-natal e uma escuta diferenciada para essas questões.

A comunicação entre os imigrantes bolivianos e a equipe de Saúde da Família

Ao tratarmos da interação entre os bolivianos e os profissionais de saúde no Bom Retiro, a questão da comunicação se impõe. Porém, devemos sublinhar a polissemia desse objeto, e é necessário delimitar o aspecto que nos importa, isto é, a rede de conversação envolvida na interação entre eles, seja dentro da USF, seja no território. Segundo Teixeira³⁶, o trabalho em saúde possui uma natureza eminentemente conversacional dos processos de trabalho que se dão no encontro entre trabalhador e usuário.

Nesse sentido, há muitas dificuldades relacionadas com a compreensão do idioma falado, uma vez que os bolivianos não constituem um grupo homogêneo do ponto de vista étnico: a Bolívia é uma sociedade pluriétnica e multicultural, com 26 línguas diferentes, que se subdividem em 127 dialetos³⁷, conforme revela a narrativa apresentada:

"[...] os bolivianos vêm de diferentes lugares da Bolívia [...] eles falam diferentes idiomas nativos. Nem eu entendo. [...] por exemplo, eu falo espanhol e outra língua nativa, e outras pessoas, falam outra língua nativa, também". (UB3)

Por outro lado, os trabalhadores do serviço de saúde referem uma dificuldade para compreender o que lhes é dito pelos bolivianos, e também identificam a dificuldade destes para compreender nosso idioma.

“ [...] Acho que os bolivianos, eles são difíceis de entender o português [...]”. (PS4)

“ [...] é o idioma, porque o castelhano dá para gente, como diz...ah... é com dificuldade, mas a gente entende alguma coisa [...]”. (PS5)

Observamos, então, que esse encontro pode ser atravessado por “mal-entendidos”, comprometendo a adesão às orientações e ao tratamento propostos. O boliviano receia que suas queixas não sejam compreendidas, e o profissional de saúde se surpreende com a falta de compreensão da sua mensagem.

“ [...] ele [o médico] não entende bem. Dava um pouco de medo assim... às vezes eles falam diferente, depois dá remédio, não sei. [...]”. (UB3)

“ [...] As dificuldades eu acho que são essas barreiras mesmas, de entender. Por exemplo, a gente outro dia estava fazendo uma atividade a respeito da dengue, então dizendo dos cuidados, a questão do vaso, água parada, e aí um desses bolivianos diz: ‘não, eu não pego, porque não sou deste país’, [...]”. (PS1)

Algumas estratégias foram propostas pelas EqSF para ampliar e melhorar a “conversa” entre bolivianos e profissionais de saúde da USF do Bom Retiro. Uma delas foi a contratação de ACS bolivianos, a partir de 2003, o que facilitou o acesso às oficinas de costura, além de possibilitar uma melhor compreensão da inserção desses imigrantes no território e de suas características culturais.

O trabalho nas oficinas impõe desafios para a utilização da USF, pois a remuneração de seus trabalhadores depende da produção e, portanto, as interrupções no trabalho não são bem vistas nem pelos donos das oficinas, nem pelos costureiros. Soma-se ao fato a dificuldade de os ACS realizarem, nas oficinas, os cadastros, suas visitas domiciliares mensais ou qualquer outra atividade. Diante disso, os ACS bolivianos iniciaram uma sensibilização dos donos das oficinas para a necessidade de facilitar a interrupção do trabalho, a fim de possibilitar o acesso dos funcionários da Unidade de Saúde e de vencer o medo oriundo da situação de clandestinidade de seus costureiros.

“ [...] Eles [os bolivianos] têm receio de atender, de abrir a porta da sua casa para nos receber. Eles pensam que a gente não está ali pela saúde, mas, sim, de repente, por outro motivo, e aí a gente tem dificuldade mesmo. Eles não permitem a entrada [...] se o dono não está presente, o funcionário não pode estar abrindo a porta para que a gente possa entrar, estar conhecendo, conversando, entendeu? [...]”. (PS5)

A incorporação dos ACS bolivianos à EqSF permitiu uma maior aproximação da realidade vivida nessas oficinas e resultou num outro entendimento de muitas queixas feitas com frequência pelos bolivianos, sobretudo dores musculares de toda ordem, frutos de longas horas de trabalho nas máquinas de costura. E, para alívio dessas queixas, a EqSF tem desenvolvido atividades de exercício de alongamento nas oficinas.

“Atualmente o adoecimento mais frequente acaba sendo a dor lombar, dor nos braços, isso é o adoecimento com o qual eles mais vêm à Unidade [...]. Estas queixas têm muito a ver com a forma de vida dos bolivianos, porque trabalham 14/15 horas seguidas, em posições, as mesmas, só param exclusivamente para comer. [...] tem muito exercício repetitivo. [...]”. (PS3)

“A gente, na verdade, tem tentado fazer um trabalho laboral pelo menos para que elas saiam um pouco dessas máquinas, mas não é fácil, acho que é um trabalho bastante difícil e complexo, porque, como é que você compõe com o lucro e com essa necessidade, como é que se compõem essas duas coisas”. (PS1)

Outras ações para melhorar a comunicação se relacionam à criação de material educativo em espanhol e também à participação desses ACS em atividades educativas, muitas vezes realizadas nas próprias oficinas. Também foi construída, para a EqSF, uma cartilha com expressões para uso no dia a dia, visando permitir uma melhor interação entre os profissionais e os bolivianos.

“[...] a equipe médica tem trabalhado para criar uma cartilha, uma espécie de vocabulário, um dicionário curto, pequeno, com as palavras básicas: ‘Bom Dia!’, ‘Boa Tarde!’, ‘O que está sentindo?’, ‘O que você precisa?’, ‘Como é que você está?’, ‘Aonde mora?’. Este dicionário foi feito nos três idiomas: português, espanhol e coreano, e isso já ajudou muito, para pelo menos ter um entendimento com as duas culturas”. (PS6)

“Com relação aos bolivianos, a gente [os profissionais de saúde] também desenvolveu alguns cadernos de orientação à gestante, de hipertensão e diabetes, a questão da TB, alguns cadernos e folhetos que pudessem enfim, nos ajudar [...]”. (PS1)

Outro veículo utilizado pelas EqSF para melhorar a comunicação são as rádios bolivianas, muito relacionadas ao papel simbólico das áreas centrais como espaço de recursos urbanos, uma vez que só no centro é possível escutar essas emissoras, pois não se consegue sintonizá-las fora de um determinado e limitado perímetro. Nas oficinas de costura, é muito comum o rádio ligado todo o tempo, um veículo que leva informações de toda ordem; orienta sobre providências para a regularização da estadia no Brasil, sobre ofertas de emprego; e ajuda a localizar familiares e amigos, além de servir como uma voz amiga, reconfortante, que faz com que o boliviano não se sinta só na cidade⁷. Essas rádios também tratam da saúde, sobretudo alertando para o perigo da tuberculose, e fazem propaganda de unguentos e pomadas para dores de coluna e câibras, corriqueiras entre eles.

Sendo assim, a EqSF reconhece a relevância desse veículo e utiliza-o como canal de comunicação com essa comunidade, reconhece a importância de participar de espaços localizados no centro da cidade, nos quais os bolivianos buscam convivência e identidades de grupo, como a feira Kantuta, que ocorre aos domingos em um bairro próximo ao Bom Retiro. Ali se estabelecem múltiplas relações de ordem comercial, gastronômica, artística; oferta de trabalho e serviços, como corte de cabelo, fotografia, entre outros¹⁴.

“[...] Agora as equipes têm participado muito de festas, como a festa da Kantuta, que é uma feira só dos imigrantes. Tem outras festas e outras feiras, outros lugares onde a gente tem sempre estado presente, levando sempre uma conversa. Tem uma rádio comunitária que é específica para os bolivianos, para as comunidades imigrantes, [...] os profissionais têm ido lá, para dar entrevista e falar sobre saúde [...]”. (PS1)

Apesar de a gestão do PSF, no que tange a sua organização, ter alto grau de normatividade na sua implementação, com uma regulamentação definida pelo Ministério da Saúde, é no dia a dia que a EqSF se defronta com as mais diversas realidades em seus territórios e pode identificar que aquela normatização é insuficiente, fazendo uso de saber gerado por um olhar mais integral, propondo variadas estratégias para melhorar a interação entre os serviços e os usuários.

Segundo Mendes-Gonçalves³⁸, esse saber, enquanto tecnologia (imaterial), é utilizado na produção de serviços de saúde. Entendemos a tecnologia como o conjunto de conhecimentos e agires aplicados à produção de algo. Merhy³⁹, em sua proposta de tipologia, denominou “tecnologia leve” a tecnologia de trabalho usada para produzir saúde. Ainda com relação a isso, Ayres⁴⁰ ressalta o lugar

privilegiado do cuidado nas práticas de saúde, sublinhando ser útil para a saúde a sabedoria prática apoiada na tecnologia, mas sem resumir a ela a intervenção em saúde.

Considerações finais

Apesar da normalização, as EqSF do Bom Retiro, ao estabelecerem vínculo com a comunidade, promoveram a flexibilização da lógica cartográfica do PSF, pois adequaram-se à territorialidade própria desses imigrantes no bairro. Nesse sentido, a incorporação do ACS boliviano teve grande importância na aproximação entre o serviço e os usuários, ao facilitar o acesso às oficinas de costura, o entendimento do seu dia a dia e ampliar o entendimento da produção social do processo saúde-doença.

Embora o PSF tenha um caráter fortemente prescritivo, com intensa "vigilância" em determinado território, devemos ter o cuidado de, apesar de sua origem, não dogmatizá-lo aprioristicamente. Essa atitude poderá impedir o reconhecimento das potencialidades desse programa, quando a realidade do território se sobrepõe às normatizações ministeriais e revela experiências criativas.

Este estudo sugere que o PSF pode proporcionar um conhecimento mais apurado sobre os imigrantes bolivianos na cidade de São Paulo e promover maior visibilidade e reconhecimento na relação com o serviço, como um meio de construir outras identidades. Dessa forma, a USF do Bom Retiro passa a fazer parte da rede de conversação que essa comunidade construiu em seu cotidiano.

Colaboradores

Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de elaboração do artigo.

Referências

1. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF): MS; 2006.
2. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. População coberta pelas Equipes de Saúde da Família [Internet] [acesso 2013 Fev 1]. Disponível em: <http://189.28.128.178/sage/>
3. Merhy EE. E daí surge o PSF como uma continuidade e um aperfeiçoamento do PACS. Interface (Botucatu). 2001; 5(9):147-9.
4. Paim JS. Saúde da Família: espaço de reflexão e de contra-hegemonia. Interface (Botucatu). 2001; 5(9):143-6.
5. Truzzi O. Etnias em convívio: o bairro do Bom Retiro em São Paulo. Estud. Hist. 2001; 28:143-66.
6. Mangili LP. Bom Retiro, bairro central de São Paulo: transformações e permanências (1930-1954). São Paulo: Alameda; 2011.
7. Xavier IR. Projeto migratório e espaço: os migrantes bolivianos da região metropolitana de São Paulo [dissertação]. Campinas (SP): Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas; 2010.
8. Freitas PT. Imigração e experiência social: o circuito de subcontratação transnacional de força de trabalho boliviano para o abastecimento de oficinas de costura na cidade de São Paulo [dissertação]. Campinas (SP): Departamento de Sociologia, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas; 2009.

9. Silva CF. Trabalho informal e redes de subcontratação: dinâmicas urbanas da indústria de confecções em São Paulo [dissertação]. São Paulo (SP): Departamento de Sociologia, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo; 2008.
10. Caetano R, Dain S. O Programa de Saúde da Família e a reestruturação da atenção básica nos grandes centros urbanos: velhos problemas, novos grandes desafios. *Physis*. 2002; 12(1):11-21.
11. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2007; 21(2):164-76.
12. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 1992.
13. Santos M. Metamorfose do espaço habitado: fundamentos teóricos e metodológicos de geografia. 6a. ed. São Paulo: EDUSP; 2008.
14. Silva SA. Costurando sonhos: trajetória de um grupo de imigrantes bolivianos que trabalham no ramo da costura em São Paulo. São Paulo: Paulinas; 1997.
15. Souchaud S. A imigração boliviana em São Paulo. In: Póvoa Neto H, Ferreira AP, Vainer CB, Santos MO, organizadores. Deslocamentos e reconstruções da experiência migrante. Rio de Janeiro: NIEM-UFRJ, Garamond; 2010. p. 267-90.
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2000. Rio de Janeiro: FIBGE; 2000.
17. Souchaud S. Presença estrangeira na indústria das confecções e evoluções urbanas nos bairros centrais de São Paulo. In: Lanna ALD, Peixoto FA, Lira JTC, Sampaio MRA, organizadores. São Paulo, os estrangeiros e a construção das cidades. São Paulo: Alameda; 2011. p. 63-88.
18. Kontic B. Inovação e redes sociais: a indústria da moda em São Paulo [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Sociais, Universidade de São Paulo; 2007.
19. Sampaio MRA. Os coreanos no Bom Retiro. In: Lanna ALD, Peixoto FA, Lira JTC, Sampaio MRA, organizadores. São Paulo, os estrangeiros e a construção das cidades. São Paulo: Alameda; 2011. p. 89-115.
20. Souchaud S. A confecção: nicho étnico ou nicho econômico para a imigração latino-americana em São Paulo? [Internet]. In: Baeninger R, organizador. Imigração boliviana no Brasil. Campinas: Núcleo de Estudos de População - Unicamp, Fapesp, CNPq, UNFTA; 2012. p. 75-92 [acesso 2012 Set 20]. Disponível em: http://www.nepo.unicamp.br/textos/publicacoes/livros/bolivianos/livro_bolivianos.pdf
21. Pereira MPB, Barcellos C. O território no Programa Saúde da Família. *Hygeia*. 2006; 2(2):47-55.
22. Ministério da Saúde. A implantação da Unidade de Saúde da Família. Brasília (DF): MS; 2000. Caderno 1.
23. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília (DF): MS; 1997.
24. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família: saúde dentro de casa. Brasília (DF): MS; 1994.
25. Miranda AS. Programa Saúde da Família: entre a panacéia e o preconceito [Internet]. 1998 [acesso 2011 Jan 10]. Disponível em: <http://www.saude/cnsonline/temasemdebate/psf>
26. Franco TB, Merhy EE. O Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: Merhy EE, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS, organizadores. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano: o debate no campo da saúde coletiva. 3a. ed. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 37-54.

27. Trad LAB, Bastos ACS. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. *Cad Saude Publica*. 1998; 14(2):429-35.
28. Pessoa VM, Rigotto RM, Carneiro FF, Teixeira ACA. Sentidos e métodos de territorialização na Atenção Primária à Saúde. *Cienc Saude Colet*. 2013; 18(8):2253-62.
29. Santos AL, Rigotto RM. Território e territorialização: incorporando as relações produção-trabalho, ambiente e saúde na Atenção Básica à Saúde. *Trab Educ Saude*. 2010/2011; 8(3):387-406.
30. Cymbalista R, Xavier IR. A comunidade boliviana em São Paulo: definindo padrões de territorialidade. *Cad Metropole*. 2007; 17:119-33.
31. Silva ECC. Rompendo barreiras: os bolivianos e o acesso aos serviços de saúde na cidade de São Paulo. *Travessia*. 2009; 63:26-31.
32. Silva ECC, Ramos DLP. Interação transcultural nos serviços de saúde. *Acta Bioeth*. 2010; 16(2):180-90.
33. Martinez VN. Equidade em saúde: o caso da tuberculose na comunidade de bolivianos no município de São Paulo [dissertação]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2010.
34. Sass N, Figueiredo Júnior AR, Siqueira JM, Silva FRO, Sato JL, Nakamura MU, et al. Desfechos maternos e perinatais em gestantes bolivianas no município de São Paulo: um estudo transversal caso-controle. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2010; 32(8):398-403.
35. Madi MC, Cassanti AC, Silveira C. Estudo das representações sociais sobre gestação em mulheres bolivianas no contexto da atenção básica em saúde na área central da cidade de São Paulo. *Saude Soc*. 2009; 18(2):67-71.
36. Teixeira RR. O acolhimento num Serviço de Saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, Abrasco; 2007. p. 91-113.
37. Aragón MM. *Guía etnográfica lingüística e Bolivia*. La Paz: Editorial Don Bosco; 1987.
38. Mendes-Gonçalves RB. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo*. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 1994.
39. Merhy EE, organizador. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato*. 3a. ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
40. Ayres JRCM. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática. *Interface (Botucatu)*. 2000; 4(6):117-20.

Aguiar ME, Mota A. El Programa Salud de la Familia en el barrio de Bom Retiro, São Paulo, Brasil: la comunicación entre bolivianos y trabajadores de la salud. *Interface* (Botucatu). 2014; 18(50):493-506.

El objetivo de este artículo es presentar la análisis de la interacción entre el Programa de Salud de la Familia (PSF) y los inmigrantes bolivianos localizados en el barrio de Bom Retiro en la ciudad de São Paulo, Brasil resultando en una experiencia particular. Para ello, se realizaron entrevistas semi-estructuradas con bolivianos y trabajadores de la salud de la Unidad de Salud de la Familia de Bom Retiro, con la intención de verificar, particularmente, las dimensiones del mundo del trabajo, de la vivienda y de la gran movilidad espacial migratoria, exigiendo la flexibilización de la lógica cartográfica del PSF, con la ampliación del concepto de familia y estrategias comunicativas – la contratación de agente de salud boliviano, la producción de material educativo en lengua española y la utilización de las “radios bolivianas”, capaces de traducirse en la mejora del servicio de salud.

Palabras clave: Comunicación en salud. Origen étnico y salud. Inmigrantes bolivianos. Estrategia Salud de la Familia. Barrio de Bom Retiro.

Recebido em 15/04/13. Aprovado em 21/04/14.