

Acesso à Saúde e Migrações Internacionais – Os Bolivianos na Cidade de São Paulo

Autoria: Ana Cristina Braga Martes, Sarah Martins Faleiros

Resumo

Fluxos crescentes de migrantes internacionais nos cinco continentes colocam em debate a responsabilização dos Estados Nacionais pela garantia de direitos sociais básicos a essas populações. Princípios não apenas de universalidade, como também de equidade, em especial no que concerne à igual consideração no acesso aos serviços e alocação de recursos, tendem a ser incorporados tanto nos desenhos das políticas públicas quanto nas ações dos burocratas de rua voltados para atender a essa população. Esta tendência, contudo, não é exercida sem que sejam suscitadas antigas -- e sem que se criem novas -- controvérsias e tensões. Este trabalho busca contribuir para esse debate, por meio de uma pesquisa qualitativa sobre o acesso à saúde e avaliação do atendimento de imigrantes na cidade de São Paulo. Foram realizadas vinte e seis entrevistas em profundidade com o grupo de imigrantes que mais cresce na cidade, os bolivianos, por meio de um roteiro semi-estruturado. A intermitente insatisfação dos brasileiros quanto ao atendimento prestado pelo Sistema Único de Saúde no Brasil torna surpreendente a constatação de que, entre os bolivianos entrevistados, os serviços de saúde a que têm acesso são positivamente valorizados. Tal avaliação positiva, como mostraremos, só pode ser compreendida se considerada sua condição de imigrantes de primeira geração e, assim, reconstruirmos com eles, por meio da análise de entrevistas, as necessidades que consideram ter e o que buscam encontrar nesses serviços. Adicionalmente, revelou-se fundamental compreender a perspectiva comparativa Brasil-Bolívia, utilizada pelos entrevistados para avaliar o acesso à saúde em São Paulo. Para contextualizar os dados coletados, foram delineados os principais componentes institucionais dos sistemas de saúde nos dois países e apresentado um conjunto sistematizado de dados macro sociais comparativos entre Brasil e Bolívia. Nas considerações finais discutimos em que medida as experiências relatadas reafirmam ou não as principais teses apresentadas na literatura sobre imigração e saúde, à luz dos achados da pesquisa de campo. Primeiramente, ressalta-se a facilidade com que os entrevistados acessam o sistema de saúde brasileiro, universal e gratuito, ao contrário do que ocorre em seu próprio país de origem. Destaca-se ainda, o papel desempenhado pelos proprietários das oficinas e, especialmente, pelos agentes comunitários de saúde (PSF), que aparecem como elementos facilitadores do acesso, além das redes familiares e de co-nacionais. A associação direta entre doença e dor física aparece constantemente como parte das lembranças que trazem da Bolívia. A dor é atenuada com os tratamentos oferecidos no Brasil e se constitui em um dos pontos que mais se sobressaem nos depoimentos, em função da medicação, dos tratamentos e da hospitalização neste país.

Introdução

Nesse início do século XXI, os Estados Nacionais ainda enfrentam dificuldades para legitimar, perante a sociedade e seus representantes, o aumento de investimentos na área da saúde em valores suficientes para alcançar parâmetros de equidade, ou seja, igual consideração no acesso ao tratamento e alocação de recursos, entre ricos e pobres, brancos e negros, nacionais e imigrantes. A discussão sobre a reforma do sistema de saúde norte-americano mostrou que o rei estava nu, rodeado por inúmeras e conflitantes reivindicações e interesses. Aprovada em 2010, a reforma conseguiu promover importantes avanços, considerando-se que passou a incorporar 46 milhões de residentes que até então não tinham acesso ao sistema de saúde. Contudo, a reforma foi também restritiva, ao manter cerca de 12.4 milhões de imigrantes, legais (*Legal Permanent Residents*) e não legalizados, sem cobertura. Esses dois grupos correspondem a aproximadamente 27% do total de pessoas sem seguro de saúde nos Estados Unidos (CAPPS; ROSEMBLUM; FIX, 2009).

Este paper tem, como pano de fundo, essa preocupação mais geral, ao tratar do tema saúde e imigração. Dito de outro modo, consideramos ser a equidade – subordinada às demandas sociais distributivas (RAWLS, 1971) – um dos pontos fundamentais nas discussões sobre políticas públicas para a crescente população de migrantes internacionais neste século. O Brasil faz parte desse cenário, possuindo 1.5 milhões de imigrantes recentes, documentados ou não (MARTES, 2009). De que modo o país está lidando com esta questão, que vem se destacando como um dos mais importantes problemas sociais deste século?

Visando contribuir para este debate, o objetivo desse trabalho é analisar a qualidade e o acesso à saúde de uma população específica: os imigrantes bolivianos residentes na cidade de São Paulo, a partir de sua própria perspectiva. Do ponto de vista institucional, não há nenhum tipo de restrição formal que impeça ou dificulte o acesso aos serviços públicos de saúde. Este acesso é garantido a todos, pela constituição brasileira e pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Veremos, contudo, que a existência da lei não é suficiente para se alcançar equidade. Observa-se que também na Bolívia, país de origem dos imigrantes desta pesquisa, o acesso à saúde passou a ser universal em 2009, não obstante ainda permaneça restrito.

O acesso à saúde no Brasil, assim como a qualidade dos serviços públicos prestados à população, tem sido uma das principais dificuldades com que sucessivos governos federais vêm se defrontando, há décadas. Surpreendentemente, contudo, nossos entrevistados se manifestaram satisfeitos com o atendimento do SUS em São Paulo. A questão fundamental passa a ser, portanto, compreender os motivos pelos quais os imigrantes bolivianos expressam tal apreciação positiva sobre o atendimento que aqui recebem, ainda que os índices de satisfação dos brasileiros apontem em outra direção. Dados mais recentes do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA) mostram, por exemplo, que o atendimento nos Centros/Postos de Saúde receberam as seguintes avaliações: 31,1% consideram ruim ou muito ruim, 24,1% regular e 44,9% muito bom ou bom. Os serviços de urgência e emergência foram avaliados por 48,1% como muito bom ou bom, 20,5% regular e 31,4% muito ruim ou ruim (IPEA, 2011). Nesse cenário, a avaliação positiva dos imigrantes bolivianos, só pode ser compreendida se considerada sua condição de imigrantes de primeira geração e, portanto, a tendência que tem de adotar uma perspectiva comparativa para avaliar as condições disponíveis no país receptor e de origem. De modo complementar, reconstruirmos, por meio da análise de entrevistas, as necessidades que eles consideram ter e as respostas que conseguem obter no atendimento prestado pelo SUS.

O *paper* está organizado em quatro sessões. Primeiramente analisamos como a literatura recente tem problematizado o tema direitos sociais - especialmente o acesso à saúde – no atual contexto de intensificação das migrações internacionais. Em seguida, apresentaremos a metodologia utilizada. A contextualização da pesquisa é apresentada na

seqüência, delineando os principais componentes institucionais da organização da área da saúde nos dois países e um conjunto sistematizado de dados macro sociais comparativos entre Brasil e Bolívia. Na seqüência, discutimos o acesso dos imigrantes bolivianos à saúde em São Paulo e a análise das entrevistas, contemplando os pontos mencionados no parágrafo acima. Nas considerações finais discutimos em que medida as experiências relatadas reafirmam ou não as principais teses apresentadas na literatura sobre imigração e saúde, à luz dos achados da pesquisa de campo.

Direitos sociais e migrações internacionais

Os Estados receptores devem se responsabilizar por garantir direitos sociais básicos aos imigrantes como, por exemplo, acesso à saúde? Amartya Sen e Bernardo Kliksberg (2007) demonstram a importância primordial da saúde para que um indivíduo possa usufruir plenamente de todas as suas capacidades. O argumento é simples: é preciso que estejamos vivos e saudáveis para que possamos produzir, exercer cidadania e usufruir das liberdades que nos permitem alcançar um desenvolvimento pessoal pleno. Se estivermos doentes, ou não desfrutarmos da nossa melhor forma física e mental, nossas capacidades (*capabilities*) deixarão de ser plenamente aproveitáveis (SEN, 2007).

Apesar de simples, o argumento parece não ser óbvio. Primeiro porque se trata de um objetivo difícil de ser alcançado pelas políticas públicas, seja por conta do volume de recursos humanos, técnicos e econômicos necessários, seja porque não se trata apenas de garantir o acesso ou estabelecer dispositivos constitucionais que o “garanta” na forma da lei. Se, de um lado, movimentos sociais que atuam internacionalmente têm tido relativo sucesso quando tentam expandir a defesa do acesso universal à saúde, transformando a saúde em direito fundamental, por outro, em várias partes do mundo constata-se que as políticas públicas não promoveram, efetivamente, a saúde enquanto direito de todos, independentemente da classe social, raça e etnicidade, origem nacional ou ainda do status legal de trabalho e residência.

Mesmo do ponto de vista mais formal, analisando-se as leis de migração, é possível observar que as políticas adotadas dificilmente caminham nessa direção. Em geral, muitos direitos sociais consagrados (participação política, acesso à saúde, direitos trabalhistas) estão reservados apenas aos nacionais. Segundo Benhabib (2007), a ordem internacional está baseada em dois princípios em constante tensão: (1) todo homem deve ter direitos simplesmente por ser humano (“nenhum ser humano é ilegal”) o que significa que tais direitos não dependem da concessão de cidadania de nenhum Estado específico¹ e (2) Estados devem ter direitos de estabelecer suas próprias regras de associação política (cidadania) e de se defender contra aqueles que possam ameaçar sua soberania. Essa tensão se expressa basicamente na existência simultânea de dois diferentes tipos de direito, que sustentam os ordenamentos jurídicos da ordem internacional: os direitos humanos, que não deveriam depender de cidadania, e direitos civis, que são privilégios concedidos a cidadãos. Tal tensão é considerada por Benhabib como uma das causas dos dilemas que a sociedade internacional enfrenta ao lidar com refugiados, asilados políticos, imigrantes internacionais legais ou não.

Fora do âmbito da discussão jurídico-filosófica, o debate em torno dos direitos dos imigrantes não é menos polêmico. Cientistas sociais têm se deparado diante de duas abordagens, cujos fundamentos metodológicos e ontológicos são dispares. A primeira, chamada neoclássica, trabalha com os modelos da teoria econômica, e a segunda, mais utilizada por sociólogos e antropólogos, recorre a métodos, conceitos e teorias destas duas áreas do conhecimento. Autores de afiliação neoclássica (BORJAS, 1990;) concebem a imigração como um processo exógeno, em que indivíduos fazem uma escolha racional, balanceando custos e benefícios advindos da decisão de permanecer ou emigrar. A opção pela segunda alternativa decorre do cálculo individual, isto é, emigram aqueles que concluem que a emigração possibilitará a obtenção de maiores benefícios. Tomada como opção individual,

as responsabilidades dela advindas devem ser, igualmente, individuais. Os países receptores, portanto, não teriam nenhuma responsabilidade em acomodá-los, prover serviços ou proteger seus direitos. Dentro desse quadro, a única ação que caberia aos Estados para enfrentar problemas decorrentes dos fluxos migratórios, seria a de recorrer ao fechamento e controle das fronteiras, para prevenir as conseqüências negativas desse processo, sem possibilidade de gestão ou de construção de uma agenda pública positiva (SASSEN, 1999).

Outros autores, no entanto, entendem que os fluxos migratórios são condicionados pelo próprio funcionamento dos sistemas econômicos dos países receptores (PIORE, 1979; SASSEN, 1988; PORTES, 1995). Saskia Sassen (1999) analisa o histórico europeu dos processos de migração internacional, desconstruindo antigas noções ainda usadas para explicar as imigrações contemporâneas e a idéia de que haja, atualmente, o risco iminente de uma “invasão em massa” de migrantes egressos dos países mais pobres em direção ao norte, rico e globalizado. Como parte desses equívocos, Sassen propõe a substituição da concepção que afirma serem os fluxos migratórios apenas problemas sociais, advindos do desequilíbrio econômico entre nações, pela idéia de que as migrações contemporâneas são fenômenos sócio-políticos, e não apenas econômicos, e que devem, portanto, ser geridos pelos Estados

As migrações internacionais obedecem a certos padrões e regularidades e os fluxos migratórios estão, em geral, circunscritos a determinadas áreas geográficas e períodos históricos. Não são todas as pessoas que desejam deixar seus países. Pelo contrário, a grande maioria prefere permanecer onde estão suas raízes culturais, relacionamentos sociais e valores. A autora ressalta que, apesar dos fluxos migratórios se estabelecerem em contextos de desigualdade entre países, esta não é a única razão para que tais processos ocorram. Eles são reforçados por outros fatores, como formas de recrutamento organizadas, laços coloniais, influências/subordinação culturais, o aumento dos fluxos econômicos entre fronteiras liderados por empresas privadas, ou seja, o fluxo internacional de investimentos diretos produtivos (SASSEN, 1988) e a existência de redes transnacionais de relacionamentos (TILLY, 1990). A imigração deve ser analisada, segundo Sassen, de forma transnacional, ou seja, como parte de um contexto em que processos econômicos, políticos e sociais integram diferentes países em um sistema global. Isso significa que os países receptores desempenham um papel fundamental na deflagração e manutenção dos fluxos migratórios e, por conseguinte, devem se responsabilizar por desenvolver políticas com o propósito de gerir os fluxos, protegendo os direitos humanos e sociais básicos dos migrantes.

Caminhando nessa direção, várias pesquisas têm sido realizadas, tanto no sentido de justificar normativamente quanto de levantar dados empíricos, tendo-se em vista debater e conhecer a situação dos imigrantes frente às políticas sociais, particularmente nos Estados Unidos, Canadá e Europa (BENHABIB, 2007; CAPPS; ROSEMBLUM; FIX, 2009; ROMERO-ORTUÑO, 2004; CORTÉS, 2010;).

Utilizando-se da abordagem sociológica, e criticando diretamente os neoclássicos, Portes, Kyle e Eaton (1992) ressaltam que, diferentemente das pesquisas sobre padrões de acesso e uso dos sistemas de saúde com foco no indivíduo, deve-se também reconhecer a relevância de fatores contextuais, presentes tanto nos locais de origem, quanto nas estruturas de incorporação dos imigrantes no país de recepção. Esses autores propõem um aperfeiçoamento do modelo construído por Aday e Andersen (1974) que definem dois fatores, inter-relacionados, que mais afetam as escolhas e o uso de tratamentos formais de saúde: (1) fatores pré-existent à emigração, tais como sexo, idade e raça; e (2) fatores presentes no país receptor, que denominam “possibilitadores” (*enabling factors*), tais como a existência de locais de atendimento acessíveis, informações sobre o sistema de saúde, renda, propriedade ou não de seguro.

De acordo com Portes, Kyle e Eaton (1992), o contexto de saída impacta, sobretudo, nos fatores pré-existent. O fato de o migrante ter origem urbana ou rural, por exemplo, pode

influir na apreciação sobre a necessidade médica em si, ou como bem lembram Leclere, Jensen e Biddlecom (1994), na percepção de necessidade médica, que é determinada não somente pela presença da doença, mas pela percepção cultural que dela se faz.

O contexto do país receptor impacta, por sua vez, sobre o segundo fator. A presença de uma comunidade co-étnica, o apoio dos parentes já na chegada, a etnia dos colegas de trabalho e de supervisores podem influenciar o acesso às redes de tratamentos formais e informais. Além disso, a percepção da própria sociedade receptora quanto à existência de comunidades imigrantes, que são muitas vezes invisíveis para os nativos, pode facilitar ou não a utilização dos tratamentos de saúde.

Leclere, Jensen e Biddlecom (1994) ressaltam, ainda, que também níveis educacionais mais elevados assim como o aprendizado da língua do país receptor são facilitadores na percepção de necessidades médicas e na busca por tratamentos formais de saúde. Por fim, o tempo de residência no país receptor afeta de forma ambígua seu acesso ao sistema de saúde: Isto é, por mais que se faça uso de tratamentos preventivos, não se reduz o *gap* entre os padrões de utilização da população nativa e o da população imigrante. Na relação entre tempo de residência e utilização de serviços de saúde formais, a variável status legal possui grande influência. Imigrantes ilegais, independente se seu nível de escolaridade, lugar de origem ou duração de residência tinham menor probabilidade em utilizar os serviços de saúde formais, a não ser em casos de emergência. (LECLERE, JENSEN e BIDDLECOM,1994).

Em geral, os autores acentuam que o perfil sócio-demográfico da população migrante ajuda a explicar a baixa utilização dos sistemas públicos de saúde, já que os imigrantes são predominantemente jovens saudáveis em idade economicamente ativa, por mais que a imigração altere hábitos que afetam saúde e bem-estar. Entre outros fatores, isso pode ser explicado pela seletividade dos fluxos migratórios e pelos controles de fronteira, que dificultam a entrada de imigrantes em piores condições de saúde. No entanto, mesmo quando necessário, o acesso é dificultado pela falta de conhecimento, recursos, ausência de tratamentos gratuitos, assim como por diferenças culturais relativas ao comportamento em relação à doenças e à necessidade de tratamentos (ANDERSON, 1986; COBB-CLARK 1991; HENDERSHOT, 1988 apud LECLERE, JENSEN e BIDDLECOM,1994).

Leclere, Jensen e Biddlecom (1994) destacam, ainda, o papel desempenhado pela família na forma de utilização dos serviços de saúde. Em primeiro lugar, a família é muitas vezes responsável pelos recursos financeiros necessários para financiar os tratamentos de saúde. Além disso, as crianças são socializadas dentro de padrões muito específicos de cuidados com doenças e procura de tratamentos, mediados pelas famílias. Por fim, indivíduos utilizam conselhos, informações e ajuda de parentes para tomar suas decisões sobre tratamentos de saúde. No caso dos imigrantes, as famílias têm um papel ainda mais relevante, já que mediam o acesso às redes informais de cuidados, de informações e ou referências. Para os autores, a família atua como facilitadora nos diversos tipos de tratamento à saúde, por vezes substituindo os tratamentos formais, ao indicar tratamentos “culturais” alternativos à intervenção médica. O contexto familiar seria, nesse sentido, “um intermediário no processo de adaptação” (LECLERE, JENSEN e BIDDLECOM,1994: 373).

Existem poucos trabalhos que abordam o acesso à saúde pelos imigrantes bolivianos no Brasil. Trabalhos anteriores, como Silva (1997), afirmavam que os imigrantes bolivianos que trabalham em oficinas de costura estão “desprovidos de qualquer atendimento médico” (SILVA, 1997: 131). As causas apontadas são o desconhecimento da língua, a falta de documentação e a qualidade do atendimento. Diante disso, os bolivianos se auto-medicam e utilizam de remédios caseiros, o que em alguns casos acaba agravando as doenças. Waldman (2010), contudo, verificou que a grande maioria de bolivianos entrevistados em sua pesquisa já havia acessado o SUS. Apesar de não avaliar esse acesso, situações de desrespeito para com as imigrantes foram pouco citadas. Xavier (2010), por sua vez, encontrou importantes achados

quanto o papel da saúde em geral, e do Programa Saúde na Família, em particular, na ao pesquisar o processo de integração dos imigrantes em São Paulo. Os agentes de saúde mostraram-se atores fundamentais nesse processo, aproximando imigrantes das UBS e promovendo ações preventivas de saúde. A própria sede da UBS é um importante espaço de convívio entre os imigrantes e os brasileiros. Além disso, a autora aborda a importância da carteira de registro no SUS, tido como o primeiro documento brasileiro recebido pelos imigrantes, e utilizado por muitos para comprovar a presença em território nacional para obtenção de anistia para os não documentados. Finalmente, Silva (2009) analisa a interação entre profissionais das UBSs e imigrantes no PSF (unidades mistas). A autora reconstituiu a percepção do estrangeiro entre os profissionais, que, em alguns casos, pode levar a situações discriminatórias. De forma semelhante a Waldman (2010) e Xavier (2010), o acesso ao sistema de saúde não é visto como um problema, e a autora chega a confirmar os achados de Xavier (2010) quanto ao papel das UBSs no processo de integração dos bolivianos adultos.

Metodologia

Este artigo está baseado em uma pesquisa qualitativa com imigrantes bolivianos de primeira geração que residem e trabalham na cidade de São Paulo, com o objetivo de compreender como essa população acessa e qualifica os serviços de saúde da cidade.

Os imigrantes bolivianos foram escolhidos por comporem o maior contingente de imigrantes recentes no Brasil, além de ser também o que mais cresce. O ciclo migratório se iniciou na década de 1950, com jovens de classe média que vinham para estudar. Porém, a partir da década de 1990 esse processo se massificou, sendo hoje destacado nos deslocamentos populacionais latino-americanos (MARTES, 2009). O Censo de 2000 apontou a existência de 8.910 bolivianos no Brasil. Xavier (2010) afirma, no entanto, existir uma tendência de subestimação, por parte do Censo, e de superestimação, por parte das entidades não governamentais e órgãos públicos, como o Ministério do Trabalho e o Ministério Público, que afirmam haver 200.000 bolivianos em território nacional. Considerado o país mais pobre da América do Sul, os bolivianos são atraídos para Brasil pela oferta de trabalho nas pequenas oficinas de confecção que movimentam o setor de moda popular em São Paulo.

Tomamos como principal fonte de coleta de dados as entrevistas, que foram registradas de acordo com um roteiro semi-estruturado e utilizado com flexibilidade. A maior parte delas foi realizada em espanhol, já que muitos entrevistados não falavam português ou não se sentiam a vontade para se expressar nesse idioma.

Optamos pelas entrevistas em profundidade e não por um *survey* com amostra probabilística, porque nos interessava conhecer e analisar o quadro geral das referências culturais utilizadas pelos entrevistados, o qual, de fato pôde ser confirmado, na análise das entrevistas, como um importante recurso de sustentação e justificação das opiniões que emitiram. Foram realizadas vinte e seis entrevistas em profundidade, com bolivianos com idade acima de 20 anos. As entrevistas ocorreram entre final de setembro e início de outubro de 2010, em vários locais, sendo que a seleção dos entrevistados foi inicialmente randômica, não tendo havido nenhuma restrição quanto a sexo, idade, situação legal ou tempo de permanência na cidade. Porém, no decorrer das entrevistas, decidimos entrevistar mais mulheres do que homens, pelos motivos esclarecidos mais abaixo.

O local de realização da maior parte das entrevistas (74%) foi a Unidade Consular Avanzada, do Consulado Geral da Bolívia em São Paulo, localizada no Bairro do Bresser, região que concentra a população boliviana na cidade. É possível que isso tenha excluído aqueles imigrantes que já estejam documentados, ou que não estejam em processo de regularização. Para evitar qualquer viés nesse sentido, buscamos realizar também algumas entrevistas na Praça Kantuta, localizada no Bairro do Pari, um tradicional local de socialização desta comunidade em São Paulo. A análise das entrevistas realizadas nesta praça

nos levou a resultados bastante parecidos aos encontrados nas entrevistas realizadas na Unidade Consular. Apesar desse esforço, estamos cientes de que podemos não ter tido acesso aos imigrantes que se encontram em situação mais vulnerável. Parte da literatura da área (SILVA, 2006; AZEVEDO, 2005) relata casos de imigrantes que são impedidos de sair de seus locais de trabalho, sendo obrigados a trabalhar por salários muito baixos ou mesmo em troca de comida e aluguel, o que chega a ser considerado como uma situação análoga ao trabalho escravo. O acesso a esses imigrantes, dada essa condição, é bastante difícil.

A transcrição das entrevistas, com cerca de 20 minutos de duração em média, foi feita juntamente com a tradução para o português. O roteiro das entrevistas contemplou seis blocos de questões: (1) perfil dos entrevistados; (2) razões da imigração, rotina em São Paulo, mudanças provocadas pela imigração; (3) acesso à saúde no Brasil; (4) comparação com acesso à saúde na Bolívia; (5) direitos e percepção da cidadania. Neste artigo apresentamos apenas parte do material coletado, tendo em vista os objetivos inicialmente definidos.

Perfil dos entrevistados

Dentre os vinte e seis bolivianos entrevistados, 74% eram mulheres e 26%, homens². A maioria dos entrevistados (65%) se encontrava na faixa etária dos 20 a 30 anos, mostrando-se bastante jovem e em idade produtiva.

Tal como constatado por Xavier (2010), mas diferentemente do que era apontado até então pela literatura brasileira, a maior parte dos bolivianos residentes em São Paulo não é de origem rural. Também na nossa pesquisa, 78% dos entrevistados vieram da cidade de La Paz, sendo o restante de Sucre, Oruro, Cochabamba, El Alto.

Observa-se que 23% dos entrevistados moravam em São Paulo há no mínimo 2 anos, 41% moravam em São Paulo de 3 a 5 anos, 18% de 6 a 10 anos, 14% de 11 a 15 anos e apenas 5% a mais de 16 anos. Esses dados são também compatíveis com os de XAVIER (2010), evidenciando a intensificação recente do fluxo migratório em direção ao Brasil.

Dentre os entrevistados, 70% eram casados, 17% solteiros e 13% separados. Do total, 26% tinham um filho, 9% dois filhos, 17% três filhos, 22% mais que três filhos e 26% não tinham filhos. Dos entrevistados que tinham filhos, 63% tinham ao menos um filho brasileiro, e 75% desses filhos moravam no Brasil com os pais.

Do total, 70% atuam profissionalmente na indústria de confecção, como costureiros, 17% são vendedores, 4% donos de oficinas de costura, e 9%, o que equivale a duas entrevistadas, exercem outras atividades, uma delas estando ligada à atividade nas oficinas de costura, onde era cozinheira. Aproximadamente 48% dos entrevistados terminaram o ensino médio, 17% tinham o ensino médio incompleto, 17% não haviam completado o ensino fundamental e 9% não complementaram o ensino superior. Apenas 1 entrevistado nunca havia estudado. Cerca de 61% dos entrevistados moravam no mesmo local de seu trabalho.

Quando questionados sobre os motivos que os trouxeram para o Brasil, 83% afirmaram que vieram para trabalhar e/ou economizar dinheiro e 17% para ajudar filhos que já estavam vivendo no Brasil. Do total, 43% pretendem voltar a viver na Bolívia, 35% pretendem ficar no Brasil e 22% não responderam a questão.

Este perfil não é surpreendente. Ao contrário, ele é bastante próximo tanto do perfil atual dos emigrantes, quanto dos imigrantes que aqui chegam (MARTES, 2009; OIM, 2010). Ele também está de acordo com alguns dados recolhidos pelo Censo brasileiro de 2000, que registram que 32,3% dos bolivianos residentes no país têm de 15 a 29 anos e 38,7% de 30 a 40 anos. Registram também a existência de um equilíbrio entre solteiros e casados e entre a proporção de homens e mulheres, que não coincide com nossos entrevistados, pelos motivos já mencionados.

As condições de saúde nas duas pontas do fluxo

Para se compreender os principais achados dessa pesquisa é necessário, antes de tudo, contextualizá-los, ou seja, analisá-los à luz do quadro geral das condições de saúde existentes nas duas pontas do fluxo migratório.

Apesar de a nova Carta Constitucional da Bolívia, aprovada por referendo constituinte em 2009, prever em seu artigo 18º que todas as pessoas têm direito à saúde e que “o sistema único de Saúde será universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, com qualidade”, tais definições ainda estão em fase de implementação. A realidade relatada por nossos entrevistados é que faltam hospitais, as filas são longas e os tratamentos são, em geral, pagos e caros. Nas palavras de uma entrevistada “com dinheiro você pode fazer consultas, se você faz um tratamento também te cobram, te cobram por tudo. Se você tem dinheiro na Bolívia você se cura. Os que não têm dinheiro se agüentam...nada mais” (mulher, 27 anos, chegou ao Brasil em 1998).

O Plano Nacional de desenvolvimento do atual governo boliviano afirma que o Estado tem uma dívida social sanitária acumulada desde a colônia e agravada nos últimos vinte anos. Políticas de saúde neoliberais aplicadas na década de 1990 teriam promovido “a privatização do setor, a mercantilização dos serviços de saúde e uma cultura individualista da saúde”. Este mesmo documento afirma que tais políticas acabaram produzindo grandes diferenças entre os atendimentos urbano e rural, indígenas e não indígenas e de gênero. (MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTE, 2006)

Atualmente o sistema de saúde boliviano se organiza em quatro subsetores: público, de seguros sociais, privados e de medicina tradicional. Segundo relatório da OMS/OPS (2004), há fragmentação e segmentação no sistema, já que dentro dos seguros sociais existem muitos entes gestores e acabam gerando desigualdades no acesso ao sistema e serviços de saúde. Cerca de 27% da população boliviana está coberta pelo sistema de seguros social de curto prazo (*seguridad social* voltada à saúde), apenas disponível àqueles que têm empregos formais. Cerca de 30% da população está assegurada publicamente, pelo Ministerio de Salud y Deportes. Este seguro está aberto para a população que não está assegurada pela *seguridad social a corto prazo*. No entanto, é preciso pagar pelos custos de operação do estabelecimento de saúde, ficando a cargo do Estado os custos com recursos humanos. Apenas 10% da população utiliza o setor privado, ou os serviços que possuem algum tipo de subsídio governamental, como é o caso de instituições não governamentais ou religiosas. Aproximadamente 30% da população não têm nenhum tipo de acesso aos serviços de saúde, excetuando-se a prática da medicina tradicional. Esta situação de total carência e precariedade ajuda a entender os dados expostos na Tabela 1.

Ainda, dentro dos dois primeiros subsetores (*seguridad social e público*) estão disponíveis seguros totalmente gratuitos, voltados a alguns públicos, como mulheres grávidas e crianças de até cinco anos e idosos (OMS/OPS 2004; MEDINA, 2008). Ainda assim, tal como a Tabela 1 deixa claro, os indicadores sociais relativos a esses segmentos demonstram enorme precariedade.

No Brasil, o direito à saúde é universal e assegurado pela Constituição Federal que, em seu artigo 196 afirma: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros tipos de agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Assim, toda e qualquer pessoa, independente de sua nacionalidade, pode ter acesso ao SUS. Em geral, solicita-se um cadastramento prévio, que pode ser realizado facilmente, pois tem apenas um único requisito: o comprovante de residência. Tal documento é popularmente chamado de “carteirinha do SUS” e é extremamente valorizado pelos imigrantes, especialmente quando recém chegados.

Com a chegada de novos imigrantes no Brasil, o governo federal e o município de São Paulo têm criado programas específicos para lidar com essa população. Dentre as ações do

governo federal destaca-se a criação do Sistema Integrado de Saúde nas fronteiras (SIS fronteiras), coordenado pela Secretaria Executiva do Ministério da Saúde do Brasil. Criado no âmbito do MERCOSUL, em 1996, o SIS Fronteiras tem como objetivo contribuir para o fortalecimento e a organização dos sistemas locais de saúde dos municípios fronteiriços, o que pode incluir o aumento de recursos repassados e o acesso a programas voltados a áreas específicas, como combate à AIDS, de acordo com as necessidades apontadas pelos municípios. Atualmente, o governo federal já firmou convênios com todos os municípios fronteiriços brasileiros. Se hoje existe um compromisso do governo federal, traduzido em ações concretas, de possibilitar o acesso universal à saúde nessas áreas, Carlos Felipe D'Oliveira, do Ministério da Saúde, adverte que, na medida em que esta população aumenta, e que começa a utilizar mais procedimentos de alta complexidade, com maior impacto no orçamento dos municípios, os gestores locais passam a cobrar maior financiamento por parte do governo federal, o que pode gerar questionamentos (MARTES e SPRANDEL: 2008).

Exclusivamente no âmbito local, destacam-se iniciativas propostas pela Secretaria Municipal de Saúde da cidade de São Paulo, apoiadas por gestores dos hospitais, de UBSs e da burocracia de nível de rua, que passam a observar o aumento da população migrante e suas dificuldades de interação, advindas das especificidades culturais.

No ano de 2003, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS-SP) foi surpreendida com o crescimento do índice de tuberculose e HIV nas regiões em que os bolivianos se concentram (BATAIERO, 2009; XAVIER, 2010; SILVA, 2009). É interessante notar que as primeiras ações realizadas pela prefeitura foram impulsionadas pela necessidade de se agir sobre doenças endêmicas, de difícil tratamento, e que poderiam contaminar a população da cidade. Para Xavier (2010), essa questão acabou dando “maior visibilidade pública à presença desses migrantes na cidade, ainda que de maneira denunciativa e pouco problematizadora.” (XAVIER, 2010: 194).

A partir de tal constatação, a SMS-SP e a Coordenação de Vigilância em Saúde da Cidade de São Paulo - COVISA, em conjunto com organizações não governamentais, propuseram algumas ações, como por exemplo: a) elaboração de material de esclarecimento sobre prevenção a AIDS e tuberculose, em espanhol; b) revisão dos pré-requisitos para atendimento nas UBSs, como por exemplo, a necessidade de apresentação de documentos que comprovem residência, nas áreas onde se concentram os imigrantes; c) implementação de estratégias, pelo Programa Saúde da Família (PSF), capazes de aproximar os bolivianos das UBSs; d) contratação de profissionais bolivianos para trabalharem nas UBS; f) oferta de cursos de espanhol e sobre cultura boliviana para profissionais das UBS (SILVA, 2009). Por outro lado, ações espontâneas surgiram dentre os burocratas de nível de rua, ou seja, os atendentes, médicos, enfermeiras e gestores dos hospitais das regiões em que se concentram a maior parte dos imigrantes. Um exemplo é o Hospital Maternidade Estadual Leonor Mendes de Barros, que ofereceu cursos de espanhol e aymara (língua indígena boliviana) à equipe de funcionários, assim como palestras sobre a cultura e costumes bolivianos.

De um lado, não há barreiras institucionalizadas para o acesso aos serviços de saúde e, de outro, em alguns locais estão sendo desenvolvidas ações voltadas especificamente para imigrantes. Não por acaso nossos entrevistados manifestaram alta aprovação sobre o acesso e qualidade dos serviços de saúde no Brasil. Por mais que existam reclamações pontuais sobre as dificuldades de se entender as orientações médicas ou de alguns relatos sobre discriminação – para citarmos dois exemplos -- de modo global os serviços são bem avaliados, bem como a disponibilidade de remédios gratuitos e a possibilidade de se realizar consultas ou tratamentos preventivos de forma gratuita.

A Tabela 1 traz uma síntese de alguns dos principais indicadores sociais em ambos os países, que se tornam especialmente relevantes quando se considera que as entrevistas que

realizamos tendem a confirmar a adoção de uma perspectiva comparativa entre o atendimento recebido no país de destino e no país receptor.

Tabela 1- Indicadores sociais Brasil – Bolívia

Indicadores	Brasil	Bolívia
PNB per capita (em 2010)	\$10.900,00	\$4.800,00
Expectativa de vida ao nascer, 2011 (em anos)	72,53	67,7
Taxa de mortalidade infantil de crianças menores de 5 anos de idade (em 2006) – a cada 1000 nascidas vivas	20	61
Taxa de mortalidade maternal (para cada 100 mil nascidos vivos)	74,7 (em 2005)	229 (em 2003)
Taxas de cuidados básicos pré-natais por pessoas medicamente treinadas (média)	85,6	65,1
Taxas de partos assistidos por pessoas medicamente treinadas (média) Dados de 2002	87,7	56,7
Cobertura completa de imunização -vacinação (média)	72,5	25,5
População com acesso (em %) a fontes limpas de água (2006)	91 (97 urbano e 58 rural)	86 (96 urbano, 69 rural)
População com acesso (em %) a saneamento básico (2006)	77 (84 urbano e 37 rural)	43 (54 urbano e 22 rural)

Fonte: Elaboração própria a partir das fontes: CIA World Fact book; OPAS, Situación de Salud en las Americas: Indicadores Básicos (2008) *apud* KLIKSBURG, 2007; e Banco Mundial (2004) *apud* KLIKSBURG, 2007

Diante das informações da Tabela 1, encontramos mais elementos para compreender os motivos pelos quais assepsia, ordem de grandeza e valores estéticos são as referências mais marcantes e freqüentes, de que os entrevistados dispõem ao compararem a Bolívia, principalmente La Paz, cidade que se origina a maior parte dos entrevistados e Brasil, mais especificamente São Paulo, a cidade que os recebe. Enquanto São Paulo é sexta cidade mais populosa do mundo, com 11.244.369 habitantes, La Paz tem 2.087.597 de habitantes.

Mencionado sempre a partir de uma perspectiva comparativa, o Brasil é lembrado como sendo “mais limpo”, “maior” e “mais bonito” em relação à Bolívia. Menções sobre a falta de higiene nos “mercados”, “sujar o pé de barro” quando é preciso comprar alguma coisa, “falta de higiene nas ruas”, ou ainda dificuldade de acesso, escassez e preços mais altos para se ter saúde, são alusões recorrentes, usadas para explicar as condições de vida que deixaram para trás. Paralelamente, visitas ao jardim zoológico, a existência de muitos parques e edifícios altos, além da existência do metrô são as lembranças usadas como uma espécie de contraponto quando se referem à beleza, ao tamanho e à modernidade da cidade de São Paulo.

A maioria dos entrevistados considera que a vida é melhor no Brasil sendo que, poder usufruir de bens de consumo público, seja coletivo ou privado, é uma importante variável para efeitos de comparação. Contudo, aqui é preciso certa cautela, a violência aparece como grande diferencial entre os dois países.

A discriminação, como experiência pessoal relatada, decorre, segundo os entrevistados, não apenas da origem nacional, mas também da origem étnica: “somos discriminados por sermos índios, aqui e na Bolívia.” O entrevistado diz, a seguir, que já morou na Argentina e que lá era ainda pior (sexo masculino, 53 anos, natural de La Paz, está imigrando pela terceira vez para o Brasil).

O acesso à saúde e a qualidade do atendimento em São Paulo

Antes de apresentarmos a análise das entrevistas sobre acesso à saúde na cidade de São Paulo, é importante identificar exatamente quais são os serviços utilizados pelos entrevistados e seus familiares.

Em primeiro lugar é preciso destacar que apenas um dos vinte e seis entrevistados não havia utilizado o sistema de saúde brasileiro e/ou acompanhado algum membro de seu núcleo familiar para utilizá-lo³. Quanto aos serviços efetivamente já utilizados, 65% dos entrevistados já haviam realizado alguma consulta com médico especialista; 30% nunca haviam utilizado os serviços de consulta com especialistas. Observa-se que os serviços de saúde mais utilizados são: vacinação, pediatria e parto. Apenas quatro dos entrevistados utilizaram atendimento odontológico. As mulheres, especialmente quando grávidas, freqüentam mais os postos de saúde, assim como bebês e crianças. Os homens conhecem menos, porque cabe à mãe os cuidados de saúde com relação aos filhos.

Adicionalmente, 61% dos entrevistados já haviam utilizado dos serviços de imunização, seja para eles ou para os filhos. Quando para eles, a vacina aplicada foi contra o vírus H1N1, dentro da ampla campanha promovida pelo governo federal para imunizar a população. Apenas 17% haviam recorrido a serviços de planejamento familiar e, surpreendentemente, 39% das entrevistadas mulheres havia sido internada em um hospital público, especialmente para a realização do parto. Uma entrevistada foi operada para a retirada do apêndice.

Os entrevistados acessaram serviços disponíveis em todos os níveis de atenção à saúde, a saber: (1) o nível primário, ou atenção básica, que constitui “a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde”⁴; (2) o nível secundário, que incorpora os centros de especialidades, responsáveis por procedimentos que precisam de internação; e (3) o nível terciário, que é composto pelos hospitais de referência, onde são realizados os procedimentos de alta complexidade. Na Figura 1 estão registrados todos os procedimentos realizados por nossos entrevistados ou parentes do núcleo familiar, conforme nível de atenção.

Figura 1. Serviços utilizados pelos entrevistados e familiares no Brasil, por nível de atenção

Atenção primária	Atenção secundária	Atenção terciária
<ul style="list-style-type: none"> - pré-natal; - atendimento ambulatorial; - vacinação; - consultas no pediatra; - consulta no cardiologista; - consulta no endocrinologista; - consultas no ginecologista; - consulta no endocrinologista; - consulta no ortopedista; - tratamento de infecção urinária; - tratamento dermatológico contra alergia - tratamento contra problema nos rins; - tratamento contra alergias para filho; - tratamento para depressão; - tratamento para dor de dente; 	<ul style="list-style-type: none"> - parto normal; - parto cesariana; - operação para retirada do apêndice; - operação no pé; - tratamento para engravidar; 	<ul style="list-style-type: none"> - cirurgia neo-natal no coração;

Fonte: Elaboração própria a partir da análise das entrevistas.

Mencionamos anteriormente, os pontos de comparação que os entrevistados estabelecem entre o Brasil e a Bolívia. Observa-se que, de modo análogo, foram realizadas comparações mais específicas sobre a situação da saúde nos dois países, especialmente em termos de assepsia, ordem de grandeza, e organização do sistema de saúde pública. Ressentem-se de que na Bolívia as mães não são informadas sobre a possibilidade de contaminar os filhos e, assim, crianças nascem e crescem sem vacinação. Já no Brasil, além de ter uma rede hospitalar maior e melhor equipada, é também maior o número de postos de atendimento à saúde⁵. Os hospitais públicos são bem avaliados no Brasil porque dispõem de mais recursos tecnológicos para diagnósticos e tratamentos, além das modalidades de atendimento mais diversificadas e especializadas, inclusive alta complexidade e, mais importante, são gratuitos. De acordo com uma entrevista, “Eu trabalhava nas minas e lá não havia postos, hospitais. De vez em quando enviam médicos de La Paz, mas não abastecia” (homem de 49 anos, natural de La Paz, reside há 3 anos em São Paulo). Uma outra entrevistada complementa, “Como eu trabalhei no cenário da saúde lá na Bolívia, posso te dizer, lá, por mais que você tenha estudado uma coisa, você não tem possibilidades, não tem instrumentos. Então de nada te serve que tenha estudo. Como vai fazer uma tomografia? Uma radiografia? Por mais que te enviem a uma clínica, os instrumentos são todos obsoletos. Uma vez eu fui a um hospital aqui e é tudo lindo. Têm todos os instrumentos: a tomografia... as salas equipadas.” (Mulher de 37 anos, originária de La Paz, reside há 4 anos em São Paulo).

Quando estabelecem comparações, as condições de saúde que desfrutam no Brasil parecem mais vantajosas. Apenas uma entrevistada disse que a saúde na Bolívia é melhor, porque aqui é “muito lento”.

O ponto mais valorizado é a gratuidade do atendimento e serviços. Distribuição gratuita de medicamentos, programas de vacinação, especialmente de crianças e a vacina contra a gripe, inclusive para adultos (campanha para imunização contra o vírus da gripe H1N1). As entrevistas ressaltam e valorizam a facilidade na obtenção de medicamentos sem se ter que pagar por eles. Este item se soma à forma como os partos são realizados no Brasil, assim como os exames pré-natais.

Perguntamos se os entrevistados seguiam os tipos de tratamento médico com que foram criados na Bolívia, e a menção aos chás e outros tipos de “remédios caseiros” aparecem claramente como um traço de continuidade cultural. Chás são mencionados para tratar casos de cólicas e para dores “na Bolívia todos tomam”. Dentre os chás citados, destacam-se: mate, eucalipto, orégano, erva doce, menta chinesa, unha de gato, alho, casca de laranja, camomila e erva doce e, evidentemente, a coca. Observa-se que, quando adquiridos nas feiras ou comércio étnico boliviano, estes produtos são avaliados como “muito caros”. Para doenças consideradas leves, tais como gripes e resfriados, segue-se a regra de se tomar chás e remédios caseiros, para ver se saram em poucos dias e, caso contrário, procuram postos ou hospitais públicos.

Alguns mencionam os “remédios naturais”. Segundo um dos entrevistados, “Na Bolívia se utiliza mais remédios naturais... leite de burro (sic), por exemplo, é bom para o pulmão” (Homem de 53 anos, originário de La Paz, no Brasil há 8 anos). Outros produtos naturais são usados como remédio, por exemplo, o mel de abelha (para garganta), suco de laranja (para resfriado) e limão com mel (também para garganta). Uma entrevistada menciona usar batatas com vinagrete na testa quando está com febre, prática usual na Bolívia, segundo ela.

O remédio alopático mais citado é Dipirona que, segundo eles, é muito bom porque os ajuda a não sentir dor. Como se trata de um remédio que é distribuído gratuitamente, um entrevistado disse que o envia para a Bolívia, para aliviar a dor de seu pai doente.

Sem custo e sem dor

São marcantes os depoimentos com relação à preferência pelos tipos de parto realizados no Brasil, sejam eles normais ou cirúrgicos (cesarianas). Do total dos entrevistados, 11 mulheres, das 16 que declararam ter filhos, tiveram filhos em hospitais brasileiros.

Não ter que pagar, não sentir dor, maior segurança e menor sofrimento da mãe e da criança são os argumentos mencionados para expressarem a preferência pelo parto no Brasil.

“Ninguém na Bolívia faz parto de cesariana porque é mais caro. Temos que pagar e também pagamos pelo parto normal. Assim, a maioria prefere ter filhos em casa” (Mulher, 47 anos, oriunda de La Paz, a 5 anos vivendo em São Paulo). Todas preferem parto no Brasil porque, mesmo quando é normal, aplicam anestesia e, portanto, as mães não sentem dor. Essa relação é bastante enfatizada pelas imigrantes que tiveram filhos na Bolívia e no Brasil. Uma das entrevistadas relata que, em seus partos realizados na Bolívia, tanto ela como os bebês sofreram, pela falta de dinheiro para pagar por uma cesariana, que se fazia necessária. Em suas palavras: “Não queriam fazer cesariana porque eu não tinha dinheiro. Ai foi com forceps. Tiraram minha filha com uma ferida na cabeça. O segundo a mesma coisa, quebraram o bracinho de tanto puxar...” (Mulher de 36 anos, natural de Oruro, vive no Brasil há 13 anos) Outra entrevistada ressalta que, na Bolívia os partos acontecem com mais dor, já que não há anestesia “Na Bolívia é diferente, é parto normal, não leva nenhum corte, não colocam nenhum tipo de injeção, nada...a mulher tem que sofrer mesmo. Agora aqui eu tive minha filha, ela nasceu muito gordinha, quase com 5 kilos. Mas eles me aplicaram uma injeção. Nem vi que eu tinha ganhado nenê” (Sexo feminino, 30 anos, La Paz, 8 anos em São Paulo).

Poucos declararam fazer planejamento familiar, mas de forma surpreendente, e contrária ao que alguns estudos indicam (Silva, 1997) alguns bolivianos fazem uso de medicina preventiva, como no caso dos exames pré-natais e vacinação. Mas de forma geral, só vão aos postos quando sentem dor ou por algo pontual: alergia, infecção urinária, apendicite foram doenças que justificaram a ida ao médico, seja no posto ou no hospital.

Nesse sentido, é importante ressaltar o papel que poderia ser desempenhado pelo Programa Saúde da Família (PSF). Apesar de não abranger todo o território, quando implantado, ele representa um importante instrumento para a prevenção de doenças, pois os agentes comunitários de saúde examinam os bolivianos em suas casas e agendam consultas nos postos de saúde quando necessário, trazem os exames que ficam prontos e visitam a família mensalmente. Segundo Xavier (2010), os agentes comunitários de saúde acabam sendo importantes atores no processo de integração dos imigrantes com a sociedade. Em nossa pesquisa, dentre os 26 entrevistados, 6 participam do PSF e o gostavam muito dos cuidados recebidos dos agentes de saúde, cuja atuação chega a ultrapassar as atividades médicas, como demonstra essa entrevistada: “Até tem uma equipe do posto de saúde que passa na minha casa a cada mês. Eles são muito bons. Por exemplo, ano passado minha irmã teve uma gravidez perigosa, então vinham do posto de saúde até a nossa casa, para ver como ela estava. Depois que ela teve o filho, veio a enfermeira (...) e nos orientou em como tirar o documento (do filho), já que o pai não estava aqui, estava na Bolívia. Então nos ajudou muito”. (Mulher, 37 anos, de La Paz, há 8 anos em São Paulo)

Todos os entrevistados têm cartão do SUS, apesar de dizerem que podem ser atendidos apenas com a carteira de identidade da Bolívia. O cartão SUS desempenhou, inclusive, um papel importante na anistia concedida pelo Brasil aos imigrantes não documentados, em 2009. Para muitos bolivianos, este era o único documento brasileiro que tinham, e acabou sendo utilizado para comprovar a chegada e permanência no Brasil. Observa-se ainda ser vantajoso para os proprietários das oficinas que seus empregados adquiram o cartão logo que chegam, e muitos foram orientados nesse sentido. Os proprietários das oficinas desempenham um importante papel na disponibilização de informações sobre o acesso aos serviços de saúde, localização dos postos de saúde, e alguns chegam até a auxiliar mais diretamente nas primeiras consultas, como esclarece esta entrevistada: “Antes, quando ainda não entendia o

português, sempre levava alguém que sabia falar, como a Dona (da oficina)... para que explicasse ao médico o que eu precisava” (mulher, 23 anos, de La Paz, a um ano em SP.).

Os processos para cadastro nas unidades de atendimento são tidos como a principal barreira de acesso ao serviço médico, e é onde, em geral, ocorrem situações de discriminação. De acordo com uma entrevistada, “Os funcionários dizem que não há vagas, só porque somos estrangeiros. As enfermeiras gritam, judiam de você, só porque não somos brasileiros, porque não sabemos falar português” (homem, 26 anos, de La Paz e está no Brasil há 2 anos e 10 meses). Este é um dos poucos relatos em que o entrevistado declara já ter sofrido, ele próprio, discriminação. De um modo geral, os entrevistados disseram não ter tido experiências como esta.

Considerações finais

As Constituições do Brasil e da Bolívia asseguram, formalmente, o acesso universal à saúde em ambos os países. Contudo, esta formalização é, na Bolívia, mais recente, e ainda se encontra em fase de implementação. Assim, os bolivianos que emigram para o Brasil não vivenciaram, de fato, pleno acesso à saúde em seu país.

As entrevistas revelam que o acesso é um problema lá, mas não é um problema para eles no Brasil. Os dados macro-sociais apresentados evidenciam haver uma enorme discrepância na extensão da cobertura dos sistemas públicos de saúde dos dois países, especialmente relevantes quando consideradas as taxas de mortalidade infantil, maternal e vacinação. A perspectiva comparativa entre os dois países reforça as condições de saúde vivenciadas pelos entrevistados antes da emigração e ajuda a explicar porque os bolivianos valorizam positivamente o atendimento e os serviços que recebem no Brasil.

Vimos que a literatura especializada da área tem abordado o tema saúde e imigração a partir das implicações relativas ao contexto de saída e ao contexto de recepção, de modo a articular analiticamente as várias pontas dos fluxos migratórios. Nossa pesquisa evidenciou que os principais fatores relativos ao contexto de saída dos bolivianos atualmente residentes em São Paulo referem-se especialmente às dificuldades de acesso lá existentes, a ponto de fazer com que, para alguns deles, a primeira consulta médica que tiveram na vida, tenha ocorrido no Brasil. Parte dos entrevistados morava e trabalhava no campo e tinham que ir à cidade para receber tratamento médico. Contudo, a maioria residia na periferia de La Paz e, entre eles, fica bastante nítida a idéia de que saúde na Bolívia apenas não é problema, quando se tem dinheiro e se paga pelos serviços. É possível que a ocorrência de certos casos, como por exemplo a tuberculose, possa ser explicada considerando-se os fatores que impactam o contexto de saída, também porque há casos semelhantes entre os imigrantes bolivianos na Argentina (Goldberg, 2009). Ademais, de acordo com a Organização Mundial de Saúde, no Brasil a incidência de tuberculose é de 60 a cada 100 mil habitantes (para todas as formas de tuberculose) enquanto na Bolívia ocorre a maior taxa das Américas, com uma incidência de 217 para cada 100 mil habitantes (Teixeira, 2006).

Quanto aos fatores relativos ao contexto de recepção, a literatura tende a reforçar dois aspectos que, no caso dessa pesquisa, revelam algumas diferenças e peculiaridades. O primeiro diz respeito ao status legal do imigrante e o segundo às redes familiares. O primeiro dificulta o acesso especialmente aos não documentados e, o segundo, é visto como o facilitador mais relevante. No caso desta pesquisa, vimos que para a obtenção do atendimento não é necessário a verificação do status legal, uma vez que o acesso é universal. A única condição, obter a “Carteirinha do SUS”, pode ser alcançada incondicionalmente sendo a carteirinha, inclusive, usada como uma espécie de documento de identidade, pelos não documentados. Quanto às redes familiares, as entrevistas reafirmam sua importância na promoção do acesso, mas há outros dois atores, que a literatura não menciona – dadas as

especificidades das instituições brasileiras e da estrutura social desse fluxo migratório, que são: os proprietários de oficinas e os agentes de saúde.

Curiosamente, os proprietários das oficinas tendem a ser retratados na imprensa e em alguns trabalhos acadêmicos como agentes de exploração direta da mão de obra dos bolivianos em São Paulo. Alguns estudos apontam as condições de insalubridade das oficinas e a extenuante jornada de trabalho, como fatores determinantes de enfermidades, inclusive a tuberculose. Pode-se supor que haja um interesse óbvio em se manter saudáveis seus empregados, como forma de assegurar produtividade. Contudo, há relatos, como os que foram aqui apresentados, de ações menos auto-interessadas, em que os proprietários de oficinas aparecem como peças chave na facilitação do acesso à saúde.

Quanto aos agentes de saúde, por sua vez, embora não tenham sido mencionados em todas as entrevistas, fica claro que, quando estes agentes conseguem chegar às casas dos imigrantes bolivianos, ou seja, uma vez que o Programa Saúde da Família atinge esta população, eles promovem um acesso no sistema mais abrangente e constante. Os casos relatados evidenciam, inclusive, que os agentes de saúde auxiliam nos processos para obtenção de documentação e prestam outros tipos de ajuda de caráter humanitário.

É curioso observar que a língua aparece como um fator dificultador, nos estudos sobre saúde e migração, mas no caso dos bolivianos, a situação é ambígua. Por um lado, a semelhança entre o português e o espanhol é um ponto francamente facilitador, se comparado às barreiras lingüísticas que um imigrante brasileiro sofre nos Estados Unidos, caso não tenha domínio do inglês, apenas para citar um exemplo. Por outro, nas situações difíceis -- como aquelas pelas quais pessoas doentes passam, dificuldades para expressar sintomas e sentimentos com exatidão, passam a ser um grande problema de comunicação e integração.

A atenuação da dor física é um dos pontos que mais sobressaem nos depoimentos dos bolivianos. Valorizam o acesso a remédios para a dor, assim como a hospitalização e tratamentos sem dor. Nesse sentido, a cesariana é um dos indicativos das vantagens dos tratamentos e serviços de que dispõem no Brasil. Os remédios alopáticos são amplamente utilizados, inclusive os analgésicos. O fato de, no Brasil, os bolivianos não se utilizarem tanto de recursos médicos ligados à sua tradição cultural, pode estar associado à facilidade em se obter medicamentos alopáticos gratuitos e à dificuldade de se obter acesso às ervas medicinais tradicionais na Bolívia, já que, quando vendidas no mercado étnico costumam ser caras, se comparadas aos preços de chás vendidos nos supermercado e ao recebimento gratuito de medicamentos.

Notas

¹ Na Declaração Universal dos Direitos do Homem (1948), ainda se faz referência ao direito de todo indivíduo de ter “um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis”, sem, no entanto, estabelecer nenhum compromisso dos Estados em garantir o direito à saúde. A Declaração de Alma-Ata, resultado da Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde, realizada no Cazaquistão (então ainda URSS), em 1978, foi uma dos primeiros documentos a conclamarem, no nível internacional, o direito à saúde e a responsabilidade do Estado em garanti-la.

² Inicialmente, não havíamos previsto a realização de um maior número de entrevistas com mulheres. Contudo, percebemos que elas utilizam mais os serviços de saúde, especialmente quando mães, se responsabilizando pelos cuidados com as saúdes dos filhos, e entendemos que acessaríamos mais informações para a pesquisa. De todas as formas, não eliminamos os entrevistados homens.

³ Ressalta-se, porém, que a única entrevistada que nunca utilizou o sistema encontrava-se no Brasil há apenas dois meses.

⁴ Portaria Nº 648 GM/2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica.

⁵ Chamamos de posto de saúde tanto os Atendimento Médico Ambulatorial (AMA) quanto as Unidades Básicas de Saúde (UBS), que são os nomes formais para as unidades públicas de atendimento à saúde.

Referências

- ADAY, L. A.; ANDERSEN, R. “A Framework for the Study of Access to Medical Care” *Health Services Research*, Chicago, Volume 9; pp. 208-220, 1974
- AZEVEDO, F. A. G. de, *A presença de trabalho forçado na cidade de São Paulo: Brasil/Bolívia*. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Integração da América Latina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.
- BATAEIRO, M. O. *Acesso, vínculo e adesão ao tratamento para a tuberculose: dimensões organizacionais e de desempenho dos serviços de saúde*. 259p. Dissertação (Mestrado em Ciências) Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2010.
- BENHABIB, S. *The rights of others: aliens, residents and citizens*. Cambridge: Cambridge University Press, 2007.
- BORJAS, G. *Friends of Strangers: The impact of Immigrants on the U.S. Economy*. New York: Basic Books, 1990
- CAPPS, R.; ROSEMBLUM, M. R. e FIX, M. *Immigrants and Health Care Reform. What’s really at Stake*. National Centre on Immigrant Integration Policy, 2009
- Cortés, D. E. “No One Asked Me” *Latinos’ Experiences With Massachusetts Health Care Reform*. Robert Wood Johnson Foundation, 2009.
- CIA – THE WORLD FACTBOOK. *Dados Brasil e Bolívia*. Disponível em: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/br.html> Acesso em: 15/04/2010.
- DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA; Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf> último acesso: 13/04/2010
- DUARTE, N. A.; *A utilização transnacional e complementar de serviços de saúde por emigrantes de Governador Valadares- MG nos Estados Unidos*. Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio, 2010.
- GOLDBERG, A. “Paciente boliviano tuberculoso”. *Representaciones del personal sanitario sobre la identidad y el estilo de vida de inmigrantes bolivianos en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires*. Trabalho apresentado na VIII Reunión de Antropología del Mercosur (RAM), 2009.
- INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA AVANÇADA (IPEA) *Sistema de Indicadores de Percepção Social: Saúde*. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/110207_sipssaude.pdf Acesso em: 15/04/2010.
- KLIKSBERG, B. O que significa viver na América Latina, a mais desigual das regiões? O caso da saúde Pública. In: SEN, A. e KLIKSBERG, B. *As Pessoas em Primeiro Lugar: a Ética do Desenvolvimento e os Problemas do Mundo Globalizado* São Paulo: Companhia das Letras, 2007.
- LECLERE, F., JENSEN, L. e BIDDLECOM, A. E. *Health Care Utilization, Family Context, and Adaptation Among Immigrants to the United States*. *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 35. No. 4. pp. 370-384 Dez. 1994
- MARTES, A. C. B. *Gestión Pública de la Inmigración em Brasil*. In: FISHER-BOLLIN, P. (editor) *Migración y Políticas Sociales em América Latina* Rio de Janeiro: Fundação Konrad Adenauer, 2009.
- MARTES, A. C. B. e SPRANDEL, M. A. *Mercosul e as Migrações: os movimentos nas fronteiras e a construção de políticas públicas nacionais de imigração*. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego, 2008.
- MINISTERIO DE SALUD Y DESPORTO, 2006; *Plan Nacional de Desarrollo Sectorial – Salud*; Disponível em: http://saludpublica.bvsp.org.bo/constituyente/politica_nacional/3.htm Data de acesso: 25/04/2010.

- MEDINA, S. E. M., *El Sistema de Salud Boliviano*, 2008. Disponível em: <http://www.monografias.com/trabajospdf/sistema-salud-boliviano/sistema-salud-boliviano.pdf>; Acesso em: 15/04/2010.
- PIORE, M. *Birds of Passage: Migrant Labor and Industrial Societies*. New York: Cambridge University Press, 1979.
- PORTES, A. (editor). *The Economic Sociology of Immigration*. New York: Russell Sage Foundation, 1995.
- PORTES, A.; KYLE, D. e EATON, W.W. “Mental Illness and Help-seeking Among Mariel Cuban and Haitian Refugees in South Florida” *Journal of Health and Social Behavior*. Vol. 33, No. 4, pp. 238-298, dez – 1992.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Programáticas Estratégicas Legislação em Saúde: caderno de legislação de saúde do trabalhador*. 2. ed. ver. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL PARA AS MIGRAÇÕES (OIM). *Perfil Migratório no Brasil 2009*. Brasília: OIM, 2010.
- RAWLS, J. *A theory of justice*. Cambridge : MA Harvard University Press, 1971
- ROMERO-ORTUÑO, R. Acces do health care for illegal immigrants in the EU: Should we be concerned? *European Journal of health law*, Netherlands, V.11 pp. 245-272, 2004.
- SASSEN, S. *The Mobility of Labor and Capital*. New York: Cambridge University Press, 1988.
- SASSEN, S. *Guests and Aliens* New York: The new Press, 1999.
- SEN, A. e KLIKSBURG, B. *As Pessoas em Primeiro Lugar: a Ética do Desenvolvimento e os Problemas do Mundo Globalizado* São Paulo: Companhia das Letras, 2007.
- SEN, A. Por que Equidade na Saúde? In: SEN, A. e KLIKSBURG, B. *As Pessoas em Primeiro Lugar: a Ética do Desenvolvimento e os Problemas do Mundo Globalizado* São Paulo: Companhia das Letras, 2007.
- SILVA, Elaine C. C. Rompendo Barreiras: os bolivianos e o acesso aos serviços de saúde na cidade de São Paulo. *Revista Travessia – revista do Migrante*. Publicação CEM – Ano XXII, número 63, Jan-Abr/2009.
- SILVA, Sidney Antonio. *Costurando sonhos: trajetória de um grupo de imigrantes bolivianos em São Paulo*. São Paulo: Paulinas, 1997
- SILVA, Sidney. Bolivianos em São Paulo: Entre o sonho e a realidade. *Revista Estudos Avançados*, Vol. 20, 2006.
- TEIXEIRA, G. M. *Tuberculose na América do Sul – a posição do Brasil*. Boletim de Pneumologia Sanitária. Rio de Janeiro. V.14, N.3 dez. 2006.
- TILLY, C. Reconsidered Transplanted Networks. In: MACLAGHLIN, Virginia. *Immigration*. Oxford: New Oxford University, 1990.
- WALDMAN, T. *O acesso à saúde e a imigração: um estudo de caso das imigrantes bolivianas na cidade de São Paulo*. Trabalho apresentado no VI Encontro Anual da ANDHEP - Direitos Humanos, Democracia e Diversidade, UnB, Brasília (DF), setembro de 2010.
- XAVIER, I. R. *Projeto Migratório e Espaço: os migrantes Bolivianos na Região Metropolitana de São Paulo*. 263p. Dissertação (Mestrado em Demografia) Instituto de Filosofia e Ciências Humanas Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2010.