

Migração, exclusão social e serviços de saúde: o caso da população boliviana no centro da cidade de São Paulo

Immigration, social exclusion and health service: the case of the bolivian population in the central metropolitan region of São Paulo

Nivaldo Carneiro Junior^I; Rute Loreto Sampaio de Oliveira^{II};
Christiane Herold de Jesus^{III}; Carla Gianna Luppi^{IV}

Resumo

Fluxos migratórios hoje se constituem como uma questão social. Provocados por determinações políticas, econômicas, religiosas etc., resultam em impactos sociais.

O Brasil destaca-se no cenário econômico, atraindo populações vizinhas por melhores condições de vida para grandes cidades, como é o caso de São Paulo, inserindo-se, a maioria, de forma precária. O maior contingente migratório é boliviano, com acentuada situação de vulnerabilidade e exclusão social, demandando cuidados específicos para proteção da saúde. Nesse contexto, o debate torna-se necessário para as políticas públicas e, dentre elas, as de saúde, referenciadas no Sistema Único de Saúde. Esse artigo objetiva descrever experiência em Atenção Primária à Saúde aos bolivianos que vivem no centro da cidade de São Paulo. É fundamental incorporar, no cuidado, questões relacionadas à identidade cultural, à desigualdade de gênero e à territorialização. Os programas de saúde, em geral, não são resolutivos para esse grupo. O “cardápio” que os serviços de saúde oferecem não provoca vínculos e não reconhece suas necessidades, particularmente em relação às mulheres, em maior vulnerabilidade – violências domésticas e no trabalho. Identificar as situações de vulnerabilidades, valorizando suas identidades, reconhecendo suas necessidades, entre outros elementos, tem nos pautado na organização do cuidado desse grupo, favorecendo, desse modo, a proteção e promoção da saúde e a inclusão social.

Palavras-chave: Bolivianos; Migração latina; Exclusão social; Atenção primária à saúde

Abstract

Currently migration flows represent a social issue. This phenomenon results from growing demographic, political, religious disparities leading to social and cultural transformations. Brazil is a well-established target to Latin American neighbors who migrate to Brazil hoping to have a better quality of life mostly of them Bolivians. They usually come to great metropolitan areas, such as São Paulo. In this context the Brazilian Health Care System should urgently reconsider its capacity of dealing with new challenges. The aim of this article is to describe the experience of the Primary health care service in dealing with Bolivians who live in the center of Sao Paulo. Health care effectiveness depends on surpassing communication barriers, being aware of cultural differences, dealing with gender inequalities and epidemiologic-related policies. Traditional primary health care policies do not contribute to improve health conditions of that immigrant population. Moreover, Bolivian immigrants have difficulty in establishing a good rapport with health professionals and consequently in having their real problems recognized. Women in particular do not always achieve inclusion in our public health care system, since they are exposed to genre inequity-related problems and to domestic and workplace violence. Aiming to identify a new approach by resorting to a trans-professional strategy, primary health care services has managed to reorganize health promotion and prevention actions to Bolivian immigrants, so that they can enjoy a higher quality health care attention.

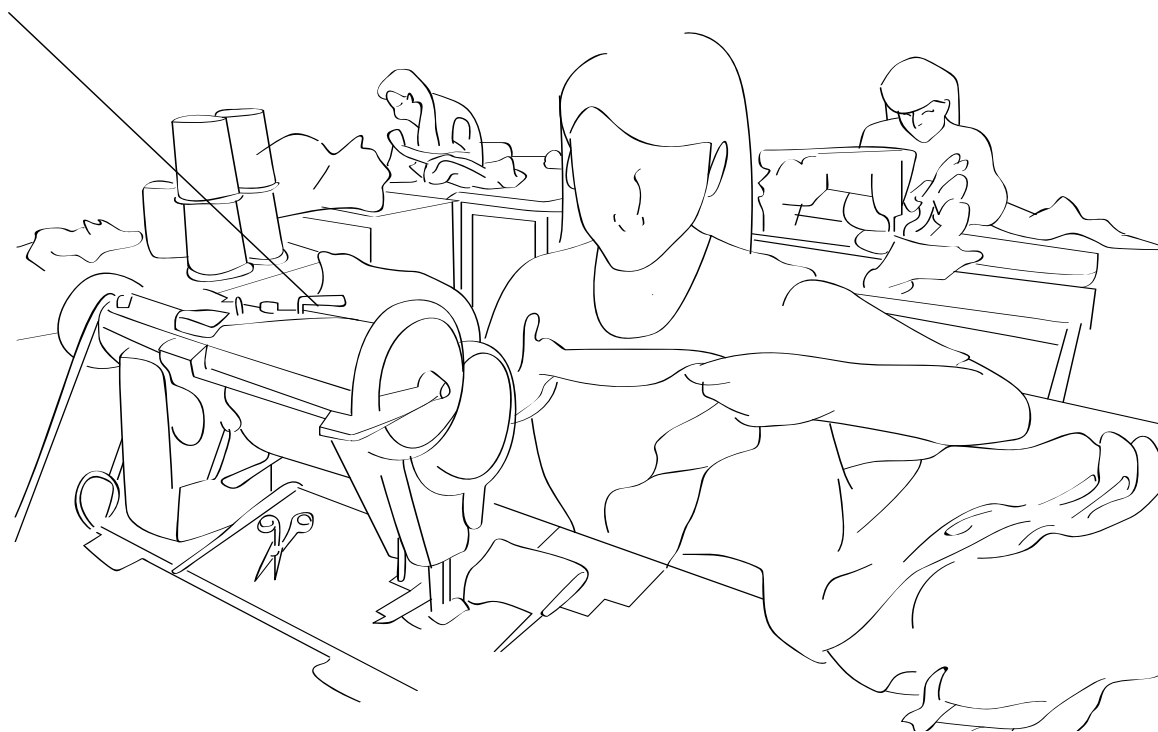
Keywords: Bolivians; Latin-America Migration Flows; Social Exclusion; Primary health care

^INivaldo Carneiro Junior (nicarneirojr@uol.com.br) é médico sanitário do Centro de Saúde Escola Barra Funda Dr. Alexandre Vranjac, Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo e Professor Adjunto do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

^{II}Rute Loreto Sampaio de Oliveira (Falta contato) é médica ginecologista-Obstetra do Centro de Saúde Escola Barra Funda Dr. Alexandre Vranjac, Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo e Professora Assistente do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

^{III}Christiane Herold de Jesus (Falta contato) é enfermeira sanitária do Centro de Saúde Escola Barra Funda Dr. Alexandre Vranjac, Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

^{IV}Carla Gianna Luppi (Falta contato) é médica sanitária do Centro de Saúde Escola Barra Funda Dr. Alexandre Vranjac, Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo e Professora Assistente do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.



Introdução

Os padrões de crescimento econômico e social existentes hoje em vários países do mundo criam ambientes favoráveis ao desenvolvimento de vida satisfatório e almejado por todos, possibilitando o acesso a bens públicos e privados que propiciam condições favoráveis para o projeto de felicidade das populações, que cada vez mais são interligadas por tecnologias de comunicação e de possibilidades de estar em lugares com distâncias geográficas consideradas.

Esse mundo globalizado permite a possibilidade de grandes fluxos migratórios entre os países, estabelecendo diversidades polifônicas e culturais nunca antes imaginados. Estimam-se, para 2050, cerca de 400 milhões de pessoas envolvidas em migração nos diferentes continentes, com situações de diversas ordens, nas quais acabam determinando um perfil heterogêneo, isto é, de acordo com as motivações migratórias, podemos encontrar indivíduos com ou sem qualificação profissional, grupos políticos, pessoas com condições econômicas bastantes desfavoráveis, entre outros⁸.

Essa heterogeneidade em muito é determinada pelas desigualdades nos padrões de desenvolvimento econômico e social dos países, na organização política e religiosa, entre outras, fazendo com que encontremos grupos inseridos de forma precária, em condições irregulares nas sociedades para as quais migram. O significado da imigração remete ao sonho de uma vida me-

lhor, para si e suas famílias e de regressar vitorioso, o quanto antes, à sua terra natal. O retorno é um elemento constitutivo da condição do imigrante¹¹.

Por ser multidimensional e multidirecional, reconhece-se que há uma grande dificuldade metodológica de se medir a migração. Estudos de diferentes metodologias e fontes de dados estimavam que em 2010 esse grupo fosse de 214 milhões de pessoas, sendo que em torno de 10% a 15% eram constituídos por migrantes irregulares e, em sua maioria, mulheres⁸.

Esse fenômeno social contemporâneo tem provocado, particularmente, importantes impactos para os países que exercem atração pelo seu grau de desenvolvimento social e econômico, provocando demandas heterogêneas para os serviços públicos, entre eles o de saúde, necessitando gestão de políticas públicas interseoriais orientadas pelos princípios dos direitos humanos.

Na América Latina, o Brasil exerce forte influência no direcionamento desses fluxos migratórios. A cidade de São Paulo é um centro metropolitano de grande atração migratória. Dentre as populações vizinhas que vem ao Brasil em busca de melhores condições de vida e trabalho, destaca-se a dos imigrantes bolivianos. O Censo Demográfico de 2000 já totalizava 20.388 bolivianos no país, com grande concentração na cidade de São Paulo (38%), seguidos por Corumbá (MS), Campo Grande (MS) e Guajará-Mirim (RO), com 7% em cada uma dessas cidades⁷.

Algumas fontes mostram números bem diferentes

ao Censo, quando incorporam os indocumentados no país, isto é, para o Consulado Geral da Bolívia em São Paulo estima-se em aproximadamente 50 mil e para a Pastoral do Migrante de São Paulo existem em torno de 70 mil bolivianos¹³.

Cymbalista e Xavier⁵ relatam que a migração dos bolivianos para São Paulo tem início a partir de 1950, intensificando-se nas décadas seguintes, com pico nos anos 90, com um contingente de pessoas jovens, de baixa qualificação profissional e em situações econômicas desfavoráveis. Atraídos pela busca de melhores condições de vida, com a perspectiva de melhorias econômicas, a população boliviana vai trabalhar nas “oficinas de costura”, gerenciadas muitas vezes por bolivianos, situados, na sua maioria, na região central da cidade de São Paulo. Trabalham por muito mais de oito horas diárias, de segunda-feira a sábado. Espaços insalubres, essa “oficinas” são, também, usadas como locais de moradia pelos mesmos¹⁰.

Nesse contexto, esse artigo tem como objetivo relatar uma experiência de organização do acesso e das práticas de atenção primária à saúde voltada a esse grupo populacional, no centro da cidade de São Paulo. Os procedimentos metodológicos foram através de fontes bibliográficas e registros de atendimento do serviço.

Atenção primária à saúde no contexto da população boliviana: limites e desafios

As precárias inserções sociais e de trabalho desses bolivianos determinam condições desfavoráveis de vida e vulnerabilidades no seu estado de saúde. Tal situação é agravada pela ilegalidade de boa parte deles, constituindo-se como obstáculo ao acesso aos serviços de saúde.

Ao considerar a imigração como um fenômeno urbano e inserido em territórios distintos, nos quais estabelecem relações sociais e cotidianas nos micros espaços da cidade, potencializa-se o papel da atenção primária à saúde no cuidado integral e na proteção às situações de vulnerabilidades, particularmente para esses grupos populacionais em processos de exclusão/inclusão social⁴.

O Centro de Saúde Escola Barra Funda Dr. Alexandre Vranjac (CSEBF-AV), da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, se insere nesse contexto, de atenção primária à saúde, em um território definido. É pautado na organização e na garantia da equidade do

acesso a grupos sociais em situação de exclusão social, prestando assistência para população da região central do município de São Paulo, que inclui na organização do seu trabalho a estratégia de saúde da família².

Desde o início dos anos da década de 1990, a equipe técnica do CSEBF-AV, em conjunto com docentes do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, desenvolve pesquisas e processos de trabalho, visando ao reconhecimento das necessidades e demandas de novos sujeitos sociais no território do centro de São Paulo, construindo uma pauta de questões a serem incluídas nas políticas públicas, na perspectiva da equidade. O Programa de Saúde da Família para população em situação de rua é hoje uma realidade^{4, 2, 12, 3}.

A organização do serviço tem favorecido o acesso da população boliviana. Não há barreiras administrativas para efetivar suas matrículas, o pronto atendimento é um espaço de acolhimento das suas demandas, há busca de diálogos com os responsáveis pelas “oficinas de costuras”, e a contratação de uma agente comunitária de saúde de origem boliviana facilita a comunicação. São algumas das estratégias que têm contribuído para o número ascendente de indivíduos bolivianos cadastrados no Centro de Saúde³.

Segundo as informações de cadastros ativos^v do CSEBF-AV, existem, até abril de 2011, 2078 bolivianos representando um total 30% em relação aos demais usuários do serviço. Dos 2.078 cadastrados, 84,5% são adultos, seguido por crianças e adolescentes (14,5%), e apenas 1% é idoso. Na distribuição por sexo, chama a atenção que 55,3% são mulheres.

No entanto, ao analisarmos o uso do serviço desde 2004, observamos que, de 13.140 atendimentos com o grupo de bolivianos, 72% eram mulheres. Dos 9.568 atendimentos realizados por mulheres bolivianas, 28,7% foram na área da saúde da mulher – pré-natal, exames de Papanicolaou, planejamento familiar, entre outras⁵.

Nossos dados apontam que o contato e o acesso ao serviço de saúde se dão no atendimento às demandas localizadas na atenção integral à saúde da mulher, sendo, na maioria, referentes ao ciclo gravídico-puerperal. Há uma crescente procura espontânea por quaisquer métodos anticoncepcionais, subordinada, em geral, à vontade e anuência dos parceiros, preferencialmente para uso de “tabelinha”, preservativos e injetáveis de longa duração⁵.

^vInformações do Sistema Ambulatorial de Faturamento e Estatística (SAFE) do CSEBF-AV, atualizados em abril de 2011.

Uma questão que se destaca é a de que essas mulheres estão sujeitas aos mais diversos tipos de violências – doméstica, sexual e do trabalho. Andrade¹ aponta uma prevalência de 30% a mais de situações de violências entre as mulheres bolivianas em relação às demais usuárias do serviço.

Um trabalho realizado através de “busca ativa”, em algumas microáreas da região de abrangência do Centro de Saúde, identificou mulheres bolivianas, trabalhadoras de “oficinas de costura”, sem acesso às ações de saúde como: exames de Papanicolaou, acompanhamento de pré-natal, necessidade de orientação em relação a anticoncepcionais, situações de violência doméstica e/ou patronal, atendimentos em saúde mental, entre outras¹⁴.

As condições e as relações de trabalho nas “oficinas de costura” é uma dimensão importante que se deve ser mais bem compreendida e incorporada no processo de organização do cuidado à saúde nessa população. Essa inserção precária no mundo do trabalho determina condições de vida e estado de saúde, provocando limites significativos no acesso aos serviços de saúde⁹.

O que se constata, a partir desse cenário, e se coloca para reflexão é que processos de trabalho em saúde, mesmo que ampliados e flexíveis, apresentam limites no reconhecimento das necessidades e na intervenção nos processos saúde-doença-cuidado nesse grupo populacional. O enfrentamento das situações de vulnerabilidade é complexo pela heterogeneidade de suas dimensões, necessitando a construção de novos processos de atuação em atenção primária à saúde que a realidade social da população boliviana que vive no centro da cidade de São Paulo exige¹⁰.

No esforço de superar essas dificuldades e construir estratégias de cuidado integral à população boliviana, desde 2009 realiza-se uma modalidade de atendimento no Centro de Saúde Escola Barra Funda, na área de saúde da mulher, com atuação na saúde reprodutiva e sexual e na violência doméstica e sexual.

Por meio de uma abordagem transdisciplinar, com participação de médico, enfermagem, assistente social e outros profissionais, como advogado e cientista social, atende-se essa população, semanalmente, em grupo e atendimentos individuais. Há troca de experiências entre as participantes sobre várias situações de vida, cuidado com a saúde, resgate cultural e da memória – história de vida, percurso da imigração, desafios na

permanência no Brasil e na inserção no trabalho. Cidadania, documentação e mobilidade urbana das participantes são muitas vezes abordadas no grupo.

Utiliza-se, como instrumento para a comunicação entre as participantes, expressões gráfica, escrita, musical, narrativa, exposição dialogada e materiais audiovisuais, sempre que possível adaptados à língua espanhola. O tempo despendido nessa atividade tem ocupado um período de aproximadamente 3h.

Essa estratégia de abordagem tem sido muito significativa no acolhimento e no reconhecimento das demandas e necessidades da população feminina boliviana no serviço. Essa particular tecnologia ainda se encontra em fase de avaliação do seu potencial nos processos de cuidado integral à saúde, particularmente as populações vulneráveis e em situação de exclusão social.

Considerações finais

Considerando ser a imigração uma questão preponderante na área central metropolitana, com situações de vulnerabilidade importante, decorrentes de processos de exclusão/inclusão social, pode-se destacar o tema dos imigrantes latinos como exemplo de necessidades de se pensar novas formas de cuidado integral em atenção primária à saúde no contexto de políticas públicas equânimes e inclusivas.

No caso aqui exposto, isto é, os bolivianos, trata-se de uma população com seus direitos humanos sistematicamente violados, com inadequadas condições de trabalho, indocumentados, vivendo em precárias condições de moradia, sofrendo coações psicológicas, entre outras situações de iniquidades sociais. Essa inserção determina padrões de agravos à saúde, nas quais exigem novas modalidades de conceber e organizar o acesso efetivo às ações dos serviços, em particular, os de atenção primária.

Há que se reconhecer avanços atuais nas políticas públicas no Brasil, impulsionadas a partir da Constituição Federal de 1988, tendo como centralidades a reconstrução da cidadania e da democracia. Por outro lado, há desafios importantes para serem enfrentados na redução das desigualdades sociais e iniquidades que se ampliam no contexto dos processos migratórios transnacionais, exigindo esforços políticos, acadêmicos e técnicos para a superação dos obstáculos e fortalecimento de uma sociedade democrática.

As reflexões e a experiência de organização e atu-

ação na atenção à saúde da população boliviana, particularmente, as mulheres, apresentadas nesse artigo, de forma singular e preliminar, somam-se a outras no contexto de qualificação e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) universal, efetivo, público e solidário.

Referências

1. Andra de MC. Violência contra a mulher e exclusão social: estudo entre subgrupos de populações usuárias do Centro de Saúde Escola Barra Funda Dr. Alexandre Vranjac. [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2003.
2. Carneiro Junior N, Andrade MC, Luppi CG, Silveira C. Organização das práticas equânimes em atenção primária em região metropolitana no contexto dos processos de inclusão e exclusão social. *Saúde e Sociedade* 2006; 15(3):30-9.
3. Carneiro Junior N, Jesus CH, Crevelim MA. A estratégia saúde da família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos. *Saúde e Sociedade* 2010; 19(3):709-16.
4. Carneiro Junior N, Silveira C. Organização das práticas de atenção primária em saúde no contexto dos processos de exclusão/inclusão social. *Cad. Saúde Pública* 2003; 19(6):1827-35.
5. Centro de Saúde Escola Barra Funda Dr. Alexandre Vranjac. Relatório de atendimento. São Paulo: CSEBFAV/SAFE; 2011.
6. Cymbalista R, Xavier IR. A comunidade boliviana em São Paulo: definindo padrões de territorialidade. *Cad. Metrópole* 2007; 17:119-33.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2000. Rio de Janeiro: IBGE; 2000.
8. Internacional Organization for Migration. World Migration Report 2010. The future of migration: building capacities for change. Geneva: IOM; 2010.
9. Madi MCC, 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. *Saúde e Sociedade* 2009; 18(supl.2):67-71.
10. Oliveira RLS, Luppi CG, Tambellini E, Jesus CH, Nogueira MIC, Almeida AS, Carneiro Junior N. Immigrant women health care equity challenges: a primary health care attention strategy in Brazil. *Anais do 16th Canadian Conference on International Health: Health Equity Our Global Responsibility*. Ottawa, ON; 2009.
11. Silva SA. Bolivianos em São Paulo: entre o sonho e a realidade. *Estud. Av.*; 2006; 20(57):157-70.
12. Silveira C, Carneiro Junior N, Marsiglia RMG (Org.). Projeto inclusão social urbana: Nós do Centro. Metodologia de pesquisa e de ação para inclusão social de grupos em situação de vulnerabilidade no centro da cidade de São Paulo. São Paulo: Fundação Arnaldo Vieira de Carvalho; Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; 2009. 236p.
13. Tambellini EF, Mascaro LDM, Silva UV. Inclusão de imigrantes bolivianos na cidade de São Paulo: algumas estratégias e políticas locais. In: Silveira C, Carneiro Junior N, Marsiglia RMG, organizadores. Projeto de inclusão social urbana: Nós do Centro. Metodologia de pesquisa e de ação para inclusão social de grupos em situação de vulnerabilidade no centro da cidade de São Paulo. São Paulo: Fundação Arnaldo Vieira de Carvalho; Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; 2009:123-166.
14. Zanetti A, Martins C, Ferraz CL, Yamaguchi F, Baggiani M, Toscano M, Nam M, Iavarone M, Reigada N, Oliveira RLS, Jesus CH. Abordagem em saúde integral da mulher boliviana com ênfase no planejamento familiar. Trabalho de conclusão (Disciplina Saúde Pública – 5º ano de Medicina). São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; 2011.