

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS

TATIANE BARBOSA BISPO

TRABALHO, MODOS DE VIDA E CUIDADOS EM SAÚDE ENTRE IMIGRANTES BOLIVIANOS EM SÃO PAULO

SANTOS

2019

TATIANE BARBOSA BISPO

TRABALHO, MODOS DE VIDA E CUIDADOS EM SAÚDE ENTRE IMIGRANTES BOLIVIANOS EM SÃO PAULO

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos como requisito para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Denise Martin

SANTOS

2019

[Dados Internacionais de Catalogação]
Departamento de Bibliotecas da Universidade Católica de Santos

B622t Bispo, Tatiane Barbosa.
Trabalho, modos de vida e cuidados em saúde entre imigrantes bolivianos em
São Paulo / Tatiane Barbosa Bispo; orientadora Denise Martin. - 2019.
129 f.; 30 cm

Tese (doutorado) - Universidade Católica de Santos, Programa de Pós-
Graduação *Stricto Sensu* em Saúde Coletiva.

Bibliografia:

1. Bolivianos. 2. Migração. 3. Concepções e práticas de Saúde. I. Martin,
Denise. II. Universidade Católica de Santos. III. Título.

CDU 1997 - 614(043.2)

Maria Rita C. Rebello Nastasi - CRB 8/2240

TATIANE BARBOSA BISPO

TRABALHO, MODOS DE VIDA E CUIDADOS EM SAÚDE ENTRE IMIGRANTES BOLIVIANOS EM SÃO PAULO

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos como requisito para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

Data de aprovação: ____ de ____ de ____.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Denise Martin
Universidade Católica de Santos

Profa. Dra. Silvia Regina Viodres Inoue
Universidade Católica de Santos

Profa. Dra. Maria Izabel Calil Stamato
Universidade Católica de Santos

Prof. Dr. Cássio Silveira
Universidade Federal de São Paulo

Profa. Dra. Eugenia Brage
Universidad de Buenos Aires

Profa. Dra. Regina Yoshie Matsue (Suplente)
Universidade Federal de São Paulo

Prof. Dr. Fabiano Lourenço de Menezes (Suplente)
Universidade Católica de Santos

*Dedico este trabalho aos meus filhos
Pietro e Isadora por todo amor, carinho
e compreensão. Sei que sempre posso
voltar para casa e ter um novo encontro
a cada dia com o seu amor!*

AGRADECIMENTOS

Aos que de alguma maneira participaram deste percurso, me apoiando e impulsionando para mais esta conquista:

Deus, que sempre cuida dos caminhos por onde eu vou e me dá forças para seguir.

Meus filhos, por serem a luz da minha vida.

Meus familiares, em especial aos meus pais Maria Rosa e Geraldo e minha irmã Sheila, pelo apoio em todos os momentos.

Minha orientadora Prof.^a Dr.^a. Denise Martin que, com toda sua afetividade, paciência, sabedoria e incentivo, me faz acreditar nas minhas potencialidades.

Ao Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão e à equipe de pesquisa que fez com que fosse possível a construção de uma imersão coletiva em campo: Cássio, Alejandro, Eugenia, Nana, Patrícia e Karen, agradeço com carinho pelas trocas e aprendizado.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior pela concessão da bolsa durante todo o período de realização deste doutorado.

RESUMO

O presente estudo tem por escopo estudar os modos de vida, trabalho e cuidados em saúde entre imigrantes bolivianos residentes em São Paulo. Dentro da complexidade socio-sanitária inerente aos processos migratórios, as longas jornadas de trabalho, a permanência e a reclusão em locais insalubres que são simultaneamente espaço de trabalho e moradia, oferecem amplas condições para o comprometimento da saúde dos indivíduos. Com o objetivo de investigar as experiências sobre as condições de vida e trabalho relacionadas às concepções do processo de adoecimento e a busca por cuidados em saúde próprios aos grupos de imigrantes bolivianos em São Paulo, realizou-se um estudo qualitativo por meio da observação do cotidiano e entrevistas em profundidade em oficinas de costura e espaços de convivência e sociabilidade, além de serviços de saúde utilizados por esta população. Os resultados apresentados neste estudo indicam a importância de políticas públicas que contemplem não apenas as especificidades dos indivíduos, mas que levem em conta os significados que representam o processo saúde-doença-cuidado para eles e observem suas delimitações culturais, como também, as mudanças e transformações que vêm sofrendo ao longo dos anos enquanto comunidade e protagonistas de suas histórias.

Palavras-chave: Bolivianos, Trabalho, Migração, Modos de Vida, Concepções e Práticas de Saúde.

ABSTRACT

The present study aims to study the ways of life, work and health care among Bolivian immigrants living in São Paulo. Within the socio-sanitary complexity inherent in migratory processes, the long working hours, the permanence and the seclusion in unhealthy places that are simultaneously space of work and housing offer ample conditions for the commitment of the health of the individuals. With the objective of investigating the experiences about the living and working conditions related to the conceptions of the illness process and the search for health care proper to the groups of Bolivian immigrants in São Paulo, a qualitative study was carried out through of daily observation and in-depth interviews in sewing workshops and conviviality and sociability spaces, as well as health services used by this population. The results presented in this study indicate the importance of public policies that contemplate not only the specificities of individuals, but also take into account the meanings that represent the health-disease-care process for them and observe their cultural delimitations, as well as the changes and transformations that have been suffering over the years as a community and protagonists of their stories.

Keywords: Bolivians, Labor, Migration, Ways of Life, Conceptions and Health Practices.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma de desenvolvimento do estudo	14
Figura 2 – Portão de acesso ao Centro de Saúde Escola Barra Funda “Dr. Alexandre Vranjac”	39
Figura 3 – Corredor de espera entre os consultórios	40
Figura 4 – Área verde da unidade	40
Figura 5 – Oficina de costura de imigrantes bolivianos.....	42
Figura 6 – Feira boliviana da praça Kantuta	43
Figura 7 – Barraca de ervas medicinais e produtos alimentícios da Bolívia	44
Figura 8 – Barraca de CD's e DVD's com músicos e programas de televisão bolivianos	44
Figura 9 – “Peluqueria” (cabelereiros bolivianos)	45
Figura 10 – Propaganda de xamã andino na Feira da Kantuta	45
Figura 11 – Explicações sobre xamanismo andino	46
Figura 12 – Propagandas dos serviços de ligações para a Bolívia	47
Figura 13 – Feira boliviana da rua Coimbra vista do alto	48
Figura 14 – Imigrante boliviano junto ao painel de oferta de empregos	49
Figura 15 – Foto tirada em frente ao Centro Integrado do Imigrante na rua Coimbra	50
Figura 16 – Porta de entrada para o local de atendimento dos xamãs e curandeiros andinos na rua Coimbra	51
Figura 17 – Cartaz que faz propaganda dos serviços prestados pelos xamãs e curandeiros andinos na rua Coimbra	52
Figura 18 – Cartaz que faz propaganda sobre as doenças que podem ser tratadas com o uso das medicações comercializadas nas barracas	53
Figura 19 – Barraca de medicamentos naturais	54
Figura 20 – Fachada do Centro Integrado do Imigrante, onde localiza-se a ADRB	55

Figura 21 – Imigrantes bolivianos em atendimento no serviço de triagem da ADRB	56
Figura 22 - Campanha de prevenção da tuberculose na ADRB	80
Figura 23 – Material utilizado na prevenção da tuberculose	82
Figura 24 – Festa Anual das Alasitas no Memorial da América Latina	84
Figura 25 – Panorama da festa Anual das Alasitas no Memorial da América Latina	84
Figura 26 – Barraca dos xamãs na Festa Anual das Alasitas no Memorial da América Latina	85
Figura 27 – Ritual de prosperidade na Festa Anual das Alasitas no Memorial da América Latina	85
Figura 28 - Conversa com xamã na Festa Anual das Alasitas no Memorial da América Latina	86
Figura 29 – Notícia retirada da internet	89
Figura 30 – Entrada da Feira da Madrugada em São Paulo	101
Figura 31 – Crianças na feira da Madrugada em São Paulo	101
Figura 32 – Feira da Madrugada em São Paulo	102
Figura 33 – Fachada e parte interna de oficina de costura com fiação aparente	106
Figura 34 – Fiação exposta de uma oficina de costura	107
Figura 35 – Pilhas de tecidos em oficinas de costura	108
Figura 36 – Acúmulo de tecidos em oficinas de costura	108
Figura 37 – Benção dos xamãs andinos	112
Figura 38 – Ritual Andino	113
Figura 39 – Entrega de oferendas	113

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ADRB	Associação dos Residentes Bolivianos
APS	Atenção Primária à Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAMI	Centro de Apoio e Pastoral do Imigrante
CAPS-I	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CNPJ	Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
ENEM	Exame Nacional do Ensino Médio
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAVC	Fundação Arnaldo Vieira de Carvalho
FCMSCSP	Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo
FMU	Faculdades Unidas Metropolitanas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ISCMSP	Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
OBMigra	Observatório das Migrações Internacionais
ONG	Organização Não Governamental
REDETB	Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose
SES-SP	Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
SINCRE	Sistema Nacional de Cadastramento de Registro de Estrangeiro
SUS	Sistema Único de Saúde
SVE	Sistema de Vigilância Epidemiológica
TB	Tuberculose
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	<u>INTRODUÇÃO</u>	13
1.1	Apresentação	14
1.2	Os imigrantes sul-americanos no Brasil e na cidade de São Paulo	17
1.3	Os processos migratórios internacionais e a saúde dos imigrantes	19
1.4	As condições de saúde dos imigrantes bolivianos como problema transnacional e local	22
1.5	Perspectivas de contribuições ao tema de estudo	25
2	<u>OBJETIVOS</u>	28
2.1	Objetivo geral	29
2.2	Objetivos específicos	29
3	<u>MÉTODO DE PESQUISA E DESCRIÇÃO DO CAMPO</u>	30
3.1	Entrevistas: levantamento sobre as condições de vida, de trabalho e de saúde dos participantes da pesquisa	31
3.2	Observação das condições de moradia e de trabalho nas oficinas de costura	33
3.3	Participantes da pesquisa	33
3.4	A equipe de pesquisa e a preparação para o campo	33
3.5	Locais de pesquisa	35
3.6	Aproximações e primeiros contatos	36
3.7	Ampliação do campo de estudo: domicílios, oficinas de confecção e espaços de convivência	37
3.7.1	<i>Centro de Saúde Escola Barra Funda “Dr. Alexandre Vranjac”</i>	38
3.7.2	<i>Oficinas de confecção</i>	41
3.7.3	<i>Feira boliviana da praça da Kantuta</i>	42
3.7.4	<i>Feira boliviana da rua Coimbra</i>	46
3.7.5	<i>Associação dos Residentes Bolivianos</i>	54
3.8	Considerações éticas	56

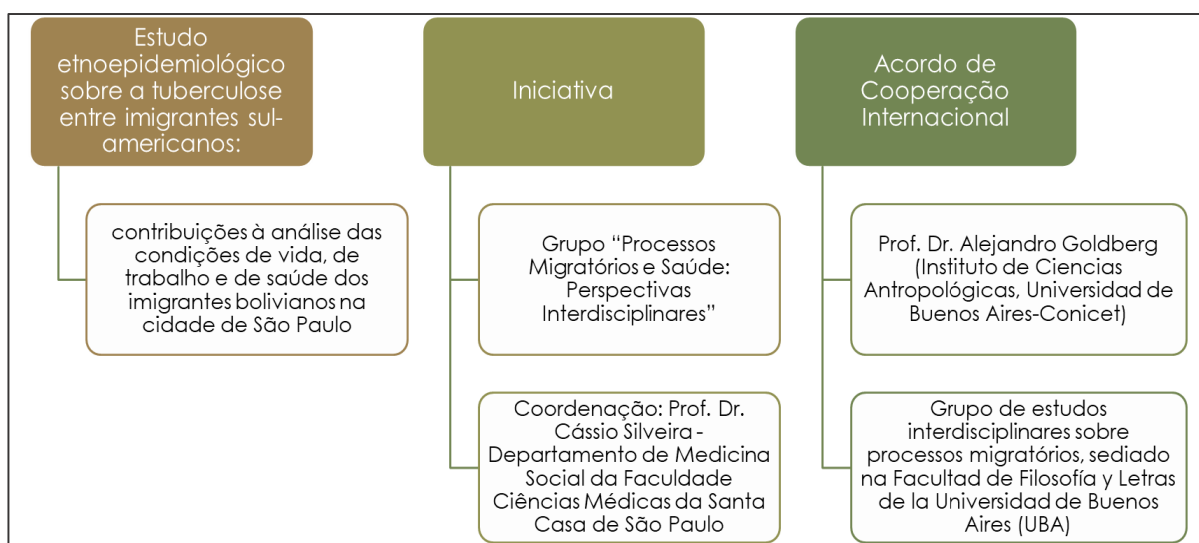
4	<u>O COTIDIANO DAS OFICINAS DE CONFECÇÃO DOS IMIGRANTES</u>	58
	<u>BOLIVIA-NOS: GUARULHOS X BARRA FUNDA</u>	
4.1	Diferenças entre as oficinas de costura e a sua influência nas condições de vida e saúde dos trabalhadores imigrantes bolivianos	59
4.2	Barra Funda: oficinas familiares	60
4.2.1	<i>Oficina 1</i>	60
4.2.2	<i>Oficina 2</i>	65
4.3	Guarulhos	68
4.3.1	<i>Oficina 1</i>	68
4.3.2	<i>Oficina 2</i>	73
4.4	Principais contrapontos observados na diferenciação entre as Oficinas Familiares e Oficinas de Vínculos Comerciais	76
5	<u>DE BOLIVIANO PARA BOLIVIANO: ESPAÇOS DE CONVIVÊNCIA E SOCIABILIDADE</u>	78
5.1	Associação dos Residentes Bolivianos, Rua Coimbra, Praça Kantuta e Festa das Alasitas	79
6	<u>REFLEXÕES DO CAMPOS: CONDIÇÕES DE VIDA, DE TRABALHO E DE SAÚDE DOS IMIGRANTES BOLIVIANOS EM SÃO PAULO</u>	87
6.1	Processo migratório dos bolivianos em São Paulo	88
6.2	Condições de vida e trabalho	92
6.3	A comunidade boliviana em São Paulo e o modelo de Família Transnacional	96
6.4	Processo saúde-doença-cuidado	103
7	<u>CONCLUSÃO</u>	116
	REFERÊNCIAS	119
	ANEXO A - Roteiro para entrevistas individuais	126
	ANEXO B - Roteiro de observação	128

1 INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação

O presente estudo está inserido em um conjunto de ações, representadas no fluxograma a seguir (Figura 1), originadas pelo grupo “Processos Migratórios e Saúde: Perspectivas Interdisciplinares”, coordenado pelo professor Dr. Cássio Silveira, do Departamento de Medicina Social da Faculdade Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP). Os dados utilizados nesta pesquisa fazem parte de um estudo maior intitulado: “Estudo etnoepidemiológico sobre a tuberculose entre imigrantes sul-americanos: contribuições à análise das condições de vida, de trabalho e de saúde dos imigrantes bolivianos na cidade de São Paulo”.

Figura 1 – Fluxograma de desenvolvimento do estudo



Os esforços envidados tiveram por finalidade ampliar e consolidar a colaboração e a produção conjunta de conhecimentos sobre os processos migratórios internacionais, particularmente o desenvolvimento de estudos sobre os bolivianos, suas condições de vida e de saúde, com enfoque nos desdobramentos sócio-sanitários dos processos de adoecimento e análises sobre o acesso aos serviços públicos de saúde.

Nessa perspectiva, os processos de imigração ocorridos em São Paulo podem ser considerados uma das características mais comuns presentes na dinâmica do desenvolvimento da cidade. Essa mobilidade tem provocado recomposições sociais com perfis heterogêneos, conforme os contingentes migratórios provenham de outras regiões do país ou de outros países, em diferentes momentos históricos. No Brasil, os processos imigratórios foram intensificados pelos povos europeus durante o período colonial, nos séculos XIX e XX. A partir do século XX e até a atualidade, tem sido comum a vinda de povos do sul-asiático, do continente africano e, principalmente, dos países vizinhos do Brasil.

A cidade de São Paulo emerge no período pós-colonial tendo por base uma expansão demográfica composta por matrizes com origens nacionais e étnicas muito diferenciadas. Os séculos XIX e XX foram marcantes à configuração de um período histórico que estruturou a consolidação de um espaço urbano com uma característica peculiar: ao desenvolvimento industrial e comercial somou-se a forte atração de estrangeiros, constituindo assim força motriz essencial nos processos de transformação social ocorridos na cidade de São Paulo. Baeninger (2018) refere que:

As migrações Sul-Sul entre e em direção aos países da América Latina, na última década, demonstram a complexidade e heterogeneidade da imigração internacional. Denotam os desafios teórico-metodológicos para explicações e análises das migrações entre os países da região bem como da imigração haitiana, síria, africana, iraquiana, coreana, de imigrações qualificadas, de imigrações refugiadas, dentre outras modalidades migratórias que constroem o mosaico das tendências de deslocamentos de população na contemporaneidade (BAENINGER et al., 2018, p.13).

Dentro dos processos migratórios, os movimentos de imigração contemporâneos emergem como questão social, por um lado, por configurarem deslocamentos impulsionados pelos fluxos de capitais constituintes de um capitalismo que ultrapassa fronteiras político-administrativas e intensifica relações de trabalho fundadas no aprofundamento da precarização das condições de trabalho com vistas à diminuição do custo da produção e da circulação transnacional de produtos (RIZEK; GEORGES; SILVA, 2010); por outro lado, por expressarem necessidades e demandas cujas especificidades passam a exigir respostas diferenciadas e urgentes da sociedade e do Poder Público, por meio de ações e políticas, no processo de consolidação da cidadania.

A constatação de uma variedade de grupos populacionais, diferenciados entre si por características socioeconômicas particulares, ou mesmo por suas particularidades étnicas, não expõe a face oculta de um cotidiano normalmente marcado pelo sofrimento e pelas privações de bens e serviços essenciais à sobrevivência. A heterogeneidade social encontrada no centro da cidade de São Paulo explicita um quadro complexo de relações entre grupos e pessoas em variadas situações e interesses. Não é difícil observar um variado conjunto de posicionamentos sociais ocupados por sujeitos que habitam, transitam ou trabalham na região, assim como por suas inserções em grupos caracterizados por marcas distintivas em seus modos de ser, conceber e ocupar os espaços públicos e privados na área central da cidade (SILVEIRA; CARNEIRO JUNIOR; MARSIGLIA, 2009).

A área central da metrópole evidencia esse quadro social heterogêneo. A existência de uma massa de trabalhadores do comércio e do serviço divide o espaço público com pessoas em situação de rua (albergados ou aqueles que habitam de fato as ruas). As mulheres em situação de prostituição ocupam determinados espaços distintos daqueles ocupados pelas travestis; estes últimos expressam sua estética e seus modos de ser ao cair da noite em espaços públicos e privados caracteristicamente delimitados. As classes médias ocupam casas e apartamentos, muitas vezes intercalados por cortiços e oficinas de trabalhadores imigrantes bolivianos, entre outros. Dependendo do local, a vizinhança pode ser composta, também, por núcleos habitacionais construídos pelo poder público, apresentando condições estruturais precárias, em franco processo de deterioração física e com históricos de relações sociais marcados pela violência promovida pela

delinquência, isoladamente ou pelo crime organizado. Há ainda alguns núcleos habitacionais de favelas que contrastam com a força econômica de corporações que expandem seus limites territoriais por meio da aquisição de terrenos destituídos de valor econômico imediato e demarcado por representações simbólicas que veiculam as imagens da degradação da estrutura urbana e dos grupos sociais que lá habitam ou transitam (FRÚGOLI; SPAGGIARI, 2011; SILVEIRA; CARNEIRO JUNIOR; MARSIGLIA, 2009).

No caso da saúde, existe um espectro amplo e diferenciado de problemas, desde manifestações das várias formas de violência em ambientes públicos ou no espaço da vida privada, até doenças sexualmente transmissíveis, doenças crônicas e respiratórias que atingem adultos e crianças, doenças mentais que assolam segmentos mais vulneráveis, doenças geradas nas atividades laborais, entre outras (CARNEIRO JUNIOR; SILVEIRA, 2003; SILVEIRA; CARNEIRO JUNIOR; MARSIGLIA, 2009).

Neste panorama, apresento esta pesquisa com o intuito de ampliar o conhecimento sobre os processos migratórios de bolivianos residentes em São Paulo, seus modos de vida e trabalho e consequências destes para a saúde dessa população.

1.2 Imigrantes sul-americanos no Brasil e na cidade de São Paulo

Ao analisar os dados censitários nas duas últimas décadas do século XX no Brasil, observa-se a entrada de 89.235 pessoas no período 1981-1991 no país, e 98.514 pessoas no período 1990 e 2000. Essa entrada de novos contingentes de estrangeiros diminui quando comparada aos volumes do passado histórico brasileiro. Por exemplo, o Censo Demográfico de 1991 registra uma população estrangeira de 606.631 pessoas (0,41% da população residente no país); o de 2000 registra 683.380 pessoas (0,40% de seu total populacional), ainda que as cifras estejam subestimadas. A maior parte destes contingentes (cerca de 40%) de imigrantes teve origem nos países do Mercosul Ampliado (Argentina, Paraguai, Uruguai, Chile, Bolívia e Peru); em escala decrescente estão os

imigrantes europeus (20%), asiáticos (12,5%) e da América do Norte (9,1%) (PATARRA, 2005).

Entre os processos migratórios dos povos sul-americanos, destacam-se os bolivianos, que iniciaram o processo de imigração para o Brasil em meados do século XX. Concentraram-se, em sua maioria, nos estados do Mato Grosso do Sul e nas regiões metropolitanas do Rio de Janeiro e de São Paulo. Os números sobre as migrações e fixação de bolivianos no Brasil não são precisos e as estimativas variam bastante. O Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) realizado no ano 2000 apontava a presença de 20.388 imigrantes bolivianos no Brasil, enquanto a Pastoral do Migrante estimava a existência de cerca de 60 mil bolivianos (SILVA, 2006, 2007).

Mais recentemente, o número de imigrantes bolivianos residentes no Brasil foi calculado entre 80 e 200 mil pessoas, com uma concentração de cerca de 40% na cidade de São Paulo. Outra característica demográfica é o número acentuado de adultos jovens com média de idade de 20 anos. Todavia, apesar do grande contingente de jovens, a transição demográfica já pode ser percebida pela evidência do fenômeno do envelhecimento que tem ocorrido concomitantemente à vinda de novos imigrantes bolivianos (SOUCHAUD, 2010; SILVEIRA et al., 2013). Na cidade de São Paulo, dados do IBGE apontam para a existência de 21.679 bolivianos residentes, sendo 17% deste número constituído por bolivianos que se naturalizaram brasileiros (IBGE, 2010).

O Observatório das Migrações Internacionais (OBMigra) divulgou, por meio de seu relatório anual, que em 2015, no Brasil, foram concedidos 833.682 registros para estrangeiros. Estes dados foram obtidos através do Sistema Nacional de Cadastramento de Registro de Estrangeiro (SINCRE) da Polícia Federal e do Ministério da Justiça. Dentre estes imigrantes, o maior volume de registros permanentes concedidos foi para a população boliviana: 50.357 indivíduos, demonstrando que desde os dados do Censo Demográfico de 2010 a imigração boliviana vem crescendo consideravelmente no país (CAVALCANTI; OLIVEIRA; TONHATI, 2015).

A imprecisão numérica apontada acima, permeada pela clandestinidade, não nos permite inferir com exatidão a extensão do número de imigrantes bolivianos presentes na cidade de São Paulo. Porém, permite ao menos verificar a presença considerável destes imigrantes no conjunto da população e formular o problema da imigração e de suas consequências à saúde desse grupo. Quando nos ocupamos em denunciar as precárias condições de vida e de saúde dos imigrantes na cidade, situamo-nos pela perspectiva de um problema de saúde pública localizado em um contexto sociocultural mais ampliado sobre os processos migratórios internacionais (CYMBALISTA; XAVIER, 2007).

1.3 Os processos migratórios internacionais e a saúde dos imigrantes

Nos países da América do Sul, os processos migratórios têm um antigo histórico que remonta ao período de colonização e continua ocorrendo em grande intensidade, ainda hoje.

De maneira geral, as proposições sociológicas sobre os processos migratórios permitem-nos constituir ao menos três bases de entendimento que explicitam e contextualizam os deslocamentos populacionais. Primeiramente, a formação das redes sociais, perspectiva que permite mapear o conjunto de elementos que constituem a base de suporte ao processo migratório. Numa abordagem mais ampliada, os fluxos internacionais de trabalhadores, capitais etc permitem compreender as articulações do capitalismo avançado e escancara seu veio de formação e manutenção de relações de trabalho estruturadas nas bases perversas da exploração. Esses mesmos processos que engendram as migrações configuram o estabelecimento de pessoas e famílias em contextos socioculturais que, por um lado, permitem verificar a existência de contrastes culturais ou mesmo processos de apartação nas sociedades receptoras; por outro lado, permitem também verificar a criação de arranjos relacionais, seja no trabalho, seja na busca pela satisfação de suas necessidades, a manutenção da vida nessas sociedades sem que haja perda de identidades, vínculos de origem e, principalmente, sem quebra de

estruturas sociais e culturais que articulam e solidificam o enlaçamento da vida relacional dos migrantes (SASAKI; ASSIS, 2000; SASSEN, 1998).

Dentro desta complexidade social, inerente aos processos migratórios, a questão da saúde dos migrantes coloca-se não mais como um problema exclusivamente nacional. Pelo contrário, a emergência de situações complexas que envolvem processos de adoecimento, controle e cuidados com a saúde configuraram um amplo e complexo fenômeno transnacional, cujas responsabilidades sobre as ações em saúde por vezes perdem-se na intensa dinâmica de transformações promovidas nos processos migratórios. No conjunto de problemas de saúde dos imigrantes, por exemplo, podem ser elencadas as vulnerabilidades das pessoas e grupos em situação migratória, tais como: riscos nas relações interpessoais, riscos e exploração nas situações de trabalho, situações de inclusão social precária em relações fundadas em preconceitos, existência de atos discriminatórios por vezes institucionalizados e, não raramente, o extermínio de pessoas como fenômeno presente em várias sociedades (ZIMMERMAN; KISS; HOSSAIN, 2011).

Outra característica observada com relação aos cuidados em saúde e aos processos migratórios é a constatação de que o setor de saúde não contempla políticas que permitam encaminhar e resolver os problemas de saúde dos imigrantes. As políticas, via de regra, são fragmentadas e não incorporam a totalidade dos problemas que emergem das variadas situações geradas nos processos migratórios. Observa-se a presença marcante de políticas orientadas por prioridades fixadas em ações de saúde pública voltadas a medidas de controle. Como exemplos, podem ser citados o monitoramento e a triagem para controle de tuberculose e pandemia de gripe, que caracterizam ações em saúde para viajantes, as quais não incorporam a complexidade dos fenômenos do adoecimento ou de outros problemas de saúde que possam envolver os imigrantes (GIOVANELLA et al., 2007; MARTINEZ, 2010; REDE BRASILEIRA DE PESQUISA EM TUBERCULOSE [REDETB], 2005).

Neste contexto, pode-se destacar ainda a não interação do setor de saúde com os demais setores das políticas sociais, fato que amplia ainda mais a fragmentação das

ações e a incompreensão de que as políticas setoriais têm modos de agir e finalidades que diferem entre si não demonstrando, muitas vezes, compatibilidade em relação às necessidades diferenciadas para cada grupo de imigrantes. Por exemplo, a não contemplação, por parte das políticas sociais de maneira geral, das fases do processo de imigração, desde a partida em seus países de origem com suas necessidades, passando por trajetórias de viagens muitas vezes marcadas por circunstâncias adversas, até a chegada e a adaptação no país que os recebe. Em determinadas situações, deve ser acrescentada a preocupação com a imposição do repatriamento e as circunstâncias existentes nos países que recebem os imigrantes (AHONEN; BENAVIDES; BENACH, 2007; CHOI, 2009; GUSHULAK; MACPHERSON, 2011; STEEL et al., 2011; ZIMMERMAN; KISS; HOSSAIN, 2011).

Dentro dessa concepção de processo migratório e riscos à saúde daqueles que migram, tanto a formulação de políticas de saúde, assim como a consecução de estruturas e ações de intervenção em saúde, deveriam contemplar os momentos do processo migratório, suas especificidades e suas necessidades. Neste caso, seria necessário um modelo de análise que permitisse identificar as necessidades preexistentes nos países de origem, o processo de deslocamento e todos os riscos aí envolvidos, até a chegada e o estabelecimento nas novas situações de vida encontradas no país que os recebe (ZIMMERMAN; KISS; HOSSAIN, 2011).

Em relação ao acesso aos serviços de saúde, muitas vezes a ausência de documentos inibe a entrada de imigrantes nesses serviços. Há exemplos de países europeus que recebem grandes fluxos de imigrantes e que abrem parcialmente seus sistemas de saúde a imigrantes indocumentados, ainda que sejam observados processos de retroação das políticas em anos recentes¹. Mesmo nestes casos, há insuficiência de ações que cubram as necessidades dos imigrantes, o que expõe uma complexa trama dentro dos

¹ É o caso da Espanha que, com a crise econômica da última década, tem mudado as regras de acesso dos imigrantes aos serviços de saúde pública. A restrição ao acesso tem se intensificado, o que tem acirrado o cerceamento aos imigrantes, limitando suas demandas a um atendimento reduzido (GOLDBERG, 2013a).

países receptores de imigrantes sobre a emergência que os fenômenos de saúde impõem ao Estado e às políticas sociais.

Os direitos, ora relativizados, ora negados, ora aceitos parcialmente por esses países, constituem mais em arremedos do que soluções às armadilhas impostas pelos processos sociais no conjunto de circunstâncias inscritas no contexto da transnacionalidade (KARL-TRUMMER; NOVAK-ZEZULA; METZLER, 2010; WOLFF et al., 2005).

1.4 As condições de saúde dos imigrantes bolivianos como problema transnacional e local

No Brasil, assim como em outros países, o setor de saúde apresenta dificuldades em absorver as demandas em saúde de imigrantes. Mesmo com acordos multilaterais realizados entre países latino-americanos nas últimas décadas, as iniciativas não têm assumido a configuração de políticas sociais inclusivas que permitam criar melhores maneiras de acesso aos serviços de saúde e promover a manutenção dos cuidados a esses contingentes migratórios já estabelecidos no país. Essas ações, normalmente circunscritas à vigilância sanitária e epidemiológica e, também, ao controle e regulação de imigração de profissionais da área de formação em saúde, configuraram ações isoladas e fragmentadas, pois não formam um conjunto de ações que permitam conceber e praticar respostas mais ampliadas às demandas e necessidades em saúde dos imigrantes (DIAS; SCHOFIELD, 1998; GIOVANELLA et al., 2007).

As precárias condições de trabalho e de vida de parte dos imigrantes bolivianos na cidade de São Paulo, por exemplo, encontram situação análoga na cidade de Buenos Aires, Argentina. A atração exercida por um mercado de trabalho com fortes tendências à exploração de homens e mulheres que migram em busca de novas oportunidades em suas vidas configura uma situação de não visibilidade desse segmento populacional que, em sua grande maioria, vive e trabalha dentro de oficinas têxteis (RIZEK; GEORGES; SILVA, 2010).

A partir de investigações etnográficas realizadas desde 2006, o antropólogo argentino, Alejandro Goldberg vem produzindo um amplo e rico material sobre os imigrantes bolivianos na área metropolitana da cidade de Buenos Aires. Ao abordar distintos processos de adoecimento entre estes imigrantes, o autor verificou intensas relações entre seus modos de vida e de trabalho, suas concepções sobre o processo saúde-doença e seus itinerários terapêuticos. Os itinerários terapêuticos seguidos pelos imigrantes para diagnosticar doenças e tratar sua saúde sofrem influências diretas das condições de trabalho, muitas vezes em situação análoga ao trabalho escravo, assim como as ameaças sofridas nas oficinas de confecção, a falta de documentação que os coloca em situação de irregularidade perante às leis do país e os impede de andarem livremente pela cidade, entre outras adversidades.

Segundo o autor, os imigrantes, de maneira geral, não chegam à cidade de Buenos Aires doentes. Pelo contrário, contraem e desenvolvem as doenças devido aos seus modos de vida, de trabalho e pelas características ambientais de suas habitações (GOLDBERG, 2010a, 2010b, 2014; GOLDBERG; SILVEIRA, 2013). A clandestinidade, as longas jornadas de trabalho, a permanência e a reclusão em locais insalubres que são simultaneamente espaço de trabalho e moradia, oferecem todas as condições para o comprometimento da saúde desses imigrantes. Essa existência, marcada pela clandestinidade e pelas distâncias impostas pelas barreiras culturais, assim como suas experiências sobre o adoecer e a herança trazida pelo conjunto de doenças preexistentes em seu país de origem, como a doença de Chagas e de outras desenvolvidas no contexto migratório, como a tuberculose no caso dos bolivianos, correm o risco de permanecer invisíveis no contexto da experiência de vida urbana nas cidades (GOLDBERG; SILVEIRA, 2013; SILVEIRA et al, 2013).

Deste modo, em relação à saúde dos imigrantes, é possível verificar um quadro de expansão de patologias intimamente associadas às condições de vida e de trabalho. No distrito do Brás, por exemplo, a experiência dos serviços de atenção primária em saúde mostrou dados alarmantes em relação à tuberculose: a incidência é mais alta entre bolivianos, que atingiram o percentual de 58% do total de pacientes em tratamento. Por

outro lado, a taxa de cura atingiu 94% dos casos tratados, superando a meta estabelecida pelo Ministério da Saúde que é de 80% (REDETB, 2005).

Estudo realizado nos distritos do Belém, Bom Retiro, Brás e Pari conferiu importância à comunidade de bolivianos no tocante ao aumento da incidência de tuberculose na área urbana estudada. O estudo constatou uma inversão no número de casos da doença: enquanto para os brasileiros a patologia diminuiu em 45%, entre os bolivianos a patologia aumentou em 250% nos últimos dez anos. A taxa de cura nesse grupo, porém, é de 70,9%, ou seja, maior que a dos brasileiros que é de 62,1%. O acesso ao serviço de saúde e a continuidade ao tratamento medicamentoso são os motivos apontados pela autora do estudo para o sucesso no tratamento (MARTINEZ, 2010).

Por outro lado, na última década na cidade de São Paulo, no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), temos observado o desenvolvimento de uma atenção à saúde voltada a esses grupos. A incorporação de suas demandas, estruturada dentro de uma linha de compreensão que inclui a complexidade das situações dos processos migratórios, estabeleceu o nível de Atenção Primária à Saúde (APS) como instância privilegiada de atenção aos grupos de imigrantes, definindo os seguintes aspectos: ações em saúde no âmbito individual e coletivo; promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças; práticas gerenciais e sanitárias; e, responsabilidade sanitária pelo território além do reconhecimento do contato preferencial junto à população (STARFIELD, 1992).

Particularmente no caso dos imigrantes sul-americanos, a APS tornou-se um importante ponto de apoio e intervenção nos cuidados à saúde dessas pessoas. Dentro da APS, a Estratégia Saúde da Família (ESF) introduziu a novidade da contratação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) bolivianos, formando uma composição, até então inexistente no país, de equipes de trabalhadores em saúde que pudessem promover uma ação orientada para o contato direto com a realidade de famílias e grupos de imigrantes reunidos nos mesmos domicílios, objetivando a melhoria do acesso aos serviços e da adesão aos cuidados em saúde (CARNEIRO JUNIOR et al., 2011; MARSIGLIA; SILVEIRA; CARNEIRO JUNIOR, 2005).

A ESF está organizada em equipes de composição multiprofissional, compostas por no mínimo um médico de família e comunidade, um enfermeiro de saúde pública, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis ACS. Os trabalhos são desenvolvidos a partir de territórios definidos com micro-áreas de abrangência. Estas, por sua vez, são definidas com o cadastramento e acompanhamento de um número determinado de famílias para cada equipe (de 600 a mil famílias), com limite máximo de 4.500 pessoas por equipe. Cada ACS acompanha no máximo 150 famílias ou 450 pessoas (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE [CONASS], 2011).

Os dados apresentados evidenciam que as redes que permeiam o adoecer dos sujeitos são abrangentes e englobam diversas esferas da sua vida, cotidiano e experiências. Tais circunstâncias ultrapassam questões unicamente físicas ou biológicas, tornando necessário que a visão direcionada ao cuidado desta população seja ampliada e adaptada ao contexto em que estão inseridos.

1.5 Perspectivas de contribuições ao tema de estudo

Dentro da perspectiva da Antropologia Médica e suas contribuições ao desenvolvimento do paradigma interdisciplinar da Saúde Coletiva como, por exemplo, através do desenvolvimento de uma epidemiologia sociocultural, a proposta do estudo foi a de explorar a relação entre modos de vida, trabalho e saúde, doença e cuidados à saúde de grupos sociais (ALMEIDA FILHO, 1992; MENÉNDEZ, 1994).

A busca pela solução de problemas relacionados à saúde percorre diversos itinerários terapêuticos, conforme os significados conferidos pelos indivíduos ao que se compreende como saúde, doença e cuidado e de acordo com o meio em que estão inseridos. Deste modo, estes significados podem estar relacionados aos cuidados biomédicos ou não. As estratégias utilizadas nestes itinerários podem envolver mecanismos de assistência à saúde formais ou informais, religiosidade, práticas tradicionais ou caseiras de cuidado, entre outros (CABRAL et al., 2011). Assim, a abordagem proposta valoriza a

perspectiva dos atores dentro de uma abordagem relacional e processual que inclui não apenas o conjunto de atores sociais, as estruturas de significado e interesse, mas também considera as relações assimétricas em termos de hegemonia e/ou subalternidade, além do contexto em que os sujeitos estão inseridos (GOLDBERG, 2014).

Além disso, intencionou-se recuperar outras produções recentes em Antropologia Médica que têm contribuído, por meio do desenvolvimento de conceitos como "violência estrutural" (FARMER, 2004) e "família transnacional" (HINOJOSA, 2009) à análise de vários processos de desigualdade social e às várias formas de violência nele subjacentes. Este estudo pretende aderir às contribuições já realizadas que levaram à compreensão de certos processos de violência estrutural em nível regional e sua relação com diferentes tipos de doenças sofridas por indivíduos pertencentes a grupos culturais específicos e com características de subordinação, com foco no caso dos imigrantes bolivianos na cidade de São Paulo, que trabalham e, muitas vezes, vivem nas oficinas de costura.

Do ponto de vista da Saúde Coletiva e do enfoque a partir das múltiplas dimensões socio-sanitárias que interagem atualmente no âmbito da saúde pública brasileira, especificamente no estado de São Paulo, encontramos perfis etnoepidemiológicos bastante específicos em determinadas populações de imigrantes, como demonstram os indicadores de saúde relativos a estes grupos. O aumento das iniquidades, já observadas anteriormente devido às desigualdades sociais e modos de vida e de trabalho, a prevalência de doenças infecciosas ou barreiras de acesso aos cuidados em saúde, constituem alguns dos problemas identificados (GOLDBERG, 2010a, 2013b, 2014; GOLDBERG; SILVEIRA, 2013; SILVEIRA et al., 2013).

Neste sentido, ressalta-se a necessidade do incremento da produção científica, devido à relativa escassez de obras produzidas a partir das disciplinas do campo das Ciências Sociais sobre esse assunto. O desafio é de produzir contribuições inovadoras que reflitam empiricamente, conceitualmente e metodologicamente sobre os processos migratórios internacionais contemporâneos e a área da saúde, reconhecendo as especificidades de cada um deles para além das particularidades dos contextos

históricos, sociais e geográficos em que operam (GOLDBERG; MARTIN; SILVEIRA, 2015).

A condição de saúde dos imigrantes na área central da cidade de São Paulo tem demonstrado certas peculiaridades que reforçam a necessidade de ações pautadas, por um lado, pela ciência das reais causas de problemas de saúde determinados pelas condições impostas pelo processo migratório como um todo. Por outro lado, pela capacidade efetiva de intervenção que resulte em benefício à saúde e, simultaneamente, denuncie as condições de existência de famílias e grupos de pessoas que sofrem as consequências de estruturas relacionais organizadas com base na exploração do trabalho moldada em formato de rede internacional.

A preocupação que impulsiona o estudo do tema junto a esses imigrantes justifica-se, portanto, na necessidade de produção de estudos que associem a epidemiologia aos estudos de abordagem qualitativa e que permitam aprofundar os conhecimentos sobre os modos de vida e trabalho e, também, na maneira como o adoecimento é percebido pelos imigrantes. A produção de conhecimentos sob uma perspectiva qualitativa pode vir a fomentar a expansão de ações nos serviços públicos de saúde, assim como oferecer subsídios à melhoria dos cuidados já oferecidos pela rede pública de saúde, além de servir como mote para futuros estudos.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Investigar as experiências sobre os modos de vida e trabalho relacionadas às concepções do processo de adoecimento e a busca por cuidados em saúde próprios aos grupos de imigrantes bolivianos em São Paulo.

2.2 Objetivos específicos

Conhecer as condições de vida dos participantes do estudo: locais de moradia, alimentação, renda e convivência em espaços de sociabilização.

Identificar a organização e o contexto dos serviços de saúde utilizados para o cuidado da saúde dos imigrantes bolivianos e suas ações específicas.

3 MÉTODO DE PESQUISA E DESCRIÇÃO DO CAMPO

A metodologia adotada encontra-se dentro dos cânones contemporâneos dos estudos qualitativos como estratégia privilegiada de investigação para a abordagem da complexidade dos processos sociais, enfocando neste caso as dimensões da saúde-doença-cuidados (HAMMERSLEY; ATKINSON, 1994).

Foi realizada pesquisa qualitativa e combinadas as técnicas de observação participante e entrevistas em profundidade semiestruturadas. Por meio de um enfoque holístico-relacional, buscou-se conhecer e descrever, por um lado, determinadas problemáticas de saúde vinculadas às experiências a que estão submetidos os sujeitos da pesquisa em seus modos de vida e de trabalho, dentro do contexto de inserção migratória, os quais em alguns casos as observações epidemiológicas não permitem esclarecer em profundidade. Por outro lado, buscou-se também compreender porquê são produzidos os processos de adoecimento, o contexto no qual emergem e os processos de cuidados desenvolvidos pelos sujeitos para resolver seus padecimentos.

Portanto, a metodologia qualitativa e o uso das técnicas de coleta de dados a ela subjacentes supõe a possibilidade de cruzar trajetórias pessoais e coletivas em contextos histórico-sociais específicos, permitindo a compreensão das modalidades e das dimensões político-sociais das experiências subjetivas. Assim, acreditando ser possível conhecer as relações, vínculos e articulações entre os processos macro-sociais e os percursos individuais dos sujeitos imigrantes, assim como suas experiências de atenção dentro dos serviços de saúde (GOLDBERG, 2013b).

3.1 Entrevistas: levantamento sobre as condições de vida, de trabalho e de saúde dos participantes da pesquisa

Foi utilizada a técnica de entrevista, realizada em duplas pelos pesquisadores, com uso de gravador digital e roteiros semiestruturados. Os roteiros foram elaborados na língua portuguesa e depois traduzidos para a língua espanhola. Foram analisadas 20 entrevistas no total (Roteiro de entrevista individual está apresentado no Anexo A).

Este momento do estudo contemplou um levantamento sobre os processos migratórios e das concepções sobre saúde, doença e cuidados que orientam a população de residentes bolivianos. A intenção foi a de promover conhecimentos sobre a experiência de adoecimento, tais conhecimentos foram enfocados sob os seguintes aspectos:

- a) Contextualização do processo de migração: região da Bolívia de origem, acesso aos serviços de saúde na Bolívia, tempo de chegada ao Brasil, quais os meios utilizados para chegar ao país;
- b) Condições de vida: locais de moradia, alimentação, renda, convivência em espaços de sociabilização, acesso à cultura e lazer e escolaridade;
- c) Condições de trabalho: segurança, períodos de descanso, carga horária, proventos, salubridade, periculosidade, produtividade.

A ênfase dada à questão do acesso aos serviços de saúde pelos imigrantes ganha relevância no estudo em decorrência da necessidade de apreender determinados aspectos relativos às percepções dos imigrantes sobre os seguintes aspectos:

- a) Tipos de serviços frequentados;
- b) Percepção da qualidade do atendimento recebido: dificuldades encontradas, barreiras linguísticas, relação com profissionais de saúde;
- c) Identificação de possíveis barreiras percebidas no acesso e na obtenção de cuidados nos serviços.

Para fins de análise das entrevistas, foram realizadas transcrições, leitura e elaboração de resumo de cada entrevista evidenciando os pontos principais, agrupamento dos dados de acordo com os objetivos propostos e com as categorias de sentido encontradas na análise e interpretação das entrevistas.

3.2 Observação das condições de moradia e de trabalho nas oficinas de costura

A interação com o ambiente em que os participantes da pesquisa viviam colocou em foco a questão da moradia associada ao trabalho de imigrantes dedicados ao ramo das confecções. Nesta situação foram observadas as condições físicas de moradia, dando destaque à descrição dos ambientes físicos das oficinas de costura e dos riscos existentes ao desenvolvimento de patologias.

As condições do ambiente (ventilação, iluminação, acesso etc) e as condições sanitárias foram relacionadas com as condições de trabalho dos imigrantes. Neste caso, a observação contemplou a adequação de aspectos arquitetônicos, as condições do ar, existência de agentes químicos, poeira, carga de trabalho e situação ergonômica (Roteiro de observação está apresentado no Anexo B).

3.3 Participantes da pesquisa

Foram incluídos os imigrantes bolivianos maiores de 18 anos, de ambos os sexos, trabalhadores de oficinas de costura, que aceitaram o convite feito previamente para participar da entrevista.

3.4 A equipe de pesquisa e a preparação para o campo

Por se tratar de um estudo inserido em uma pesquisa maior, a pesquisa de campo pôde contar com a presença de entrevistadores com domínio de língua espanhola e experiência em participação em outras pesquisas em saúde junto aos imigrantes, dentre eles, antropólogos, enfermeiros, psicólogos e estudantes de medicina. Antes do início da pesquisa de campo, foi realizada oficina preparatória para a discussão de temas

relacionados ao estudo, a apresentação e discussão dos instrumentos de coleta de dados e a agenda para o campo de pesquisa².

Duas informantes-chave fizeram parte da equipe de pesquisa, ambas enfermeiras, sendo uma boliviana e atuante em uma Organização Não Governamental (ONG) voltada para assistência à população boliviana em São Paulo, vinculada a uma igreja de denominação evangélica; e a outra filha de bolivianos que possuem oficina de costura no município de Guarulhos. Estas informantes contribuíram na aproximação com os participantes da pesquisa e no acompanhamento para a realização das entrevistas.

Além dos pesquisadores responsáveis e colaboradores da pesquisa, a equipe contou com a parceria de ACS, inclusive de nacionalidade boliviana que eram funcionários de um dos locais de pesquisa, auxiliando nos contatos com os imigrantes, no agendamento das entrevistas e durante a realização das mesmas. Foram realizadas ainda, diversas reuniões com toda a equipe de pesquisa e contatos *online* para discussão e alinhamento do trabalho de campo, antes, durante e após cada incursão com o intuito de que as trocas e o aprendizado fossem construídos em conjunto.

² A oficina contou com uma palestra de abertura realizada pelos coordenadores da pesquisa Cássio Silveira e Manoel Ribeiro, e apresentações dos temas relacionados ao estudo: “Processos migratórios internacionais: os bolivianos em São Paulo” por Patrícia T. Freitas; “A TB no estado de São Paulo” por Maria Josefa Penon Rujula; “TB em sul-americanos na cidade de São Paulo: vigilância, controle e tratamento” por Rosangela Mineo; “A distribuição geoespacial da TB na cidade de São Paulo” por Manoel Ribeiro e Priscila Scaf; “Métodos qualitativos e etnografia” por Denise Martin; e “A TB em imigrantes bolivianos na cidade de Buenos Aires” por Alejandro Goldberg.

3.5 Locais de pesquisa

Considerando a dificuldade na aproximação e imersão no campo proposto para o estudo (oficinas de costura), o contato foi iniciado em outubro de 2015 por meio do Centro de Saúde Barra Funda, devido ao número de imigrantes bolivianos residentes na região. Este contato foi facilitado pelo fato de a unidade de saúde possuir vínculo com a FCMSCSP, instituição responsável por promover o estudo base desta pesquisa. O intuito dessa aproximação foi o acesso às oficinas de confecção de imigrantes bolivianos existentes no entorno da unidade de saúde e a observação da relação desta população com o serviço de saúde.

Após esse primeiro contato em campo, foi identificada a necessidade da ampliação dos sítios de pesquisa, para que representassem uma maior diversidade e riqueza à análise do estudo. Desta forma, foram incluídos como locais de pesquisa as oficinas de confecção no município de Guarulhos no primeiro semestre de 2016.

Após as incursões nas oficinas da Barra Funda e de Guarulhos, foram incluídos aos locais a serem visitados para pesquisa, espaços de socialização da comunidade boliviana e de busca por cuidados em saúde, a Associação dos Residentes Bolivianos (ADRB), ONG que presta serviços médicos à população boliviana em São Paulo. Por meio das campanhas de saúde realizadas por esta ONG iniciamos, ainda, incursões de observação em dois espaços de convivência dos sujeitos de pesquisa: as feiras bolivianas da Rua Coimbra e a da Praça Kantuta, com visitas regulares a partir do segundo semestre de 2016 até o segundo semestre de 2018.

3.6 Aproximações e primeiros contatos

No dia combinado, foi realizada a reunião com alguns representantes da equipe que atua na unidade. Neste encontro participaram uma médica, uma enfermeira e as ACS. Conversamos sobre as características da população atendida e da região onde se encontra a Unidade Básica de Saúde (UBS), incluindo as oficinas de costura, quais as maiores demandas atendidas na unidade, sobre o fluxo de atendimento à população e a relação entre profissionais de saúde e os imigrantes atendidos na UBS. Cada profissional contou um pouco sobre sua experiência de atuação e atividades desenvolvidas junto aos imigrantes atendidos na UBS, falando também sobre suas percepções das condições de vida e de trabalho dos imigrantes bolivianos em São Paulo, baseados em sua prática diária e convívio com essas pessoas.

O espaço físico da UBS foi apresentado pelos profissionais e foi possível verificar a presença de comunicação visual em português e espanhol por todos os locais. A unidade é bem ampla e arejada contando com uma área externa arborizada e organizada de modo que se possa desenvolver atividades com os pacientes, não só em sua área interna, mas também ao ar livre.

Neste primeiro contato, foi possível elaborar a agenda de visitas às oficinas, de acordo com a programação das ACS. Ficou decidido que seriam realizadas mais de uma visita semanal e as idas e vindas de Santos à São Paulo seriam mais frequentes do que o esperado inicialmente. Com isso, a previsão da agenda foi adaptada à disponibilidade das ACS que acompanhariam as entrevistas. Embora a logística para a realização do campo tenha se apresentado bastante trabalhosa, o objetivo foi contemplar o maior número de oficinas no território para que os resultados obtidos fossem o mais diversificado possíveis, abrangendo várias realidades vivenciadas pelos imigrantes bolivianos na região.

3.7 Ampliação do campo de estudo: domicílios, oficinas de confecção e espaços de convivência

Como dito anteriormente, o acesso aos imigrantes realizado por intermédio das Agentes Comunitárias do centro de saúde, contou também com profissionais de nacionalidade boliviana, como estratégia para que o contato com essa população fosse viabilizado da melhor forma. As ACS possuem o mapeamento de todas as casas onde residem os imigrantes da região, fazendo visitas periódicas para acompanhamento das famílias desenvolvendo, assim, uma relação de confiança com a população atendida.

Contudo, após o período destinado para a realização do trabalho de campo na unidade da Barra Funda, ao analisar as características das oficinas visitadas, foi verificada a necessidade de direcionar os objetivos dentro do estudo, de modo que a pesquisa não fosse concentrada apenas nas oficinas desta região e, assim, ampliá-la para outros âmbitos socioculturais nos quais estes imigrantes vivem. Deste modo, decidiu-se expandir o campo de pesquisa para que uma maior diversidade de contextos pudesse ser contemplada na análise do estudo.

Assim sendo, após idas e vindas na discussão e análise da melhor abordagem a ser aplicada, foi iniciado o contato com as informantes-chave da pesquisa para que outras frentes fossem consideradas. Segundo relatos obtidos em campo e em conversas com pessoas engajadas em atividades na comunidade boliviana, além das próprias informantes-chave do estudo, inferiu-se que parte dos imigrantes bolivianos donos de oficina residentes na região de abrangência de atendimento da UBS da Barra Funda e do município de São Paulo em geral, estavam realizando um deslocamento para o município de Guarulhos a fim de estabelecer seus negócios em locais maiores e a menores custos.

Com esta informação sobre a mudança dos locais de uma parcela das oficinas de costura da cidade de São Paulo para Guarulhos, foi elaborada uma estrutura para que essa região participasse das investigações por meio do contato com donos de oficinas, que foram facilitados pelo pai uma das informantes, também dono de oficina nessa região.

Desta maneira, o intuito da utilização da abordagem qualitativa neste estudo foi o de agregar as diversas esferas da vida dos imigrantes bolivianos: laboral, familiar, social, lazer, comunitário, a busca por cuidados com a saúde, prevenção de doenças e explicações de cura. À vista disso, a abordagem qualitativa aqui utilizada traz a oportunidade de aprofundar em alguns aspectos socioculturais da população estudada, procurando descrever parte do universo que explica e fornece sentido às experiências de adoecimento vividos pelos grupos de imigrantes e processos aí envolvidos, tais como, busca por serviços de saúde e tratamento médico nos serviços de saúde, públicos ou não.

3.7.1 Centro de Saúde Escola Barra Funda “Dr. Alexandre Vranjac”

É uma UBS localizada no bairro da Barra Funda, resultado de um convênio entre a Fundação Arnaldo Vieira de Carvalho (FAVC), entidade filantrópica de caráter educacional, sem fins lucrativos e mantenedora da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (ISCMSP) e a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP). Caracteriza-se como uma unidade de saúde pública, no nível da atenção primária, responsável pelo atendimento médico-sanitário à população da sua área de abrangência, articulada aos outros serviços de saúde da rede pública do município.

A unidade conta com uma equipe multidisciplinar de saúde. Dentre os profissionais estão: médicos, cirurgiões dentistas, auxiliar de saúde bucal, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, farmacêutico, auxiliares de farmácia, psicóloga, assistentes sociais, motorista, assistentes administrativos, assistentes financeiros, auxiliares administrativos,

assistente de informática, agentes comunitários de saúde, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, jovens aprendizes, auxiliar de limpeza, auxiliar de manutenção e seguranças.

A população atendida é composta por moradores da região, contemplando alguns grupos de maior vulnerabilidade social (imigrantes, indivíduos em situação de rua, travestis e profissionais do sexo). Toda comunicação visual do local é adaptada com seus informativos em espanhol. As Figuras 2 a 4 ilustram alguns ambientes do Centro de Saúde.

Figura 2 – Portão de acesso ao Centro de Saúde Escola Barra Funda “Dr. Alexandre Vranjac”



Fonte: <https://www.santacasasp.org.br/portal/site/complexo/hospitais/csebf>

Figura 3 – Corredor de espera entre os consultórios



Fonte: <https://santacasasp.org.br/portal/site/complexo/centros-ambulatorios>

Figura 4 – Área verde da unidade



Fonte: <https://santacasasp.org.br/portal/site/complexo/centros-ambulatorios>

3.7.2 *Oficinas de confecção*

Foram visitadas oficinas de costura localizadas em duas regiões, com características opostas. Na região do entorno do Centro de Saúde da Barra Funda, a aproximação com as oficinas se deu por meio do acompanhamento das visitas periódicas feita pelas ACS aos indivíduos atendidos na unidade de saúde, onde a maioria dessas oficinas possuem condições de trabalho diferenciadas, com características familiares.

O outro local foco das observações das oficinas de costura foi o município de Guarulhos, por meio do contato com informantes-chave. As oficinas visitadas neste município eram instaladas em locais com menores custos de aluguel e apresentavam uma logística de produção em larga escala, além de prazos estreitos a serem cumpridos rigorosamente.

Durante as incursões em campo não obtive autorização para realizar a captura de imagens em nenhuma das oficinas visitadas. A Figura 5 foi retirada de uma notícia veiculada na internet e ilustra a realidade encontrada em diversos locais no decorrer da pesquisa.

Figura 5 – Oficina de costura de imigrantes bolivianos



Fonte: <http://molinacuritiba.blogspot.com/2013/04/imigrantes-escravizados-em-sao-paulo-e.html>

3.7.3 Feira boliviana da praça da Kantuta

A feira da Kantuta ocorre todos os domingos no bairro Pari, em São Paulo, desde o ano de 2002 (Figuras 6 a 11). Seu nome presta uma homenagem a uma flor andina, que pode ser encontrada nas cores verde, vermelha e amarela, assemelhando-se a bandeira da Bolívia.

O local conta com mais de 90 barracas com produtos, comidas, itens bolivianos industrializados, artesanatos, itens de vestuário, instrumentos musicais de sopro, CDs, DVDs e outras publicações que vêm diretamente da Bolívia. Existem também barracas que transmitem programas bolivianos e outras que fazem cortes de cabelo. No período da tarde é possível encontrar apresentações de dança com músicas típicas do país e

outras manifestações culturais. As datas comemorativas da Bolívia são sempre homenageadas na feira Kantuta.

Neste espaço de convivência os imigrantes bolivianos buscam o contato com elementos de seu país de origem, além de ser um famoso ponto de encontro de sua comunidade. O idioma mais comum na feira da Kantuta é o espanhol, mas todos comunicam-se sem problemas. Ao visitar a feira, nos sentimos como estrangeiros visitando um outro país.

Figura 6 – Feira boliviana da Praça Kantuta



Nota: Neste palco são realizadas apresentações artísticas e culturais aos frequentadores da feira.
Fonte: Arquivo Pessoal.

Figura 7– Barraca de ervas medicinais e produtos alimentícios da Bolívia



Nota: Segundo os comerciantes da feira da Kantuta, os produtos indicados e comercializados nestas barracas são trazidos da Bolívia e possuem propriedades medicinais para os mais diversos fins, de acordo com ensinamentos passados por seus antepassados.

Fonte: Arquivo Pessoal.

Figura 8 – Barraca de CDs e DVDs com músicos e programas de televisão bolivianos



Fonte: Arquivo Pessoal

Figura 9 – “Peluqueria” (cabelereiros bolivianos)



Fonte: Arquivo pessoal.

Figura 10 – Propaganda de xamã andino na Feira da Kantuta



Nota: Neste ponto da feira é possível conversar e agendar atendimentos individuais a serem realizados em outro local, com o uso de elementos xamânicos para resolução de diversos padecimentos.

Fonte: Arquivo pessoal.

3.7.4 Feira boliviana da rua Coimbra

A rua Coimbra é conhecida pela grande concentração de imigrantes bolivianos desde o início dos anos 1990. Aos sábados, nesta rua, ocorre uma feira com elementos típicos da Bolívia e alta participação da população de jovens bolivianos (Figuras 12 a 19).

Nas figuras a seguir é possível observar a exposição de vagas de emprego e moradia, quase que em sua totalidade em oficinas de costura. Existem também muitos locais com cabines próprias para que se façam ligações telefônicas para a Bolívia e diversas barracas de comida e restaurantes para quem prefere realizar sua refeição melhor acomodado.

No local, além dos produtos alimentícios, há uma variedade imensa de pomadas, vendidas em pequenas latas e unguentos para os mais diversos fins. Assim como na Praça Kantuta, na feira da rua Coimbra existe a oferta de consultas com xamãs andinos que tratam de problemas cotidianos em geral, e de problemas específicos aos imigrantes bolivianos, como: donos de oficina que são abandonados consecutivamente por seus funcionários ou o caso de oficinas que vão mal nos negócios. A rua Coimbra abriga ainda o Centro Integrado do Imigrante, onde localiza-se a ADRB.

Figura 12 – Propagandas dos serviços de ligações para a Bolívia



Fonte: <https://www.sampainesgotavel.com.br/2016/08/21/uma-bolivia-dentro-do-bras/>

Figura 13 – Feira boliviana da rua Coimbra vista do alto



Fonte: <https://www.sampainesgotavel.com.br/2016/08/21/uma-bolivia-dentro-do-bras/>

Figura 14 – Imigrante boliviano junto ao painel de oferta de empregos



Fonte: Arquivo pessoal.

Figura 15 – Foto tirada em frente ao Centro Integrado do Imigrante na rua Coimbra



Fonte: Arquivo pessoal.

Figura 16 – Porta de entrada para o local de atendimento dos xamãs e curandeiros andinos na rua Coimbra



Fonte: Arquivo pessoal.

Figura 17 – Cartaz que faz propaganda dos serviços prestados pelos xamãs e curandeiros andinos na rua Coimbra



Fonte: Arquivo Pessoal

Figura 18 – Cartaz que faz propaganda sobre as doenças que podem ser tratadas com o uso das medicações comercializadas nas barracas



Fonte: Arquivo pessoal.

Figura 19 – Barraca de medicamentos naturais



Fonte: Arquivo pessoal.

3.7.5 Associação dos Residentes Bolivianos

Fundada em 25 de maio de 1969 e considerada por seus membros como a associação mais antiga de imigrantes bolivianos no Brasil, localiza-se dentro do Centro Integrado do Imigrante na Rua Coimbra, local que oferece diversos serviços para a comunidade imigrante em São Paulo, tais como assessoria jurídica e contábil, envio de remessas de encomendas para a Bolívia, agência de viagens e suporte para regularização de documentos.

A ADRB conta com uma equipe formada por voluntários médicos, dentistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem, entre outros profissionais que prestam atendimento cotidianamente e nas campanhas de promoção da saúde e prevenção de doenças, sendo que muitos profissionais são de nacionalidade boliviana. A associação tem como diretores membros de nacionalidade boliviana que possuem influência e articulação entre seus pares e é mantida por contribuintes da comunidade boliviana. Seu objetivo é promover o protagonismo dos imigrantes no desenvolvimento de estratégias de fortalecimento de sua rede de apoio.

As Figuras 20 e 21 apresentam a fachada do local onde fica localizada a ADRB e a parte interna da associação, pela manhã, no horário de início da campanha de promoção da saúde, ainda com poucos pacientes em atendimento.

Figura 20 – Fachada do Centro Integrado do Imigrante, onde localiza-se a ADRB



Fonte: Arquivo pessoal.

Figura 21 – Imigrantes bolivianos em atendimento no serviço de triagem da ADRB



Fonte: Arquivo pessoal.

3.8 Considerações éticas

Como informado anteriormente, os dados utilizados nesta pesquisa fazem parte de um estudo maior intitulado “Estudo etnoepidemiológico sobre a tuberculose entre imigrantes sul-americanos: contribuições à análise das condições de vida, de trabalho e de saúde dos imigrantes bolivianos na cidade de São Paulo”. Aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP) sob o número de parecer: 1.003.009; CAAE: 43107115.9.0000.5479.

Existiram diversas questões éticas relacionadas aos temas tratados no estudo que foram respeitadas durante a pesquisa de campo. No tocante às entrevistas com os imigrantes bolivianos, foi formalizado o compromisso de não divulgar nomes ou dados respectivos aos entrevistados, assim como somente foram realizadas entrevistas com indivíduos que consentiram em conversar sobre o tema, aos quais foram feitas perguntas

sem exigência de resposta. O desenvolvimento da pesquisa respeitou os direitos dos entrevistados nesses e em outros aspectos.

As entrevistas foram gravadas, sempre com a garantia de confidencialidade aos participantes. No caso do participante não se importar em divulgar seu nome, ainda assim o entrevistado foi identificado por iniciais.

4 O COTIDIANO DAS OFICINAS DE CONFECÇÃO DOS IMIGRANTES BOLIVIANOS: GUARULHOS X BARRA FUNDA

4.1 Diferenças entre as oficinas de costura e a sua influência nas condições de vida e saúde dos trabalhadores imigrantes bolivianos

A análise das observações e conversas vivenciadas em campo permitiu constatar uma grande heterogeneidade entre os imigrantes bolivianos residentes em São Paulo. Mesmo que, em grande parte dos casos, esses indivíduos exerçam o mesmo ofício, outros motivos como tempo de chegada ao Brasil, configurações e estruturas familiares, redes de apoio, inserção na comunidade boliviana, entre outros, fazem com que suas condições de vida e de trabalho se diferenciem entre si.

As diferenças nestas conformações e os reflexos provocados por elas no cotidiano dos indivíduos remetem à necessária reflexão da influência direta a que estas causas induzem ao comprometimento da saúde destes trabalhadores imigrantes, como as altas cargas de trabalho, ausência de descanso e repouso adequado, alimentação, ambientes mal arejados e insalubres e as dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Deste modo, neste capítulo pretende-se descrever as diferenças encontradas no cotidiano dos bolivianos trabalhadores entre as duas oficinas de confecção objeto da pesquisa e a multiplicidade de contextos que se entrelaçam e convivem simultaneamente, trazendo uma ampla riqueza de diversidade que se esconde por detrás do estereótipo conhecido do “boliviano oficineiro”.

4.2 Barra Funda: oficinas familiares

4.2.1 Oficina 1

Fomos acompanhados, um entrevistador e eu, na visita às oficinas por uma das ACS, que trabalhava há 14 anos no bairro da Barra Funda e tem um vínculo de confiança estabelecido com os moradores da região. Percorremos as ruas do bairro no caminho até as oficinas onde pudemos observar a circulação de muitos imigrantes. O bairro conta com comércios, escolas, centro esportivo, uma escola de samba (Camisa Verde), novos empreendimentos imobiliários (prédios em construção) e um centro de acolhida para população em situação de rua.

Fomos recebidos pelos donos da oficina, um casal que já está há 20 anos no Brasil e já morou em várias regiões de São Paulo. A entrada da casa/oficina era totalmente fechada, quase não se percebia que há uma casa ali. A casa era alugada, muito grande e espaçosa, feita em alvenaria. Além do piso superior onde se encontravam os quartos, havia também um anexo à casa onde existiam mais quartos e um banheiro para uso dos moradores. A casa contava com vários eletrodomésticos, como geladeira (mais de uma), *freezer*, televisão, fogão (mais de um), forno de micro-ondas, máquina de lavar, computador e rádios.

A dona da oficina relatou que já viveu em vários bairros de São Paulo e que ultimamente os donos de oficina procuravam por casas nos municípios vizinhos devido aos altos valores cobrados pelo aluguel na cidade. Referiu que o valor pago pela casa em que morava atualmente era exorbitante, sem revelar o valor exato.

Nesta casa eram destinadas três salas para o funcionamento da oficina, mas no dia da visita apenas duas estavam sendo utilizadas. As salas eram bem arejadas e ventiladas com janelas para entrada de ar e luz, com ventiladores no local (embutidos na parede, inclusive) para uso dos funcionários. Havia em torno de 10 máquinas no total.

Logo na entrada, podiam ser observadas diversas pilhas de tecidos enfileirados por toda área da oficina.

A oficina era composta por trabalhadores da mesma família. Essa família possuía grau de parentesco com uma ACS, boliviana, que também atuava na UBS Barra Funda. No momento da visita só dois casais trabalhavam nesta sala, porém foi relatado que, conforme a demanda de pedidos a serem entregues, os donos da oficina também participam da confecção e outros funcionários também são contratados. Todos trabalhavam e residiam no mesmo endereço.

Moravam no local: o casal dono da oficina com seu filho de 17 anos, um casal sem filhos, um casal com uma filha de 24 anos que faz faculdade de enfermagem na Faculdades Unidas Metropolitanas (FMU) e a irmã da dona da oficina com seu filho de 11 anos que foi diagnosticado com autismo e fazia acompanhamento no Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPS-I).

O início do processo migratório familiar se deu por meio do casal dono da oficina e, após se estabelecerem no Brasil, foram trazendo os outros familiares para que pudessem ajudar na oficina. Relataram que pagaram suas próprias passagens e não tiveram os documentos retidos pelos donos da oficina que os recebeu, quando vieram para o país.

A dona da oficina e sua irmã cuidavam da limpeza da casa e cozinhavam para todos. As refeições eram realizadas na cozinha da casa. No momento da entrevista, o almoço estava sendo preparado e havia diversos ingredientes sobre o balcão da cozinha como verduras, legumes e temperos. Foi possível observar também algumas frutas e biscoitos. A dona da oficina relatou que fazia peixe naquele dia e que costumava combinar a culinária boliviana com a brasileira, incluindo em seu cardápio quase que diariamente o feijão. Outro ingrediente muito utilizado, segundo ela, eram as batatas, preparadas de diversas formas.

Por estarem acima do peso, a dona da oficina e sua irmã disseram que tem controlado sua alimentação e que com isso já conseguiram eliminar alguns quilos, sentindo-se mais bem-dispostas e saudáveis, com o incentivo dos ACS e demais profissionais do Centro de Saúde do bairro. Apesar da mudança na alimentação e aumento do consumo de produtos saudáveis, elas reclamaram do alto preço dos legumes e verduras no Brasil, o que dificultava a realização de uma dieta balanceada. Referiam ainda que, na Bolívia, o acesso a uma alimentação mais saudável era facilitado pelo fato de plantarem seus próprios alimentos.

Eles trabalhavam em um período de tempo que variava conforme o número de pedidos a serem entregues, mas geralmente ficavam na oficina de segunda a sexta-feira das 7h às 18h e, aos sábados, das 7h às 12h. Nesse período, fazem intervalos para o lanche da manhã, almoço e lanche da tarde.

A oficina recebia pedidos de marcas de roupas masculinas e femininas. Durante a observação do local percebemos algumas pilhas de roupas contendo uniformes de uma rede de *fast food*. Nesta oficina, cada costureiro recebia em média dois reais por peça confeccionada.

A família viaja para a Bolívia periodicamente, em torno de duas vezes ao ano. Nessas viagens visitam familiares e procuram os serviços de saúde bolivianos, por se sentirem mais confiantes nos serviços prestados em seu país de origem. Isso ocorre, segundo eles, por uma visão de que a prestação de serviços mediante pagamento confere maior qualidade ao atendimento. A dona da oficina relatou que a relação da família com os serviços de saúde nesta região era muito boa, que eram muito bem recebidos quando precisavam da unidade, mas que o agendamento de consultas e exames era muito demorado. Este fato, segundo as ACS, é uma queixa comum entre todos os usuários do serviço.

A dona da oficina, ao ser entrevistada, admitiu que tem dificuldade em aderir aos tratamentos prescritos pelo médico do posto de saúde e que, às vezes, costumava faltar às consultas. Segundo ela, isso ocorria porque os bolivianos só querem trabalhar e só se preocupam em procurar os serviços de saúde quando estão com a saúde bem debilitada.

Ela mesma referiu que agiu desta maneira e que só frequentou o serviço de saúde a sério e com periodicidade quando teve um problema ginecológico complicado pela falta de cuidado. Ela já sabia que tinha o problema, porém foi adiando a ida ao médico e só depois de uma complicação maior é que recorreu ao Centro de Saúde. No momento, com o problema já normalizado, admitiu também que voltou a faltar aos agendamentos no posto, fato confirmado pela ACS presente na entrevista. Segundo a dona da oficina, os demais trabalhadores e moradores da casa também faziam alguns acompanhamentos no posto de saúde quando necessário, porém seguiam a mesma lógica de falta de atenção à saúde e absenteísmo em consultas admitido por ela.

Por outro lado, em conversa com a irmã da dona da oficina, foram narrados problemas demonstrados pela escola em que estudava seu filho de 11 anos. O menino foi diagnosticado com autismo e estava apresentando dificuldades na aprendizagem, focando seu interesse didático apenas na elaboração de desenhos e pinturas. Após algumas tentativas por parte da mãe em integrar a criança à escola, ela foi encaminhada para começar um acompanhamento com o filho no CAPS-I e isso estava ajudado no desenvolvimento da criança. No serviço de saúde ele era atendido por psicólogos, psiquiatra, terapeutas ocupacionais e desenvolve diversas atividades com o objetivo de que sua integração escolar fosse facilitada.

Outra prática realizada pela família era o cultivo de plantas em casa, tanto para adorno, quanto para uso na culinária, e chás específicos para o tratamento de algum mal-estar que os acometia ou para prevenção e tratamento de doenças. Eles referem que este hábito foi trazido pela família da Bolívia. Este costume foi reforçado com o incentivo feito pelo CAPS-I de que o menino deveria ser integrado às práticas de plantio familiar como meio terapêutico de interação social. Segundo a mãe da criança, essas práticas de cultivo de plantas também eram desenvolvidas no próprio CAPS-I.

A família relatou que, apesar da evolução na inserção da comunidade boliviana nos serviços públicos do município, ainda encontravam percalços em seu caminho. Com muitos anos de convívio no Brasil e a experiência de outras crianças e adolescentes da família nas escolas do município, os entrevistados foram unânimes em expor a dificuldade encontrada pelos bolivianos nas escolas que frequentavam. Problemas como

discriminação, ofensas e segregação ainda ocorriam, embora que em menor quantidade, mesmo após tanto tempo da chegada dos bolivianos à São Paulo. Eles referiram que ainda sentiam uma certa distância mantida por alguns brasileiros. Um dos casais entrevistados relatou com tristeza uma passagem em que sua filha chegou em casa muito abalada por ter sido ofendida por colegas de escola que disseram que “meninas bolivianas são sujas e fedidas”.

O relato abaixo exemplifica essa discriminação:

Entrevistado: eles na rua ficam (zombando) aí falam “e aí Bolívia?”

Entrevistador: as crianças brasileiras falam isso? E você sente essa *discriminacion*?

Entrevistado: ahhh, *se siente*...

Entrevistador: Sempre? Desde quando chegaram até hoje?

Entrevistado: Até hoje...

Entrevistador: Mais do brasileiro?

Entrevistado: Do brasileiro... *Por ejemplo aqui los vecinos que tenia yo sufri tambien*, mas eu lutei, eu lutei e como, olha eu não acabei porque não falo que sou profissional, eu tenho conhecimento... todo mundo acha que o boliviano não é nada, pensa que é uma pessoa sem profissão, então aqui do lado tem um pedreiro e vem o cara grandão e falou, “boliviano tem que sair, que boliviano está aqui porque ele está com serviços do brasileiro”... “eu não tô pegando seu serviço, pra começar eu não sou pedreiro, vai me bater?”, eu falei, “sabe você é ignorante, eu não sou ignorante” (CS).

Em contrapartida a essas situações, algumas iniciativas foram colocadas em prática em escolas do município, que realizavam atividades e eventos de integração entre seus alunos visando que fosse exposta a cultura destes imigrantes e desmistificassem tabus relacionados aos seus hábitos e costumes. Algumas destas iniciativas eram de conhecimento dos entrevistados.

Ainda que encontrassem algumas dificuldades de integração e que sua rotina diária fosse intensa por conta dos pedidos a serem entregues com prazos estreitos, os entrevistados buscavam meios de lazer e diversão. Aos fins de semana, os homens costumavam participar de partidas de futebol organizadas pela própria comunidade boliviana, e as mulheres participavam de grupos folclóricos de morenada (um estilo de dança e música dos Andes bolivianos), fazendo ensaios e apresentações em grupo.

Sobre os questionamentos da perspectiva da tuberculose, os participantes demonstraram um certo distanciamento do tema. Eles relataram que nunca haviam escutado falar sobre a doença na Bolívia e, que aqui no Brasil, é que tomaram conhecimento sobre a doença, e souberam de casos ocorridos com alguns bolivianos que trabalhavam em oficinas em que não entrava ar e que se alimentavam mal.

4.2.2 *Oficina 2*

A segunda oficina visitada na Barra Funda possuía características peculiares, pois, no momento, era composta por somente uma trabalhadora, que era a dona e única funcionária da oficina. A casa dividia a entrada com outra moradia em que, para ter acesso, era necessário passar por um longo corredor. A habitação é toda feita em alvenaria e pintada em cores claras. Tivemos acesso apenas a um salão espaçoso com uma janela grande na entrada da residência, onde ficavam as duas máquinas de costura da oficina. Organizados no chão desse salão estavam colocados os pacotes com tecidos e alguns pedidos já finalizados.

Nos receberam em sua residência, uma boliviana de 40 anos e sua filha de sete anos. O marido, também boliviano, estava em seu trabalho, uma oficina de coreanos, onde exercia a função de costureiro. Chegamos na casa no horário em que ela preparava o almoço. Era dia letivo, mas sua filha estava em casa por ter ido a uma festa no dia anterior e chegado tarde em casa, e por isso sua mãe permitiu que ficasse em casa para descansar.

A entrevistada é de origem da cidade de La Paz e vivia no Brasil há 10 anos. Ao contrário de grande parcela dos imigrantes bolivianos, não veio em busca apenas de melhores oportunidades de trabalho. Mudou-se para acompanhar a irmã que tinha um filho portador de paralisia cerebral e, como a Bolívia não dispunha de tratamento gratuito, ela se informou de que no Brasil havia esse tipo de atendimento e decidiram vir em busca de cuidados para a saúde da criança. A participante referiu que aprendeu a costurar aqui

no Brasil. Mesmo seu pai sendo um excelente alfaiate, durante o tempo que viveu na Bolívia, nunca se interessou em aprender o ofício do pai.

Quando chegou ao Brasil trabalhou em uma oficina em que não era permitido sair, pois os imigrantes não tinham documentos, e se pagava muito pouco, além de atrasarem os pagamentos. No total eram 25 funcionários nesta oficina. As mulheres dormiam em um quarto e os homens em outro. Mesmo os casais eram separados nos dormitórios.

Ela relatou que, no seu ponto de vista, esse tipo de situação acontecia porque os bolivianos buscavam ganhar dinheiro de qualquer forma, se aproveitando de seu próprio povo. Na Bolívia iludiam aos seus compatriotas dizendo que as condições das oficinas eram excelentes e que ganhariam altos valores em dólar, porém quando chegavam ao Brasil são explorados e vivem em condições degradantes. Por esse motivo, assim que teve a oportunidade, depois de muitos contratempos e adversidades, decidiu trabalhar por conta própria, para fazer seu horário e trabalhar conforme suas condições.

Sobre suas experiências de cuidados em saúde, segundo sua narrativa, ela e sua família vivenciaram um período muito difícil quando chegaram ao Brasil devido à tuberculose. Seu esposo desenvolveu a tuberculose em um momento em que trabalhava muitas horas por dia para que fosse possível conseguir o sustento da família e, desta maneira, não tinha condições de se alimentar bem e manter as horas necessárias de repouso que o corpo precisava. Ele também não tinha o costume de procurar o médico quando estava doente, para que não houvesse prejuízo ao seu horário de trabalho e diminuísse sua produção, o que acarretaria a uma redução do valor do seu pagamento ao final da jornada exaustiva. Deste modo, só quando já estava muito adoecido, com febres noturnas e muita tosse, decidiu procurar um serviço de saúde, do qual ela não se recordava o nome, porém neste local não diagnosticaram a tuberculose e isso fez com que ele continuasse piorando. Foi então que procurou pelo centro de saúde do seu bairro e fizeram a coleta de escarro, onde foi diagnosticada a tuberculose e foi iniciado o tratamento. Ficou afastado de seu trabalho por 15 dias para fazer o tratamento, ao total, que durou seis meses.

A participante mencionou que após esse susto, do medo iminente de perder o marido pelas condições alarmantes que ele apresentava durante a doença, ambos mudaram suas concepções sobre seu modo de vida e as condições a que estavam submetidos. Seu marido decidiu buscar por uma oportunidade de emprego em uma oficina de coreanos, com carteira assinada e jornada reduzida de trabalho, mesmo sabendo que teria a renda mensal diminuída e, a partir daí, começou a alimentar-se corretamente, ingerir mais líquidos e manter repouso adequado.

A entrevistada contou que não utilizava nenhum elemento da medicina tradicional boliviana, mas acreditava que a saúde começava pela boca e que, com uma boa alimentação, era possível manter-se saudável e inclusive curar doenças.

À época da entrevista, a relação da costureira com os serviços de saúde era a melhor possível, segundo ela. Relatou ser muito bem acolhida nas unidades que frequentava e inclusive demonstrou grande gratidão e afeto pela ACS presente durante a entrevista, que a acolheu quando teve sua filha e não tinha nenhum familiar por perto que pudesse lhe dar conselhos e orientações inerentes à insegurança pela qual uma mãe de primeira viagem passa. O primeiro banho de sua filha foi dado com a ajuda da Agente, o que a entrevista recordava com carinho. Foi possível observar uma relação de muita confiança e respeito entre as duas.

Na região do entorno do Centro de Saúde da Barra Funda, outras oficinas com as mais variadas particularidades e número de trabalhadores foram visitadas durante a pesquisa de campo em que fui acompanhada das ACS. A característica em comum que prevalecia entre elas era o cunho familiar adotado e o modo de trabalho em cooperação. No geral, fui sempre muito bem recebida e a entrada nas oficinas foi facilitada pela relação de confiança existente entre os trabalhadores das oficinas e as ACS, fato que transparecia o vínculo estabelecido entre o serviço de saúde e a população imigrante atendida na região.

4.3 Guarulhos

4.3.1 *Oficina 1*

Encontrei com uma das informantes-chave no horário combinado, em frente à Padaria Triunfo, no Bairro Vila Carmela, em Guarulhos. Em seguida nos dirigimos para sua casa, local onde também funcionava a oficina de costura de seu pai.

O bairro é, em grande parte residencial, com a presença de alguns pequenos comércios. De acordo com relatos da informante, o município de Guarulhos recebeu nos últimos tempos um deslocamento de imigrantes bolivianos vindos da cidade vizinha, São Paulo, com o intuito de instalação de novas oficinas, motivados pelo baixo custo dos aluguéis. Isso pôde ser comprovado no trajeto percorrido do local do nosso encontro até a sua casa, com o apontamento feito por ela de diversos locais onde funcionavam outras oficinas de costura. Estes locais, em sua maioria, possuíam a fachada discreta e reservada, onde não era possível supor ou diferenciar entre quais daquelas casas poderia funcionar uma oficina ou não, eram todas residências comuns. As casas do bairro eram em geral de grande porte e de dois andares, fato que também facilitava a instalação das oficinas. No caminho encontramos alguns bolivianos nas ruas de acesso à sua casa.

Logo no portão da casa fomos recepcionadas pelo pai de nossa informante, com uma aparência muito séria e preocupada, e por sua mãe, um pouco tímida e desconfiada. Pude observar no decorrer da visita que eles eram pessoas muito reservadas e não se abriam facilmente aos vizinhos e pessoas fora da família e da comunidade boliviana, porém, em família, eram muito afetivos e divertidos.

A casa era toda feita em alvenaria, com dois andares. A parte da frente era totalmente fechada com grandes portões. A entrada contava com uma garagem espaçosa, porém escura e com alguns vazamentos de água, que também era utilizada para guardar materiais de construção, ferramentas e itens da oficina. Nesta oficina tive a possibilidade de conhecer um pouco melhor o interior do imóvel que abrigava a oficina e dividia o espaço entre local de trabalho e moradia dos donos e funcionários da oficina.

Pude observar na parte térrea da casa seis cômodos:

- a) Sala: poucos móveis, um armário, uma mesa, duas máquinas de costura encostadas junto a parede, como se não estivessem sendo utilizadas há algum tempo. Essa sala não parecia ser muito utilizada pela família;
- b) Cozinha: pia, um armário grande, fogão, geladeira, mesa;
- c) Quartos: nestes eu não entrei, pois, os funcionários da oficina dormiam/moravam nestes cômodos e eu pude perceber que se sentiram constrangidos e incomodados quando fiz menção em conhecer suas acomodações. Porém, em nenhum momento, me impediram, pelo contrário, sempre se mantiveram receptivos e simpáticos. Em respeito à sua privacidade, optei por apenas perguntar o que havia lá dentro. Eles me disseram que haviam camas, objetos pessoais e um fogão. Segundo eles, mesmo tendo acesso à cozinha da casa, gostavam de cozinhar algumas coisas e preferiam ter o fogão no quarto;
- d) Quartinho: para armazenamento de tecidos, moldes de roupas, uma mesa grande e alguns modelos de bolsas e roupas de criação da dona da oficina, que por um tempo vendeu algumas peças de confecção própria;
- e) Oficina: para chegar ao local destinado à oficina tínhamos que passar pelo quintal e descer algumas escadas que levavam a outro quintal menor. A oficina estava instalada em uma espécie de salão com uma janela grande que ficava sempre aberta para entrada de luz e ar, segundo os funcionários. Existiam em torno de seis máquinas, três ventiladores e vários sacos e caixas de tecido e encomendas pelo chão e cantos da oficina. Observei um saquinho com etiquetas de uma grande grife em que, segundo

os costureiros, vendiam nos shoppings do país a 300 reais as peças confeccionadas por eles pelo valor de três reais.

No piso superior:

- a) Sala principal: local amplo, espaçoso e com boa iluminação que combinava a sala de jantar com a sala de estar e de televisão, *home theater*, aparelho de som, sofás, estante, mesa de jantar, aparador;
- b) Quartos da família (cinco): todos possuíam televisores, computadores, aparelhos eletrônicos, camas, guardas roupas;
- c) Banheiro: azulejo, piso frio e porcelanato.

Os donos da oficina estavam no Brasil há quase 30 anos (o pai há 30 anos, e a mãe há 27 anos), mas mantinham muitas tradições da Bolívia, como as danças folclóricas e a culinária. O pai da família veio primeiro e, ao retornar ao seu país para um passeio, conheceu sua esposa e a trouxe para construírem sua vida por aqui. Eles têm quatro filhos, dois já formados no ensino superior, um com faculdade em andamento e uma no ensino médio. Todos moravam na mesma casa e o pai era bem rígido na educação, tanto das meninas quanto dos meninos. Quando chegamos, o pai estava saindo para levar a filha caçula ao local onde ela prestaria o Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM).

Houve um episódio durante a visita em que o pai perguntou por um dos meninos e a mãe disse que ele tinha ido ao curso na Cultura Inglesa, porém sua filha contou entre risos que a “Cultura Inglesa era brasileira”, se referindo à namorada do irmão, que não é boliviana. Perguntei porquê sua mãe não tinha dito onde ele realmente estava e se o seu pai não aprovava o relacionamento dos filhos com brasileiros, e ela me disse que ele preferia que eles se relacionem com bolivianos, porque o convívio era mais fácil e eles já conheciam a cultura e os costumes, o que segundo ela, passava mais confiança.

Estavam na casa durante a visita, nossa informante, sua mãe, a funcionária que fazia os serviços domésticos de limpeza e também cozinhava para todos e quatro

funcionários (dois jovens casais) que trabalhavam diretamente na oficina, além do filho de um dos casais.

A funcionária que cuidava dos serviços domésticos era brasileira, nasceu no Piauí e não morava na casa. Ela trabalhava de segunda a sexta-feira em horário comercial e, aos sábados, por meio período. Além de cuidar da casa, ela também cozinhava para todos (donos da oficina e funcionários). Na cozinha, costumava preparar pratos da culinária brasileira, porém a família costumava consumir alimentos típicos da Bolívia preparados pela mãe. A limpeza dos quartos dos funcionários não era feita por ela, eles mesmos ficavam encarregados da limpeza e organização dos seus quartos.

Um dos casais tinha um filho de 10 meses e estava no Brasil há três anos, vindos da cidade de Sucre. Eles se conheceram e casaram na Bolívia e decidiram vir ao Brasil para trabalhar, convidados por familiares que já residiam aqui.

O outro casal, sem filhos, há dois anos chegou ao Brasil, vindo de La Paz, Argentina³ onde trabalharam por quatro anos em oficinas de costura. Vieram ao Brasil em busca de trabalho e melhores condições de vida, convidados por um amigo. O marido ainda estava sem documentos.

Ao serem questionados, os funcionários referiam que não utilizavam com frequência os serviços de saúde no Brasil. Costumavam buscar a rede pública somente quando se sentiam mal ou, por exemplo, para fazer um acompanhamento de pré-natal. Segundo eles, não costumavam utilizar elementos da medicina tradicional boliviana, com exceção da pomada “Mentisan” para o alívio de dores de coluna e musculares. Aos finais de semana eles passeiam em parques, faziam compras, limpavam e organizavam suas coisas e iam à casa de familiares. Ficou claro durante as conversas que intencionavam trabalhar no Brasil por um tempo para poupar dinheiro e depois voltar para Bolívia. Foi possível observar que este é um fato comum entre pessoas recém-chegadas ao país.

³ O pesquisador argentino Alejandro Goldberg vem trabalhando a temática da imigração boliviana em Buenos Aires, exemplificando como ocorrem os processos migratórios entre países da América Latina e a movimentação constante que ocorre entre os trabalhadores de oficinas de costura no circuito Bolívia – Buenos Aires – São Paulo. (GOLDBERG, 2013b).

Eles trabalhavam em um período de tempo que variava conforme o número de pedidos a serem entregues, mas geralmente permaneciam na oficina de segunda a sexta-feira, das 8h às 19h-20h e, aos sábados das 8h às 13h. Nesse período, faziam intervalos para o lanche da manhã, almoço e lanche da tarde.

Os funcionários se mostraram muito tímidos durante todas as conversas e foi possível observar um constrangimento ao responder questões relacionadas aos processos de trabalho, motivado pela presença de nossa informante, vista por eles neste momento como “empregadora”. Acompanhei um pouco do trabalho da oficina pela manhã, observando a dinâmica de produção das peças e do cuidado com o bebê que, por vezes, permanecia com a mãe na oficina e, em outros momentos, ficava na cozinha com a funcionária que cozinava.

Antes de ir embora, fui convidada para o almoço, e conversei um pouco mais com a dona da oficina, que contou sobre os serviços de saúde na Bolívia, relatando sua preferência em ser atendida lá. Ela relatou que, apesar de o serviço ser pago, os valores cobrados não se comparavam com os praticados no Brasil. Entretanto, revelou que já utilizou serviços médicos particulares no Brasil também, dado suas condições financeiras estarem um pouco mais confortáveis. Em conversa sobre o sistema de saúde no Brasil, a participante manifestou preocupação sobre um problema que ela vinha observando, da falta de planejamento familiar na comunidade boliviana no Brasil e que isso a preocupava muito, pois acreditava que os serviços de saúde não eram atuantes neste sentido, resultando em gestações não desejadas e crianças privadas da atenção familiar adequada.

Apesar do receio inicial percebido em minha chegada, de modo geral, fui bem recebida e consegui vivenciar um pouco da dinâmica tão fechada e restrita da família e da oficina.

4.3.2 Oficina 2

A visita a esta oficina em Guarulhos foi bem diferente das anteriores na Barra Funda, que eram familiares ou de pequeno porte. Nesta oficina, a demanda de pedidos era maior e ela possuía um aspecto quase que de uma pequena indústria.

Fomos recebidas, eu e a informante da pesquisa, pelo filho do dono da oficina que pediu para aguardarmos a chegada de seu pai para iniciar a visita, não permitindo a nossa entrada. Aguardamos do lado de fora. Após a sua chegada, o dono nos recepcionou de modo simpático e nos conduziu ao interior da oficina.

No local havia somente o funcionamento da oficina. Apesar de a casa do dono estar localizada ao lado do imóvel, não havia uma conexão direta. A oficina estava instalada em uma espécie de galpão, grande, claro e com o teto bem alto. Havia ventiladores e um rádio “central” tocando músicas brasileiras (mas quase todos os funcionários tinham fones de ouvido para ouvir suas próprias músicas e abafar o barulho das máquinas).

A entrada, como de costume entre as oficinas, era totalmente fechada. Quase não se percebia que algo funcionava ali. No local havia aproximadamente 15 máquinas de costura visíveis. No piso inferior havia também grandes mesas com moldes, muitos tecidos já cortados e prateleiras altas com sacos de tecido.

A visita foi feita em um sábado e os funcionários trabalhavam em ritmo acelerado pois tinham um pedido a ser entregue na segunda-feira. Naquele dia, segundo eles, provavelmente fariam muitas horas extras para conseguir dar conta da entrega do pedido no prazo, tendo em vista que não trabalhavam aos domingos e precisariam terminar a encomenda ainda naquele dia.

Os funcionários trabalhavam em um período de tempo que variava conforme o número de pedidos a serem entregues, complementando a carga horária fixada com horas extras. O horário de trabalho oficial é de segunda a sexta-feira, das 7h às 18h e, aos

sábados, das 7h às 13h. Nesse período, faziam intervalos para o lanche da manhã, almoço e lanche da tarde.

Todos trabalhavam com carteira assinada e recebiam um salário mensal de R\$1.200,00. O dono da oficina disponibilizava um local próximo à oficina para moradia dos funcionários que assim desejassem. Essa moradia era paga com horas extras de trabalho e estava em más condições, segundo os funcionários, não havia moveis adequados, o espaço era pequeno e não existiam itens básicos, como chuveiro aquecido.

No momento da visita, 10 funcionários trabalhavam na confecção de nécessaires, sendo nove homens e uma mulher (que estava na companhia de sua filha de um ano, no carrinho, ao lado da máquina de costura).

As entrevistas individuais nesta oficina foram realizadas enquanto os participantes costuravam, devido à necessidade de produção acelerada dos funcionários. O dono da oficina circulava de tempos em tempos ao nosso redor durante as conversas, o que deixava os funcionários mais contidos em suas respostas. Conforme o dono da oficina se afastava, eles falavam mais abertamente sobre os assuntos abordados. Vale ressaltar que as entrevistas foram realizadas em um sábado à tarde, período em que os entrevistados já não estariam mais em turno regular de trabalho.

Segue abaixo uma descrição de alguns dos entrevistados, destacando brevemente algumas características que puderam ser observadas:

- a) A., 26 anos: morou no Brasil por três anos convidado por um irmão, decidiu voltar para Bolívia e, regressou ao Brasil há três meses acompanhado por outro irmão. Cursava gastronomia em La paz, mas precisou trancar o curso por falta de dinheiro. Quer voltar ao seu país para terminar a faculdade e voltar para viver no Brasil;
- b) L.R., 30 anos: irmão de A. (26 anos), entrevistado anteriormente. Seu pai tinha uma oficina de costura em La Paz. Permaneceu por dois anos no Brasil há anos atrás (por volta de 2001) com o intuito de poupar dinheiro e voltar ao seu país, convidado por

uma tia que tinha uma oficina de costura. A sua passagem foi paga pela familiar e, quando chegou ao Brasil, trabalhou na oficina dela para saldar a dívida da passagem, mas saiu assim que pôde, devido ao valor muito baixo de pagamento oferecido pela tia. Decidiu voltar para Bolívia por ter sido explorado pelo dono de outra oficina em que trabalhou. Ele solicitava ao patrão que guardasse seu dinheiro para que pudesse poupar e somente retirava um vale mensal para suas necessidades básicas. Quando decidiu retirar a quantia que lhe era devida, o empregador alegou estar em falência e não liberou o seu dinheiro. Em seguida foi tentar a vida na Argentina e lá permaneceu por três anos, mas as condições de trabalho não eram boas. Retornou ao Brasil e estava no país há três meses, no momento da entrevista;

- c) O., 25 anos: estava no Brasil há seis anos, vindo de Santa Cruz. Veio por meio de contato com uma pessoa que lhe enviou as passagens e, quando chegou aqui, precisou trabalhar na oficina dessa pessoa para saldar sua dívida, mas saiu assim que pôde, pois trabalhava em um ritmo muito desgastante (das 8h às 23h) e quase não lhe davam comida, isso ocorreu em 2009. Morava com a esposa e duas filhas (um e quatro anos), que frequentam creche durante a semana;
- d) R., 26 anos: esposa de O. (25 anos), entrevistado anteriormente. Residia no Brasil há nove anos, vinda de Santa Cruz. Veio ao Brasil, ainda menor de idade com outras meninas, trazida por uma senhora que lhes disse que no Brasil havia trabalho para todas. Quando chegou ao Brasil trabalhou na oficina dessa senhora até pagar a dívida da passagem, em seguida buscou por uma oficina que lhe pagasse um pouco melhor;
- e) J., 40 anos: estava no Brasil havia quatro anos, vindo de Oruro. Teve tuberculose aqui no Brasil. Referiu que pegou tuberculose porque não se alimentava direito e trabalhava muito. Ficou por muito tempo com tosse, mas trabalhava em ritmo acelerado para garantir sua subsistência e só decidiu procurar o médico quando já estava desempregado e começou a expelir sangue em grande quantidade. Fez o tratamento completo por seis meses e se recuperou. Durante o tratamento, como estava desempregado, recebeu ajuda do serviço social do município e de vizinhos.

Os funcionários relataram que os trabalhos disponíveis para a comunidade boliviana eram totalmente circunscritos às oficinas de costura e que havia dificuldade de atuação profissional em outras áreas devido ao idioma e falta de experiência. Ao serem questionados sobre suas experiências com cuidados em saúde, eles citaram o conhecimento sobre a tuberculose entre imigrantes bolivianos, porém, se restringiam aos casos contados por amigos, fatos ocorridos em oficinas em que trabalharam anteriormente.

Segundo os entrevistados nesta oficina, os serviços de saúde eram demorados e não costumavam resolver seus problemas. Grande parte dos participantes também não conhecia as práticas utilizadas na medicina tradicional da Bolívia, como o uso de ervas, infusões e unguentos. A aproximação com os serviços de saúde era feita, na maioria das vezes, quando o estado de saúde era grave, não havendo uma conscientização para a prevenção de doenças e promoção da saúde. O acesso também era dificultado pela barreira do idioma e pela percepção de descrédito às suas queixas. Eles não se sentiam contemplados pelas políticas públicas de saúde no país.

4.4 Principais contrapontos observados na diferenciação entre as Oficinas Familiares e Oficinas de Vínculos Comerciais

O cenário exposto por meio da descrição das observações e entrevistas nas oficinas de costura demonstra uma diferenciação entre as características das oficinas existentes próximas ao Centro de Saúde Barra Funda e as oficinas recentemente implantadas em Guarulhos. Ainda que os valores recebidos pelas encomendas nas oficinas não apresentassem diferenças expressivas, outros elementos incidem sobre os modos de vida e de trabalho desses imigrantes. O fato de se encontrarem em um ambiente familiar produzia entre os indivíduos uma melhor distribuição de tarefas e estratégias de convívio que refletiam inclusive nos modos de cuidado com a saúde e ambiente em que viviam.

Outro ponto importante era o tempo em que os imigrantes se encontravam em solo brasileiro. As oficinas familiares eram caracterizadas por pessoas que residiam há algum

tempo no Brasil e já possuíam certa estabilidade, conhecimentos dos dispositivos de apoio disponibilizados pelos órgãos públicos, contato com a comunidade boliviana e seus mecanismos de suporte, experiência em outras oficinas e os caminhos a serem percorridos para facilitar a sua estadia, estruturação e manutenção no país. Já os trabalhadores das oficinas recém configuradas eram, em sua maioria, jovens e solteiros que ainda não possuíam vínculos no país. Além de não possuírem uma rede de apoio, desconheciam os sistemas de serviços públicos a que podiam ter acesso.

Existem diferenças também na carga horária praticada nessas oficinas. As oficinas familiares atuavam com um número constante de pedidos, que não costumava ser alterado e já era pré-estabelecido, de modo que os funcionários imigrantes podiam se organizar para executar suas outras tarefas diárias. Nas oficinas que produzem em larga escala, diversos pedidos eram acrescentados às ordens semanais, tendo em vista que são essas horas de trabalho complementares que subsidiam a manutenção da moradia e alimentação desses indivíduos.

O cuidado com o ambiente e saúde é explicitado na descrição da rotina dos indivíduos residentes em oficinas familiares, eles dispunham de melhor de acesso à alimentação, saudável e diversificada, ambientes mais salubres e arejados e alcance aos serviços de saúde. Esta separação fica evidente na diferença demonstrada entre as acomodações e recursos disponíveis para uso diário entre os funcionários e donos de oficinas que ocupavam a mesma moradia.

Todos estes aspectos apresentados na diferenciação entre as oficinas familiares e as de vínculo comercial, incidem diretamente nos modos de vida e convívio da população estudada. Evidenciando assim que o meio em que os imigrantes vivem influencia não só seu protagonismo de vida, como também sua saúde.

5 **DE BOLIVIANO PARA BOLIVIANO: ESPAÇOS DE CONVIVÊNCIA E SOCIABILIDADE**

5.1 Associação dos Residentes Bolivianos, Rua Coimbra, Praça Kantuta e Festa das Alasitas

Meu primeiro contato com a ADRB se deu por meio de pesquisa *online* em que realizei uma busca por associações comunitárias que trabalhassem com a população boliviana em São Paulo com foco em ações de saúde. Descobri o anúncio de uma campanha de saúde que era realizada frequentemente por esta associação e reuni o máximo de informações possíveis para que pudesse realizar uma visita em sua sede. De posse das informações necessárias, entrei em contato com uma de nossas informantes-chave para verificar a possibilidade de marcarmos uma reunião com os responsáveis pela associação.

Durante a visita, eles me apresentaram todo seu cronograma de atividades, a estrutura física do local e pude ainda conversar com alguns imigrantes que aguardavam para serem atendidos pelos profissionais do serviço. Em contrapartida, eu apresentei o projeto de pesquisa de doutorado a uma parte dos diretores da associação, e expus o interesse em conhecer melhor as atividades por eles desenvolvidas, principalmente suas ações voltadas para área da saúde realizadas na sede da ONG. No decorrer da visita, me foi questionado sobre qual seria a minha contribuição aos seus serviços, já que eles contribuiriam e facilitariam o meu acesso aos imigrantes assistidos por eles.

Deste modo, conversamos bastante e alinhamos em conjunto as expectativas e necessidades de ambos os lados, como a inviabilidade da proposta para que eu estivesse presente diariamente na associação, tendo em vista que precisaria me deslocar do Litoral para São Paulo com frequência. Após todos os acertos, ficou decidido que eu participaria das campanhas periódicas de prevenção de doenças e promoção da saúde como enfermeira voluntária (Figura 22).

Figura 22 – Campanha de prevenção da tuberculose na ADRB



Fonte: Arquivo pessoal.

Assim foi feito: no dia marcado para a campanha cheguei um pouco mais cedo à Associação para conversar com os profissionais responsáveis pela atividade e conhecer melhor o fluxo de atendimento aos pacientes. As campanhas da Associação contam com a participação de profissionais voluntários, quase que em sua totalidade e, grande parte deles é de origem boliviana. Dentre os participantes, há médicos, dentistas, enfermeiros e técnicos de enfermagem. Pude perceber que o fato dos profissionais serem voluntários traz grande preocupação aos responsáveis pela associação, pois consideram que não há grande comprometimento ou vínculo garantido e, deste modo, não há a possibilidade de maiores exigências quanto a horários, assiduidade e nem a garantia de o quadro de

profissionais esteja sempre completo, de acordo com as necessidades dos pacientes que procuram o local.

Durante as campanhas, os pacientes chegam às dependências da Associação e passam por uma triagem na qual é realizada a aferição da pressão arterial e exame de glicemia capilar (para avaliar o nível de açúcar no organismo). Em seguida são encaminhados para o preenchimento de uma ficha com os seus dados e verificada qual a demanda de atendimento desejada (médico ou dentista).

As campanhas são realizadas aos sábados, devido à proximidade física da Associação com a Feira Boliviana da rua Coimbra, que é também realizada neste dia da semana, e faz com que aumente significativamente a circulação de bolivianos por estes locais. As atividades têm início por volta das 11h. No entanto, o maior movimento ocorre a partir das 13h, que é o horário em que parte dos imigrantes saem das oficinas de confecção em que trabalham.

As consultas são realizadas gratuitamente e, caso haja necessidade de solicitação de exames complementares simples (sangue, urina, papanicolau, entre outros), os imigrantes são encaminhados a clínicas parceiras da Associação, onde o valor cobrado é apenas simbólico.

Foi interessante observar as diferenças nos modos como os indivíduos se comportavam em um ambiente de saúde em que se reconheciam entre pares. Eles se mostravam mais espontâneos, expressivos e, apesar de certa timidez, apresentavam maior desenvoltura e confiança em questionar e tirar dúvidas.

A partir da aproximação com a população atendida, pude avaliar a dinâmica de funcionamento do local e a necessidade de que fosse implantado um projeto que agregasse minha participação de maneira mais efetiva junto ao público atendido no local. No decorrer das conversas em campo e, devido ao trabalho realizado junto ao estudo que deu origem à minha pesquisa, ficou evidente a falta de conhecimento acerca da tuberculose entre os pacientes que circulavam pela associação, principalmente sobre as formas de contágio. Foram então elaborados materiais em português e espanhol para que

fossem distribuídos entre as pessoas que circulavam pela Associação. Exemplo de material elaborado é apresentado na Figura 23.

Posteriormente, foi criado um *stand* que foi incorporado à triagem, ou seja, antes das consultas, todas as pessoas que passariam em atendimento seriam orientadas e poderiam tirar suas dúvidas sobre tuberculose. O trabalho obteve ótima adesão, já que a espera pelas consultas demorava um certo tempo e, enquanto esperavam, tiravam suas dúvidas.

Esta iniciativa estreitou meu vínculo com todos em campo e eu pude ficar mais próxima dos participantes da pesquisa. Isso facilitou incursões, durante os intervalos das campanhas, pela feira da rua Coimbra, onde pude conhecer particularidades da feira e dos imigrantes que não são facilmente acessíveis aos visitantes não bolivianos.

Figura 23 – Material utilizado na prevenção da tuberculose

No decorrer dessas incursões, tive a oportunidade de conhecer um pouco dos bastidores da feira, através do contato proporcionado por outros voluntários que tinham amigos, familiares e conhecidos que trabalhavam ou eram comerciantes no local. Isso proporcionou a minha entrada em ambientes como restaurantes, “peluquérias” (locais destinados ao corte de cabelo dos bolivianos) e outros estabelecimentos sob uma perspectiva diferenciada e privilegiada de pesquisadora. A partir deste novo cenário que se configurava e da convivência nestes ambientes, os papéis de “nativo” e “estrangeiro” se tornavam fluidos e, a minha autocrítica sobre o meu lugar, enquanto pesquisadora, era observado de modo cuidadoso, levando em consideração todo rigor científico necessário a essas relações e interpretações que se dão em campo.

Com o estreitamento dos vínculos de confiança com todos os participantes envolvidos na pesquisa de campo, fui incluída nos círculos de atividades e informações do grupo, participando inclusive, de grupos de *WhatsApp* para troca de informações e planejamentos de ações da Associação. Deste modo, realizei participações periódicas com a Campanha de Prevenção à Tuberculose em eventos na Feira da Kantuta e na Festa Anual das Alasitas (tradicional celebração da comunidade boliviana, organizada pela Associação Gastronômica Cultural e Folclórica Boliviana, em parceria com a Fundação Memorial da América Latina, do Governo do Estado de São Paulo, Consulado Geral da Bolívia em São Paulo, Centro de Apoio e Pastoral do Imigrante [CAMI] e Prefeitura Municipal). Imagens da feira estão apresentadas nas Figuras 24 a 28.

Figura 24 – Festa Anual das Alasitas no Memorial da América Latina



Nota: Na imagem está representado o Deus Ekeko que simboliza a riqueza, de acordo com a mitologia andina.

Fonte: Arquivo pessoal.

Figura 25 – Panorama da festa Anual das Alasitas no Memorial da América Latina



Fonte: Arquivo pessoal.

Figura 26 – Barraca dos xamãs na Festa Anual das Alasitas no Memorial da América Latina



Fonte: Arquivo pessoal.

Figura 27 – Ritual de prosperidade na Festa Anual das Alasitas no Memorial da América Latina



Fonte: Arquivo pessoal.

Figura 28 – Conversa com xamã na Festa Anual das Alasitas no Memorial da América Latina



Fonte: Arquivo pessoal.

Por meio destas iniciativas, foi possível observar o protagonismo empregado por essa população na busca por integração e superação de dificuldades individuais e em grupo. Todo este movimento de aproximação e distanciamento no trabalho de campo culminou em estranhamentos diversos de ambos os lados, constituindo-se como um exercício constante de troca e aprendizado. Por meio desta perspectiva, foi possível inferir a importância dada à comunidade e às ações de fortalecimento coletivo entre os imigrantes bolivianos residentes em São Paulo e o modo como esses processos influenciam em seu cotidiano e em sua saúde.

**6 REFLEXOS DO CAMPO: CONDIÇÕES DE VIDA, DE TRABALHO E DE SAÚDE
DOS IMIGRANTES BOLIVIANOS EM SÃO PAULO**

6.1 Processo migratório dos bolivianos em São Paulo

Os relatos e observações obtidos em campo possibilitaram uma reflexão sobre a experiência do adoecimento para esta população, sob um olhar que leva em consideração suas vivências e aquilo que faz sentido para estes indivíduos na compreensão do processo saúde-doença-cuidado. Como demonstrado anteriormente, a comunidade boliviana é, atualmente, o grupo de imigrantes em maior número na cidade de São Paulo. As narrativas expõem que grande parte dos imigrantes bolivianos que vêm para o Brasil não possuía nenhuma experiência com costura. O ofício de costureiro é aprendido quando chegam ao Brasil devido à demanda das oficinas de costura. Eles vêm em busca de melhores condições de vida e acreditam que terão também melhores condições de trabalho. Quando chegam ao Brasil, a única opção de trabalho que se apresenta é o ofício de costureiro e as portas não se abrem em outros mercados.

A dinâmica da chegada dos bolivianos ao Brasil segue por intermédio de atravessadores, sejam eles conhecidos ou desconhecidos destes trabalhadores, que oferecem passagens em troca dos serviços prestados até que a dívida da passagem seja paga. Em alguns casos, a dívida é aumentada pela cobrança de alimentação e moradia, chegando a haver retenção os documentos dessas pessoas com o objetivo de intimidar e tolher ainda mais o contato externo, como demonstram as falas de entrevistas abaixo:

Porque, porque gente que viene así son del campo, por ejemplo, viene uno de provincia aquí instala su oficina, va hasta Bolivia y trae todo conocido de la provincia de ese lugar, aquí llega aquí se trabaja, no deja salir en ellos eso acontece... por miedo de que les dejen... Se queden sin costurero o se vayan... porque les pagan el pasaje para venir (J.).

Venimos por causa de dinero, allá no tem trabajo. Morávamos em um campo, como interior de acá sería. Y no había muito dinero para así para a família... Venimos através de un amigo que já morava aqui y ele falo, ele nos trouxe aqui para trabalhar (R.).

Deste modo, embora a situação dos imigrantes bolivianos tenha sofrido mudanças significativas nos últimos anos, como demonstrado por um dos pontos de vista apresentados na descrição de campo deste trabalho, atualmente, ainda pode-se encontrar casos alarmantes de exploração da mão de obra dessa população (Figura 29).

Figura 29 – Notícia retirada da internet



Fonte: <http://www.webdiario.com.br/noticia/22939/policia-libera-30-bolivianos-em-regime-de-tra>

Não obstante, dentre as motivações citadas para a imigração, grande parte dos entrevistados refere que chegou ao Brasil com o objetivo de fugir da pobreza e encontrar uma oportunidade de trabalho nas oficinas de costura. Parte desses imigrantes intenciona guardar o máximo de dinheiro que conseguirem para se manter e melhorar sua

situação financeira com o intuito de retornar ao seu país e, enquanto isso não ocorre, enviar uma parte desse capital aos seus familiares que permanecem na Bolívia.

Nesse contexto, Nóbrega (2009) evidencia que:

Uma análise do setor informal demanda antes de tudo uma postura cognitiva acerca de seu lugar no mundo contemporâneo. Seus processos estão intimamente integrados não só à economia paulista e brasileira, mas também à economia mundial, formando uma rede transnacional que envolve a circulação de informações, mercadorias, pessoas e capitais. Trata-se antes de tudo de um complexo de práticas mercantis não hegemônicas em relação e em disputa com outro complexo já estabelecido, as quais se relacionam a segmentos e regiões subalternizados do mundo contemporâneo e lhes proporcionam meios para obtenção de emprego, renda e suprimento de suas necessidades de consumo (NÓBREGA, 2009, p. 17).

Deste modo, a partir da perspectiva de “projeto de vida”, a imigração se relaciona com a ideia de construção ou reestruturação de um planejamento de futuro que ofereça um retorno minimamente satisfatório para esses imigrantes.

Apesar da forte demanda de imigração motivada por fatores econômicos, ao aprofundarmos e expandirmos o diálogo, é possível verificar a presença de outras causas, ainda que em menor escala. Dentre as motivações para migração entre países da América Latina, está a busca por cuidados em saúde, fenômeno social que vem sendo estudado por Brage (2013), que aborda a migração de mães acompanhadas de seus filhos em busca de tratamentos. Este movimento também pôde ser encontrado em uma das narrativas dos participantes da pesquisa. Entretanto, de acordo com as falas dos entrevistados desta pesquisa, sua expectativa principal é encontrar em solo brasileiro uma chance de recomeçarem suas vidas, com mais dignidade, direitos assegurados e uma melhor perspectiva financeira:

Trabalhava como cocinero y estudiaba gastronomía, mas congelei preciso de grana... mas quero terminar mis estudios, depois voltar para hacer mi vida aquí porque eu gosto do Brasil muito, voy hacer mi vida aqui (P.).

Porque você não pode entrar sem ter uma preparação numa empresa, trabalhada ou prestar um serviço se você não tem conhecimento, né... algumas pessoas que não tem sonho que sempre querem ficar así costurando, costurando, vai ficar né, agora tem pessoas que quer crescer na vida então vai procurar outras oportunidades, estudos... (G.).

A análise dos aspectos sobre as particularidades que caracterizam o processo migratório boliviano contribui para um conhecimento mais amplo sobre a realidade desta população. De acordo com o antropólogo boliviano Eduardo Schwartzberg Arteaga (2017) se faz necessário, nos estudos acadêmicos com imigrantes bolivianos no Brasil, o cuidado nas interpretações para que não recaiam em uma generalização, redução e homogeneização dos sujeitos e seus processos experienciais.

A partir destes pressupostos e das comparações evidenciadas entre as diversas configurações de oficinas e modos de vida apresentados, a migração destes trabalhadores pôde ter o seu olhar ampliado e ser encarada não apenas pela ótica de seus pontos negativos. As características que permeiam os resultados encontrados em campo, neste sentido, mostram-se fluidas e não homogêneas.

Com este estudo tornou-se factível considerar uma realidade bastante diversa da incutida no estereótipo dos imigrantes bolivianos que trabalham em oficinas de costura. Esta percepção permeou toda análise deste estudo com o cuidado e a preocupação de que não se perpetuasse um olhar reducionista aos participantes da pesquisa. Isto posto, se faz necessário evidenciar que essa não homogeneidade não se restringe apenas aos bolivianos residentes no Brasil. Em solo boliviano estas diferenças também se encontram presentes influenciando, inclusive, o destino escolhido para as migrações de acordo com o poder aquisitivo do imigrante e do *status* conferido ao indivíduo de acordo com o país escolhido para migração, seja ele fronteiro ou de maior distância.

Em minhas observações e diálogos no convívio com a comunidade boliviana, em muitos momentos a imigração, apesar de todas as dificuldades encontradas, foi exposta e demonstrada não apenas com elementos negativos. As narrativas revelam o entendimento de que a migração, além de ser um direito, tem também pontos positivos em seu processo, tais como as trocas culturais, desenvolvimento pessoal e coletivo, aquisição de novos conhecimentos e ressignificações de possibilidades em seu projeto de vida.

Este ponto pôde ser observado em campo por meio das organizações de feiras culturais, associações de imigrantes, festas tradicionais, entre outros movimentos coordenados pela população boliviana residente em São Paulo.

6.2 Condições de vida e trabalho

Conforme exposto, os relatos obtidos em campo apontam que entre as experiências prévias de trabalho desses indivíduos estão o trabalho rural, comércio informal, prestação de serviços gerais e, em alguns casos, o próprio trabalho em confecção. À vista disso, ao chegarem ao Brasil, estes imigrantes são treinados nas próprias oficinas de destino. Tal circunstancia gera uma falsa sensação de que, fica instituído ali, uma dívida de gratidão implícita ao treinamento oferecido e os donos das oficinas supõem possuir ainda mais poder sobre estes trabalhadores. Este fato estreita a ligação forçada dos trabalhadores aos seus empregadores e limita a aspiração da escolha de outras possibilidades de ocupações que proporcionem mais qualidade de vida e retorno financeiro, conforme demonstrado abaixo:

Tem que se cuidar sozinho o dono não faz nada por você, eles só querem que trabalhe, *no se importam de nada, ahora mismo estando en la casa não tem ni chuveiro, ta intupido, moramos numa coisa ruim...* Paga com trabalho, mas ficamos hora extra né (C.).

Si vine solo pero no me fue tan bien porque... me exploraron. Eu trabalhei dos años y quiz agarrar mi pagamento al dueño pra no gastar, el agarraba todo, cada mes só sacaba un vale de cem más... después cuando he querido ir embora ya, ele falo que entro en quiebra y no vi mais. Nos éramos sete, sete pessoas que pediu a conta todo mundo... Era boliviano, nunca mais o encontré... (G.).

De acordo com os entrevistados, tanto a retenção dos documentos quanto a falta de regularização, unidos ao desconhecimento dos direitos assegurados aos migrantes, refletem no impedimento de que essas pessoas busquem um ofício fora do campo das oficinas de costura. Eles percebem-se com uma suposta sensação de proteção neste

ambiente que representa um mundo à parte da realidade fora das oficinas de costura, como nos exemplos abaixo:

Había pues muchos, y dormías ahí mismo en la oficina. Vivía allí mismo. Yo Salí de Bolivia, y me dijo que te voy a pagar em Brasil, pero va volver, porque no me estaba pagando, e eu acredite, me va pagar, pero no me ha pagado, ahí varios nos hemos enojado, entre varios nos hemos salido, y nos hemos escapado de ahí... (S.).

Mira, la verdad es que yo no tengo muchas oportunidades aquí, la única oportunidad que se abre así, para inmigrante, es la costura, y no somos reconocidos así de bien, en cuestión de salario, pagamento, por ejemplo, si hoy día no trabajo, no como... (C.).

Por outro lado, alguns poucos imigrantes conseguem encontrar nichos, encaixando a necessidade do mercado de trabalho ao diferencial que podem oferecer, como por exemplo o idioma espanhol:

La na telemarketing eu falo meu idioma, español... Yo ligo a Estados Unidos a todo latino americanos, puerto rriqueños, chilenos, peruanos, dominicanos né, eles falam español tem que fazer pedido doação para instituição... São seis horas e tem bastante boliviano trabalhando lá e estão precisando... (G.).

Recentemente, conforme citado neste trabalho, houve uma mudança nos bairros nos quais os imigrantes bolivianos procuram residência. Com forte migração para outras regiões da cidade de São Paulo, inclusive outros municípios como Guarulhos. Além do aumento do número de oficinas lideradas por imigrantes coreanos, que, em grande parte, possuem registros legais e oferecem carteira assinada aos trabalhadores.

Os imigrantes coreanos foram introduzidos como trabalhadores nas oficinas têxteis no início dos anos 1960. Com o passar do tempo, estes imigrantes asiáticos tornaram-se donos de suas próprias oficinas, empregando imigrantes bolivianos com condições informais e em muitos casos insalubres, visando seu lucro e a expansão do comércio por meio de negociações a preços baixos. Com isso, atualmente, parte dessas oficinas vem se modernizando com o intuito de corresponder às variações da demanda, se especializando nos desenhos e na distribuição de produtos (LEITE; SILVA; GUIMARAES, 2017).

Outra mudança que ocorre com os imigrantes residentes na Barra Funda é o deslocamento dentro da cidade apenas para trabalhar nessas oficinas de imigrantes coreanos na Rua Nilton Prado. Segundo relatos, anteriormente eles residiam e trabalhavam no mesmo local ou em locais próximos. Atualmente, na busca por melhor remuneração, períodos de trabalho regulado por Lei e serviço formalizado, eles se deslocam pela cidade e em alguns casos para municípios vizinhos.

Os entrevistados referem que, ao contrário das oficinas lideradas por imigrantes bolivianos, que em grande parte não possui regularização do trabalho, nas oficinas mantidas pelos coreanos os trabalhadores possuem carteira assinada e são respeitados os horários de trabalho e descanso, além de não manterem alojamentos para os funcionários no mesmo local da oficina. Nesses casos, o funcionário cumpre sua carga horária e ao final do dia, retorna à sua residência. Deste modo, a inserção no mercado de trabalho formal (carteira assinada), com horários definidos e delimitados para entrar e sair do serviço e a possibilidade de, quando necessário, apresentar atestados médicos com o amparo legal facilitou o acesso de alguns desses imigrantes aos serviços de saúde do município.

Fica claro nas narrativas que as oficinas de grande porte geralmente trabalham com atravessadores, que fazem o contato com os donos de oficina e realizam as encomendas cujo destino final do produto são as grandes marcas de roupas. Existe uma divisão desigual dos valores pagos pelas encomendas, na qual a remuneração oferecida por peça confeccionada é distribuída entre os seguintes custos: dono da oficina, costureiro, aluguel, manutenção da casa e alimentação. Nessa divisão a menor parte cabe ao trabalhador-costureiro. É possível observar este cenário através da fala destes donos de oficina:

Mira, hasta estos 4 años atrás trabajábamos con unos 4 funcionarios, solo que los funcionarios de hoy en día, ya no son como antes... el funcionario quiere toda la comodidad, quiere trabajar poco y ganar más que un dueño, siendo que el dueño paga casa, comida, luz, agua todas esas cosas, entonces el costurero se conforma con lo mínimo, ah que tenga todo el final de semana 200 reales, este año por ejemplo cuantas veces ha subido la luz, el alquiler de esta casa es caro, en realidad es 2700 reales, pero yo he ido a hablar al dueño, yo no voy a poder pagar... (D.).

O aluguel aumentou muito aqui ne... muito, muito esta 2500 reais, os funcionários quando vem já não é como antes, quando vem, antigamente a gente trabalhava... conscientemente eu trabalhava a partir das 7h até... antigamente trabalhávamos até meia noite... estava por ficar doente, se você não trabalhava um dia não tinha comida, bom não sei se agora por causa da minha idade, na época “eu falava sou homem sou macho, não dói nada” (A.).

La mayoría ya tiene documento, ya tienen esa ventaja de trabajar en horario y descansar un poco más, antiguamente ellos no tenían documento y trabajaban hasta tarde para cubrir alquiler porque ellos no pagaban... Ellos ganhavam por porcentagem, por peça porque si trabajasse por mensual, um salario mínimo... não compensa trabalhar mensal melhor trabalhar por peça, gana mejor, sólo que as vezes as prensas que sujan trabajo esclavo e não és, ellos se quedan porque ganan bien... Pero hay una idea como si fuese un trabajo esclavo. O problema cual e a prensa siempre miente (J).

Por outro lado, os relatos dos trabalhadores das oficinas demonstram a insatisfação e precariedade do trabalho:

Foi 98... eu sai dali... eu fugi... Eu trabalhava desde as 4 horas da manhã aí... era quase o tempo todo... tinha comida mais era direto pra trabalhar... *Tenia 15 años... Quien lo organiza es la gente de Bolivia, nosotros mismos, el mismo inmigrante... em Bolivia todavía tenemos gente que dice: “si te portas mal, te voy a mandar com tu tío, vas a ir a trabajar día y noche” (C.).*

Una pieza cualquiera vale 3 reales, 1 real para la persona que costura, el otro real va para alquiler, comida, hilos y el otro real va para el dueño (B.).

400 prendas... En un día, 400 Cada uno... nos repartimos a tres colores, cada color tiene 400 prendas... 50 centavos por prenda e 30 por persona... Es que hacen cadena uno hace una parte y el otro otra (O.).

No tocante às desigualdades e condições de trabalho inferiorizadas, se destacam as experiencias vivenciadas pelas mulheres bolivianas. Em diversas oficinas, sua subcondição de trabalho é intensificada. Além de desempenharem o ofício da costura, acumulam funções como limpeza, preparo de alimentos, entre outras funções que sobrecarregam sua rotina laboral e prejudicam sua produtividade e, conseqüentemente, seus rendimentos financeiros em comparação aos trabalhadores do sexo masculino.

O cuidado com os filhos constitui-se como a principal preocupação dessas mulheres em um ambiente que as expõe a uma série de desigualdades e situações de violência, além da sobrecarga emocional. Em grande parte das oficinas, quando não estão na escola, as crianças permanecem ao lado da máquina de costura de suas mães, ou até mesmo sozinhas nos alojamentos destinados aos costureiros, como exemplificado na fala abaixo:

As crianças na semana fica na creche né, na escola... e fim de semana fica lá encima né... A mais velha tem quatro anos e a outra tem um ano e sete meses... (H.).

Ribeiro (2016), estudando a feminização como tendência da migração boliviana para a região metropolitana de São Paulo expõe esta conjuntura:

As migrantes também relatam uma série de momentos de violência, na forma de machismo (violência doméstica e sexual) e de xenofobia (nos hospitais, nas escolas, na rua, no transporte público). Estas experiências se traduzem subjetivamente em um sentimento de estranhamento e não-pertencimento à sociedade de destino (RIBEIRO, 2016, p. 04).

A partir dessa lógica, o processo migratório entre mulheres tem suas vulnerabilidades potencializadas por diversos aspectos inerentes à condição de gênero e migratória.

6.3A comunidade boliviana em São Paulo e o modelo de Família Transnacional

A comunidade boliviana residente em São Paulo tem procurado preservar suas comemorações e datas festivas, além manter forte e presente o respeito ao seu orgulho cultural. Já instalados no Brasil, com o intuito de ampliar as relações sociais com seus pares, os imigrantes buscam manter a proximidade entre a própria comunidade boliviana por meio da participação em feiras, reuniões em grupos diversificados, eventos (Kantuta, rua Coimbra), em atividades culturais (danças folclóricas como Morenada, Caporales etc), Associação Esportiva, rádio comunitária, ONGs de apoio, entre outros.

A socióloga e historiadora boliviana, de origem Aymara, Silvia Rivera Cusicanqui (2003) trabalhou a proposta teórica da crítica da subalternidade latino-americana, discutindo a ideia de “dever ser”. Esta proposta busca romper com a percepção do imigrante boliviano como ser estático na sociedade que o recebe, demonstrando a trajetória percorrida pelos sujeitos, por meio de sua organização social e contato com suas origens, com o objetivo de se reestruturar e alcançar a ascensão social da comunidade boliviana no contexto migratório.

Desta maneira e a partir da perspectiva das diferenças econômicas existentes ao transitar nos espaços de sociabilização da comunidade boliviana em São Paulo, foi possível observar uma clara diferenciação de grupos. Haja vista, por exemplo, os lugares frequentados por imigrantes bolivianos de menor poder aquisitivo e os de classe média. Existem casas noturnas em que só se permite a entrada de bolivianos, locais em que essa divisão de classes se torna evidente. Algumas casas são somente frequentadas por costureiros e, outras, mais selecionadas, em que o valor pago pela entrada é mais alto, o público é composto por imigrantes de renda acima da média, frequentemente filhos de donos de oficinas.

O mesmo ocorre com alguns grupos de dança folclórica. As indumentárias utilizadas nas apresentações são importadas com altos valores e pagas em dólar. A cada ano, as roupas e acessórios são trocadas por novos figurinos que compõem o tema das apresentações, e não se repetem nas apresentações dos grupos principais. Por consequência, o acesso a determinados grupos fica restrito a quem pode despendar valores elevados para sua participação nas apresentações. Os relacionamentos amorosos também são modulados por esta lógica de divisão de classes.

Em contrapartida, as condições de vulnerabilidade e sentimento de ilegalidade, ainda vivenciados por parte desta população, fazem com que alguns indivíduos se mantenham fechados em seus círculos e isolados restringindo, por exemplo, a abertura de contas em banco, consecutivamente aumentando o risco de furtos e assaltos nas casas e oficinas. Exemplo é apresentado no relatado abaixo:

Piensa el brasileiro, piensa que nosotros los bolivianos tenemos plata, que guardamos em dólar, siempre nos dicen: “ah tira o dinero de bajo do colchão tira do colchão” y eso a mi me da bronca, me da rabia, “yo estoy trabajando de como sabes que tengo dinero?” “ah boliviano siempre tiene, trabaja”... el boliviano aquí somos de varios niveles sociales, baja, media y no llegamos a alta, difícil, porque los de clase alta están em Bolivia y los de clase media... los de clase baja que son del campo, interior de Bolivia... entonces y esa gente así del campo llega... la tierra se hace a pulso, no hay maquinaria y ganan poco, esa gente viene, llega, gana el dinerito trabajando sentado en la máquina, uno ya adejado de hacer la tierra, ya ha dejado de andar pura tierra y ahora ya camina con una ropita más, tiene la mejor comida, entonces con lo mínimo que le pagan se conforman ya no trabajan solo, y eso es lo que está haciendo mucho daño aquí...

Com o passar do tempo parte dos imigrantes bolivianos termina por flexibilizar a ideia de voltar ao seu país. Encontram parceiros dentro da própria comunidade boliviana, têm filhos, constituem família e alguns usam o dinheiro poupado para comprar suas próprias máquinas de costura e abrir suas oficinas. Desta maneira, ao conseguirem ser seus próprios patrões, logo trazem também os familiares deixados na Bolívia para constituir um novo ciclo de “ascensão” financeira com uma característica mais familiar, como observado nas incursões realizadas pelas oficinas da região da Barra Funda.

A ampliação da concepção de família vivenciada pelos imigrantes bolivianos residentes em São Paulo nos remete ao modelo de Família Transnacional. Herrera (2004) defende que a Família Transnacional deve ser compreendida como:

[...] un locus de soporte social y emocional pero también como un campo conflictivo de circulación de relaciones de poder entre los diferentes miembros que la conforman [...] vienen a ser ‘campos sociales’ que se conforman en espacios transnacionales en los cuales se producen flujos de personas, de información, de dinero y de bienes materiales. Dentro de estos campos circulan redes sociales y capital simbólico además de económico (HERRERA, 2004, p. 12).

A análise dos resultados obtidos nesta pesquisa nos permite inferir que existe uma grande expectativa tanto dos familiares que ficaram na Bolívia, quanto dos que vem ao Brasil ganhar a vida, com relação a conseguirem ser bem-sucedidos do ponto de vista econômico e manter o vínculo familiar transnacional, inclusive por meio do envio de remessas de recursos financeiros. Fato que exemplifica tal percepção se refere à maneira orgulhosa com que alguns imigrantes relatam a volta à Bolívia para visitas, enaltecendo

os frutos de seu esforço e trabalho. De acordo com os relatos, ao retornarem ao seu país, fazem questão de enfatizar a mudança de vida e a evolução financeira que alcançaram por meio da oportunidade de emprego e de sua dedicação diária, mesmo que privando-se de horas de descanso e lazer em família. Alguns relatam ainda que, em algumas situações, ao descreverem a rotina de trabalho no Brasil, minimizam as adversidades sofridas, a fim de que seja transmitida para seus familiares e amigos uma trajetória de sucesso e superação.

Assim, as complexidades existentes na esfera coletiva e familiar dos bolivianos residentes em São Paulo ficam evidentes e ultrapassam o conceito estereotipado de sua existência. Ao adentrarmos em seus núcleos de convívio e experimentarmos parte de seu cotidiano por meio das vivências em campo são reveladas, ainda que não em sua totalidade, as riquezas e diversidades dessa cultura. Hinojosa (2009) enfatiza: *“hace mención a la relación cotidiana de la migración en torno a las remesas y otras prácticas transnacionales no enfatiza los intercambios y los vínculos fundamentales que determinan estas redes”* (HINOJOSA, 2009, p. 52). Desta forma, o juízo moral que é conferido aos imigrantes bolivianos que trazem seus familiares para trabalhar em suas oficinas, reproduzindo, em alguns casos, a lógica do processo migratório que sofreram em sua chegada ao Brasil, tem resposta na análise de seus modos de vida e concepções de família.

Dentre as idas e vindas na análise do cotidiano destas famílias, um ponto latente e que merece atenção devido ao crescimento de oficinas pequenas para confecção própria, foi o aumento da discriminação destes imigrantes nas lojas de roupas. Os vendedores/donos de lojas consideram que os bolivianos entram nos estabelecimentos para copiar os modelos das peças e reproduzi-los em suas oficinas, impedindo inclusive que experimentem as roupas nos provadores e fazendo com que saiam das lojas, expressando claramente que não são bem-vindos.

De acordo com Domenech (2015), no âmbito das migrações, as classificações de “indesejáveis” resultam em discriminação e preconceito a determinadas populações, e se relacionam com a visibilidade alcançada pelos sujeitos e o espaço que ocupam nas sociedades que o recebem. Esta percepção refere-se à justificativa de que os imigrantes

podem trazer problemas ou representam ameaças, sentindo-se lesadas em compartilhar o mesmo território com eles.

As peças confeccionadas nas oficinas familiares são repassadas aos atravessadores que encaminham ao comprador final, ou são vendidas por eles nas ruas ou em feiras da cidade. Essa tem sido a particularidade mais amplamente difundida dos objetivos traçados pelos imigrantes bolivianos entrevistados ao chegarem ao Brasil.

Com a expansão da produção para comércio próprio, os imigrantes investigados referem que outras frentes de atuação têm se formado, como a das feiras itinerantes que rodam o país levando peças confeccionadas nas oficinas de costura familiares a preços reduzidos. Este modelo de comércio assemelha-se ao praticado no Brás, Feirinha da Madrugada (Figuras 30 a 32), entre outros, que se configuram como grandes centros de comércio de rua na cidade de São Paulo, vendendo produtos a preços abaixo do valor praticado pelo comércio em geral.

Esta conjuntura também é descrita na fala abaixo:

No yo ya me acostumbre a ese trabajo, por ejemplo se voce no acredita yo me levanto 2, 3 horas da madrugada y a esa hora yo me voy a la ferina a esa hora, estoy un allá poco, depois eu volto aquí ya son 5, 5h30... tenho que estar aquí para mandar meus filhos para escola, entonces uno se acostumbra... (J.).

Figura 30 – Entrada da Feira da Madrugada em São Paulo



Fonte: <http://www.folhanoroeste.com.br/noticia/detalhe/7624/feira-da-madrugada-sera-privatizada-pela-prefeitura.html>

Figura 31 – Crianças na feira da Madrugada em São Paulo



Fonte: <https://reporterbrasil.org.br/2017/11/pechinhas-almoco-a-3-e-ameacas-por-dentro-da-feirinha-da-madrugada/>

Figura 32 – Feira da Madrugada em São Paulo



Fonte: <https://reporterbrasil.org.br/2017/11/pechinhas-almoco-a-3-e-ameacas-por-dentro-da-feirinha-da-madrugada/>

As imagens representam um contraponto que demonstra que, ainda que as configurações dos modos de vida e trabalho proporcionados nas oficinas compostas pelas famílias transnacionais influenciem em melhores condições de vida e de saúde, eles ainda experimentam as dificuldades a que estão submetidos os imigrantes que comercializam as peças de suas confecções nas feiras públicas de São Paulo. Este fato revela a precariedade de condições de trabalho existente também para os imigrantes que trabalham nas ruas, fora das oficinas.

6.4 Processo saúde-doença-cuidado

Durante a investigação em campo foi possível observar diversos casos de imigrantes bolivianos que residem há muitos anos no Brasil, alguns há mais de 30 anos, que referem não utilizar os serviços de saúde do país. Eles aproveitam suas viagens anuais à Bolívia para fazer *check-ups* e procedimentos médicos. Afirmam que tem medo porque os profissionais de saúde fazem questionamentos iguais aos da “federal” (referindo-se à Polícia Federal).

Mesmo vivendo legalmente no Brasil e com certa estabilidade, eles ainda têm medo das “autoridades”, ou ainda têm receio de passar pelos serviços de saúde, pois acham que os profissionais não os compreendem (idioma), fazem pouco-caso, os tratam mal e não valorizam suas queixas. De acordo com alguns participantes, existem ainda histórias que circulam entre a comunidade que os atemorizam sobremaneira, dando conta de que pessoas de nacionalidade boliviana “nunca saem vivos dos hospitais, devido ao comércio ilegal de órgãos”. Estes rumores são encarados com humor por alguns imigrantes, porém causam um temor real em outros, principalmente os recém-chegados ao Brasil.

Acostumados ao contexto sócio-sanitário da Bolívia, onde o atendimento médico ocorre mediante pagamento, eles relatam que se sentem mais bem atendidos ao receberem a prestação de serviços pagos, onde ficam à vontade para “cobrar” por um atendimento de qualidade, já que estão pagando por isso. A lógica do direto à saúde garantido pelo Estado não faz muito sentido para alguns entrevistados que entendem o serviço público de saúde como um favor ou caridade. Em território boliviano é empregado o sistema de seguros de saúde para grupos específicos e para trabalhadores do mercado formal. Nestes grupos, somente são contemplados pelo governo idosos, gestantes, crianças até cinco anos e pessoas com deficiência (PEREIRA et al., 2012).

Segundo os entrevistados e informantes-chave da pesquisa, a Anistia⁴ facilitou a aproximação dos agentes comunitários com os imigrantes bolivianos em São Paulo, fazendo com que fosse possível estabelecer uma relação de confiança e promover a entrada dessa população nos serviços de saúde. Contudo, diversas são as complicações que permanecem distantes das discussões em saúde pública e merecem um olhar mais atento e diferenciado da e sobre políticas públicas para a população migrante em situação de vulnerabilidade social, levando em conta o contexto em que estão inseridos e suas compreensões sobre o processo saúde-doença-cuidado. Como exemplo, outro fato percebido nas conversas realizadas e também nas observações de campo, foi o aumento do consumo de álcool entre os jovens bolivianos residentes em São Paulo. Aos domingos pela manhã pode-se observar grande número desses jovens embriagados e até mesmo caídos pelo chão da rua Coimbra, saídos de casas noturnas da região.

Como demonstrado, as condições de vida e de trabalho experimentadas pelos imigrantes bolivianos favorecem múltiplos padecimentos. Entre os entrevistados, as queixas principais são as complicações respiratórias e alergias cutâneas, frequentes nos adultos, mas principalmente nas crianças, devido ao ambiente insalubre. Ainda de acordo com os participantes do estudo, estão também presentes, as lesões por esforços repetitivos, acidentes de trabalho envolvendo lesões por falta de equipamentos de proteção, estresse, abuso de álcool, obesidade por alimentação inadequada, entre outros sofrimentos, como a tuberculose, ocasionados pelas más condições oferecidas pelos donos das oficinas e diversas vulnerabilidades a que estão submetidas essas famílias.

Algumas oficinas possuem Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ), outras atuam na clandestinidade, o que reforça as condições de insalubridade vivenciadas por esta população. O enfoque na melhoria das condições sanitárias e nutricionais representa influência em sua qualidade de vida e manutenção da saúde, considerando que a ocorrência destes comprometimentos está diretamente relacionada às condições de trabalho, moradia, hábitos alimentares e de higiene (MELO; CAMPINAS, 2010).

⁴ Aprovada no Congresso Nacional e sancionada pelo presidente Luiz Inácio Lula da Silva na Lei nº 1.664, em julho de 2009, permitiu a legalização pelo período de dois anos de todos os estrangeiros que entraram no país até 1º de fevereiro de 2009.

Ainda hoje, mesmo com a comunidade boliviana já estabelecida em São Paulo há muitos anos, durante a pesquisa de campo foi possível encontrar diversas oficinas que mantêm as características de um ambiente de trabalho que precisa ser escondido a todo custo, transitando pela ilegalidade e submetendo seus trabalhadores a ambientes insalubres e propensos a disseminação de inúmeras doenças. Diversos são os pontos que contribuem para este fato: ambiente fechado, sem circulação de ar e incidência do sol; má alimentação; imposição de cobrança pela alta produtividade; extensa carga horária de trabalho; sono e repouso prejudicados, dentre outros aspectos prejudiciais à saúde dessa população, conforme demonstrado nas falas abaixo:

Si, murio con tuberculosis... habia tenido eso y ha hecho tratamiento y se há recuperado. El doctor le habia dicho que tiene que dejar ese ramo, esse trabajo ya no tiene que ser costureiro y el há seguido trabajando en eso y há ido empeorando y há llegado al hospital, há estado em estado de coma... Tampoco no se alimentaba mucho, tenia muito filho, tenia sete filhos y... no a ido porque perdida de tiempo, que tenias hijos tambien, tenia que trabajar... (C.).

Porque algunas veces nosotros nos descuidamos en cuidar nuestra salud, yo pienso que es por el ambiente mismo que nos cerramos a veces decimos yo decía no frio es que tiene mucha abertura no tienen la entrada del sol quizás también viven en un lugar húmedo yo pienso que es eso viven en un local donde no hay ventilación yo pienso que es eso porque no tienen mucha ventilación no tienen también no se descansa trabaja... pero yo no sabía que aquí los bolivianos pegaban yo creía que era la primera que estaba así mas cuando yo fui al hospital ahí ya e visto a muchos (M.).

Deste modo, a análise dos contextos socioculturais dos comprometimentos de saúde desta população revela que a consequência real dessas desigualdades e precárias condições de vida ocasiona o risco direto para a saúde dos sujeitos. Estas situações de vulnerabilidade permeiam toda a cadeia de adoecimento e busca por cuidados em saúde. Identifica-se, neste caso, a fragilidade a ser ultrapassada do processo biológico das doenças, considerando a multifatorialidade e complexidade que se apresenta do desenvolvimento de diversos padecimentos, como a tuberculose (GOLDBERG, 2015).

As Figuras 33 e 34 ilustram a precariedade encontrada nos locais onde se instalam algumas das oficinas de costura de imigrantes bolivianos em São Paulo. Nas incursões em campo, frequentemente foi possível verificar oficinas com fachadas lacradas e fiações

totalmente expostas em ambientes, com o agravante das pilhas de tecidos por todas as partes, facilitando, além do contágio de doenças, a ocorrência de acidentes como incêndios.

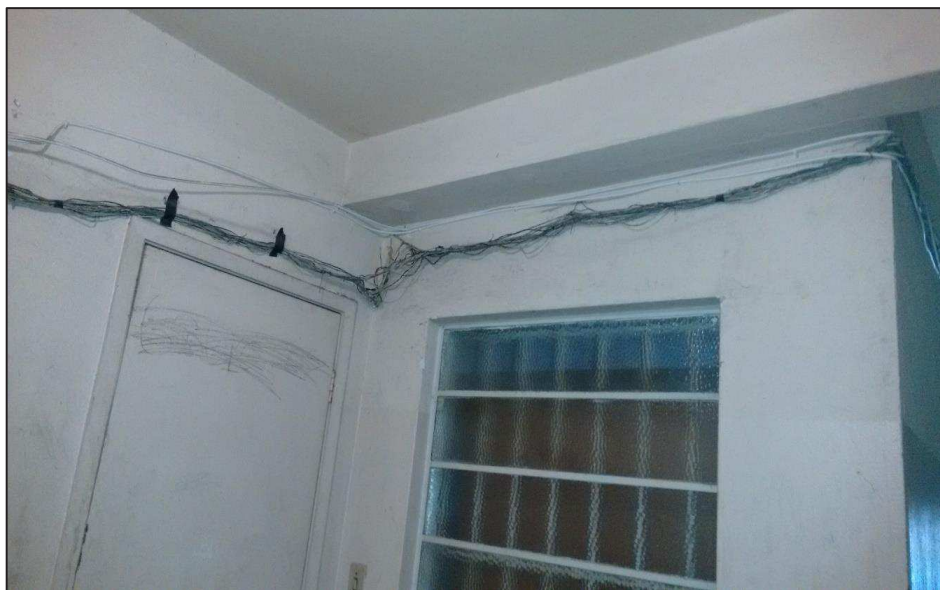
Apesar dos importantes índices de tuberculose encontrados entre os imigrantes bolivianos, ainda existe uma lacuna a ser preenchida pela difusão dos conhecimentos relacionados à patologia entre esses indivíduos. Além de grande parte dos entrevistados simplesmente desconhecerem a existência dessa doença, alguns dispunham de conceitos totalmente equivocados sobre as formas de contágio e prevenção da doença.

Figura 33 – Fachada e parte interna de oficina de costura com fiação aparente



Fonte: Arquivo pessoal.

Figura 34 – Fiação exposta de uma oficina de costura



Fonte: Arquivo pessoal.

Muitos participantes acreditavam que a tuberculose era contraída devido à aspiração do pó proveniente do corte e manuseio dos tecidos, que se encontram presentes em praticamente todas as oficinas (Figuras 35 e 36). Isso se deve ao fato de que, quanto pior era a ventilação do local, mais dificuldades eram percebidas na respiração dos trabalhadores. Inclusive, durante as incursões, em algumas oficinas me foi oferecida uma máscara para que eu conseguisse proceder as entrevistas, haja vista que era praticamente impossível respirar e falar ao mesmo tempo nesses locais. Em alguns casos precisei recorrer ao uso de antialérgicos após a realização de visitas às oficinas, mesmo mantendo as devidas precauções e cuidados possíveis com pele, olhos e sistema respiratório.

Figura 35 – Pilhas de tecidos em oficinas de costura



Fonte: <https://www.notibras.com/site/policia-identifica-boliviano-que-vendia-compatriotas-em-feira/>

Figura 36 – Acúmulo de tecidos em oficinas de costura



Fonte: <https://nacoesunidas.org/sistema-onu-no-brasil-divulga-nota-sobre-portaria-do-trabalho-escravo/>

A falta de informação sobre a doença, seu modo de transmissão e gravidade configuram-se como alguns dos motivos para que não seja dada a devida atenção quando os primeiros sintomas da doença começam a surgir. Outra dificuldade encontrada neste processo é a difusão de conhecimentos distorcidos e que não contribuem para a prevenção e tratamento da doença, como demonstrado na fala a seguir:

Entrevistador: E você já tinha escutado falar sobre tuberculose lá na Bolívia?

Entrevistado: *Si ya, escutei sim*

Entrevistador: Conheceu alguém que pegou tuberculose lá?

Entrevistado: *No... aquí conocí. Numa oficina de costura, ele estaba tocando muito e só. Levaran al hospital e falo que tenía tuberculosis. Después trabajo con barbijo debe ser por eso ahí ne... porque el polvillo deja esto y también en el tejido viene. Mi amigo pego una enfermedad tuberculosis óseo, ele que falou. Era como una herida y diagnosticaron para ele que era tuberculosis ósea. Que era por causa del tejido, del tejido dis- que... Si trabajas en costura, debe haber sido por el tejido que, algo por ahí escuche, por el trabajo de costura era.*

Entrevistador: E como que pega a tuberculose?

Entrevistado: *Humm no se. Imagino un poco, trabalhar consumé muito polvillo y por no alimentarse muito bem, né. (D.).*

Porque o sea porque mucha gente que trabaja en costura con las máquinas, la máquina bota mucho polvo, el tejido y como están constantemente encerrados, no hay una ventilación propia en las casas, porque es una tarea de estar cerrado todo y ese polvo tapa supuestamente las vías respiratorias y tapa los pulmones y o sea supuestamente tomando leche lo limpia un poco (Z.).

Por este ângulo, mesmo com os esforços promovidos pelos serviços públicos de saúde, em alguns casos, o trabalhador boliviano termina por buscar atendimento médico apenas quando o caso já se encontra em estado avançado e causando grande comprometimento às suas atividades diárias. Este fato pode ser explicado através da compreensão sobre o que é de fato adoecer para estes indivíduos. O mal-estar causado pelo adoecimento não é considerado fator alarmante para que impulse a busca imediata por cuidados, como exposto a seguir:

Entrevistado: *Eu peguei aquí... foi trabalhando... E que eu no me alimentei direito né... não comi muito, trabalhei bastante e dinheiro da condução que eles me davam aí, eu ia de pé volvia de pé, não comia muita comida así que meu corpo aí dar, mais não deu, deu tuberculosis*

Entrevistador: E aí fez o tratamento?

Entrevistado: *Certinho*

Entrevistador: Como você descobriu que estava com tuberculose? Você estava cansado ou...

Entrevistado: *Ah no... tava cuspiendo sangue... não fu (ao médico), achei que era so una tose, só cuando cuspi sangue... Não ainda não, eu escupi poquinho poquinho, mas no final já saiu sangue direto, jogava muita sangue aí eu fiquei assustado aí fui no posto (R.).*

Deste modo, pode-se apreender que o contexto sociocultural se relaciona intimamente com as manifestações das doenças e a manutenção da saúde. O enquadramento cultural, social e histórico não deve se manter à parte da análise dos processos de saúde e doença como uma experiência fenomenológica. Neste aspecto, a percepção do que é estar doente possui um enfoque centrado no sujeito que vivencia tal circunstância e não em um observador externo (BECKER et al., 2009).

Sendo assim, uma das circunstâncias que exemplifica esta conjuntura é a ideia difundida entre os imigrantes de que, ao procurar atendimento médico, o imigrante corre risco à sua integridade física. Este conceito é reforçado pelo fato de que, em alguns casos, darem entrada nos hospitais com vida e não conseguirem sobreviver à internação. Esse fato é visto pelos imigrantes como uma maneira de descaso por parte dos profissionais de saúde que os atendem no momento em que buscam por cuidados, porém reflete também sua concepção da tuberculose e de seu desenvolvimento. Tem-se a percepção de que, por serem imigrantes, não recebam a mesma atenção dispensada aos nativos do país e são discriminados, porém, em alguns casos, a busca por cuidados ocorre em um estágio avançado da doença, onde a possibilidade de recuperação é dificultada.

Os modos de transmissão e prevenção da tuberculose ainda permanecem vagos no imaginário da população boliviana imigrante. Apesar dos avanços nas campanhas de prevenção, diversas barreiras culturais dificultam o alcance desses indivíduos. O problema demonstrado é ilustrado pela fala:

A dona da casa tinha pra mim (preconceito)... Ela me falava bem longe, cobrindo sabe... e minha filha que morava e dormia comigo, não acontecia nada, ela não pegou e a dona de casa tinha preconceito, aí fui embora daí! (T.).

Como demonstrado anteriormente, no sistema de saúde conhecido pelos imigrantes bolivianos havia a necessidade de pagamento para o atendimento médico e, em muitos casos, ainda aqui no Brasil, este conceito se perpetua entre os indivíduos.

A maioria dos entrevistados recém-chegados ao país mantém pouco ou nenhum contato externo à oficina, fato que dificulta o acesso à informações e aos serviços públicos disponibilizados gratuitamente. Nestes casos, o que se pode observar é o alto índice de automedicação por parte da população imigrante. Segundo os relatos, ao apresentarem algum mal-estar que comprometa suas atividades diárias, eles preferem utilizar-se de medidas caseiras ou adquirir medicações indicadas em farmácias, sem a necessidade de receituários médicos para tratamento dos sintomas que os afligem.

Na análise das falas e observações, um ponto que aparenta representar um tabu, causando negação entre os entrevistados da pesquisa são as consultas com os xamãs andinos que atendem em meio às feiras bolivianas. Os indivíduos referem não recorrer a estes recursos como forma de busca por cuidados em saúde. Entretanto, durante as festividades bolivianas em que pude estar presente, eram trazidos xamãs diretamente da Bolívia para atendimento dos participantes. Nestes eventos, muitas filas se formavam para obter uns poucos minutos de atendimento, onde eram ofertadas bebidas alcóolicas e prendas, como ilustram Figuras 37 a 39. Os participantes demonstravam em suas falas que nestas ocasiões, recorrer às consultas com os xamãs é uma ação legitimada pela data festiva.

Figura 37 – Benção dos xamãs andinos



Fonte: Arquivo pessoal.

Figura 38 – Ritual Andino



Fonte: Arquivo pessoal.

Figura 39 – Entrega de oferendas



Fonte: Arquivo pessoal.

A sensação de pertencimento experimentada nessas festividades traz à tona sua ligação com suas origens e ancestralidade. Deste modo, acontece a demonstração e a exposição do orgulho de pertencer, longe das barreiras impostas no dia a dia e sem o cerceamento de suas manifestações culturais, tida por alguns como estranhas, pouco convencionais ou dignas de preconceito, em muitos casos, entre sua própria comunidade. Nestes momentos, quase que catárticos, observa-se o sincretismo existente entre o catolicismo, fortemente arraigado entre os imigrantes bolivianos e as suas práticas tradicionais-indígenas-ancestrais. Vemos inclusive, o resgate de seus dialetos e da busca por cuidados em saúde de acordo com a lógica que foge às convenções do modelo seguido pelos serviços de saúde em que agora frequentam.

Ainda sobre o modelo de atenção e práticas desenvolvidas junto aos imigrantes bolivianos, a barreira linguística é outro fator que compromete a relação entre profissionais de saúde e pacientes no processo de cuidado. As associações criadas por imigrantes bolivianos residentes há mais tempo no país articulam este contato. Além de oferecer atendimento médico realizado por profissionais bolivianos em suas unidades, eles fazem o acompanhamento a esses indivíduos em consultas médicas, atuando como facilitadores no atendimento.

Para Menéndez (2003) a compreensão do processo saúde-doença-cuidado permite interpretar a racionalidade existente nas concepções de adoecimento adotadas pelos indivíduos e a racionalidade dos diversos meios possíveis para o cuidado e a cura, em conjunto com atores aí envolvidos, de modo a articular essas racionalidades em favor da promoção da saúde e prevenção de doenças. Neste contexto de acentuadas vulnerabilidades sociais e ambientais, os imigrantes expõem a fragilidade observada nas ações do Poder Público.

A expressão de um conjunto de necessidades sociais coloca em contínuo questionamento as políticas sociais em geral, particularmente as políticas de assistência social e de saúde. Estas, por sua vez, devem contemplar uma variedade de problemas que exigem do Poder Público algumas características essenciais: flexibilidade nos modos de observar e constituir conjuntos de conhecimentos que contemplem essa diversidade; elaboração de políticas que contemplem a participação dos vários segmentos sociais

interessados; e, a implantação de ações e serviços que respondam à essas necessidades diferenciadas.

7 CONCLUSÃO

Ao adentrar o universo do cotidiano dos imigrantes bolivianos trabalhadores das oficinas de costura é possível constatar a imensa gama de elementos intrínsecos à conjuntura imposta não só pela condição de vida e de trabalho a que estão submetidos, como também, os impactos decorrentes destas experiências ao processo saúde-doença-cuidado experimentado por essa população.

Para que se compreenda e interprete as necessidades de uma população, demonstrada por números, gráficos e planilhas que evidenciam um problema de saúde pública, em algumas circunstâncias, se faz necessário estar lá, ver, observar, vivenciar, escutar, perceber os odores presentes no ambiente, sentir o incomodo que a situação provoca e sair da zona de conforto proporcionada pela distância e frieza dos relatórios. O foco na relação entre modos de vida, trabalho e busca por cuidados em saúde permitiu abrir caminho a conhecimentos mais ampliados, tais como, perspectivas sobre o mundo, a vida, a saúde, a doença, os cuidados, entre outras mais específicas, como o trabalho e o ato de imigrar, que emergem das representações dessas pessoas e permitem aos pesquisadores a construção de um quadro interpretativo sobre seus conhecimentos e o processo de adoecimento experimentado em suas vidas.

O processo migratório vivido pela população de estudo vem sofrendo, ao longo dos anos, diversas mudanças e reconfigurações. Além da mudança nas características peculiares das oficinas de costura, voltadas atualmente para produções familiares e para revenda própria, existe também a mudança das regiões onde são instaladas as oficinas, de acordo com os valores cobrados pela locação dos imóveis utilizados para este fim.

Se antes os imigrantes bolivianos eram atraídos por “coyotes” que custeavam suas passagens e demais despesas, hoje em dia, com o crescimento das oficinas familiares, os próprios membros da família fazem essa ponte, desmistificando a ideia de exploração da mão de obra imigrante. Foi possível observar em campo que, nessa nova configuração, grande parte dos entrevistados consideram legítima a lógica das relações de trabalho em que estão inseridos e, sonham em poupar dinheiro para que possam adquirir suas próprias máquinas de costura e abrir oficinas, alcançando independência, para que também possam trazer outros familiares, para que estes busquem, como eles, a “ascensão financeira e social” almejada. O ofício de costureiro e a condição de imigrante

boliviano estão longe de serem elementos facilitadores ao cotidiano dessa população no Brasil, porém estes trabalhadores não apreciam que sua atividade seja vista como penosa pelas pessoas.

O percurso traçado em campo faz emergir a necessidade de que o estereótipo do imigrante boliviano como categoria homogênea seja rompida. É possível perceber que a maneira como eles se inserem na sociedade não se limita às adversidades encontradas no seu cotidiano. Eles realizam atividades “extra-oficina”, confraternizam com amigos, criam espaços de convivência e se fortalecem como comunidade por meio do engajamento social, político ou militante. Deste modo, se tornam sujeitos de suas vidas e não apenas condicionados ao papel social que é imaginado para esta população.

Há que se levar em conta todos os grupos que compõem esta comunidade tão rica, complexa e de características diversas. Além disso, os próprios entrevistados ressaltam a necessidade de que seja observada e enaltecida a importância da contribuição que os imigrantes bolivianos trazem ao país.

É perceptível o desconforto que permeia as conversas com os imigrantes bolivianos, tanto os que foram participantes da pesquisa, quanto os que manteve contato durante a realização do estudo e que circulam pelo meio acadêmico/militante/político, sobre a visão do senso comum, que apresenta estes indivíduos como “coitados”, “sem voz”, “sem poder sobre si”. Muitos fazem questão de demonstrar que podem se reinventar em meio às adversidades e ocupar o seu lugar na sociedade em que estão inseridos, fortalecendo sua autonomia e seu papel de cidadãos no Brasil.

Deste modo, os resultados apresentados neste estudo indicam a importância de políticas públicas que contemplem não apenas as especificidades dessa população, mas que levem em conta os significados que representam o processo saúde-doença-cuidado para eles e observem suas delimitações culturais, como também, as mudanças e transformações que vêm sofrendo ao longo dos anos enquanto comunidade e protagonistas de suas histórias.

REFERÊNCIAS

AHONEN, E. Q.; BENAVIDES, F. G.; BENACH, J. Immigrant populations, work and health – a systematic literature review. **Scandinavian Journal of Work, Environment & Health**, vol. 33, n. 2, p. 96-104, abr. 2007.

ALMEIDA FILHO, N. Hacia una etnoepidemiología (Esbozo de un nuevo paradigma epidemiológico). **Revista de la Escuela de Salud Pública**, vol. 3, n. 1, p. 33-40, 1992.

ARTEAGA, I. E. S. **Lógicas Ch'ixi de la migración boliviana en São Paulo - Brasil**. 2017. Dissertação (Mestrado em Estudos Culturais) - Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017. doi:10.11606/D.100.2017.tde-01122017-112615.

BAENINGER, R. et al. (Org.). **Migrações Sul-Sul**. 1. ed. Campinas: NEPO/UNICAMP-UNFPA, 2018.

BECKER, S. G. et al. Dialogando sobre o processo saúde/doença com a Antropologia: entrevista com Esther Jean Langdon. **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol. 62, n. 2, p. 323-326, abr. 2009. doi: 10.1590/S0034-71672009000200025

BRAGE, E. Problemas asociados a tratar niños con cáncer en el final de la vida en casos de residencia alejada de las instituciones tratantes. **VIII Congreso Nacional de Medicina y Cuidados Paliativos**. Mar del Plata, 2013.

CABRAL, A. L. L. V. et al. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 16, n. 11, p. 4433-4442, 2011. doi: 10.1590/S1413-81232011001200016

CARNEIRO JUNIOR, N.; SILVEIRA, C. Organização das práticas de atenção primária no contexto dos processos de exclusão/inclusão social. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 19, n. 6, p. 1827-35, 2003. doi: 10.1590/S0102-311X2003000600026

CARNEIRO JUNIOR, N. et al. Migração, exclusão social e serviços de saúde: o caso da população boliviana no centro da cidade de São Paulo. **BIS – Boletim do Instituto de Saúde**, vol. 13, n. 2, p. 177-181, out. 2011. Disponível em: <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/pdf/bis/v13n2/v13n2a11.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2019.

CAVALCANTI, L.; OLIVEIRA, A. T.; TONHATI, T. (Orgs.) **A Inserção dos Imigrantes no Mercado de Trabalho Brasileiro**. Brasília: Cadernos do Observatório das Migrações Internacionais, 2014. Disponível em: <https://oestrangero.org.files.wordpress.com/2014/11/relatorio-parcial-a-inserc3a7ao-dos-imigrantes-no-mercado-de-trabalho-brasileiro.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2019.

CHOI, J. Y. Contextual effects on health care access among immigrants: Lessons from three ethnic communities in Hawaii. **Social Science & Medicine**, vol. 69, n. 8, p. 1261-1271, out. 2009. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.08.001

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **Atenção primária e promoção da saúde**. Brasília: CONASS, 2011. Disponível em: http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_3.pdf. Acesso em: 03 mar. 2019.

CUSICANQUI, S. R. El mito de la pertenencia de Bolivia al 'mundo occidental'. Requiem para un Nacionalismo. **Temas Sociales**, n. 24, 2003. Disponível em: <http://www.revistas-bolivianas.org.bo/pdf/rts/n24/n24a06.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2019.

CYMBALISTA, R.; XAVIER, I.R. A comunidade boliviana em São Paulo: definindo padrões de territorialidade. **Cadernos Metrópole**, n. 17, p. 119-133, 2017. doi: 10.1590/8767

DIAS, J. C. P.; SCHOFIELD C. J. Transfusional transmission control of Chagas' disease in the Southern Cone Initiative. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, vol. 31, n. 4, p. 373-383, jul./ago. 1998. doi: 10.1590/S0037-86821998000400007

DOMENECH, E. O controle da imigração "indesejável": expulsão e expulsabilidade na América do Sul. **Ciência & Cultura**, vol. 67, n. 2, p. 25-29, abr./jun. 2015. doi: 10.21800/2317-66602015000200010

FARMER, P. An Anthropology of Structural Violence. **Current Anthropology**, vol. 45, n. 3, p. 305-325, jun. 2004. doi: 10.1086/382250

FRÚGOLI, H.; SPAGGIARI, E. Networks and territorialities: an ethnografic approach to the so-called *cracolândia* ("crackland") in Sao Paulo. **Vibrant: Virtual Brazilian Anthropology**, vol. 8, n. 2, p. 550-579, jul./dez. 2011. doi: 10.1590/S1809-43412011000200027

GIOVANELLA, L. et al. Health on the borders: Access to and demands on the Brazilian National Health Sistem by foreigners and non-resident Brazilians in cities along the border with MERCOSUR countries from the perspective of municipal health secretaries. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 23, supl. 2, p. S251-S266, 2007. doi: 10.1590/S0102-311X2007001400014

GOLDBERG, A. Análisis de la relevancia de los factores socioculturales en el proceso asistencial de pacientes con tuberculosis, usuarios del Instituto Vaccarezza-Hospital Muñiz. Un abordaje etnográfico desde la Antropología Médica. **Revista Argentina de Salud Pública**, vol. 1, n. 5, p. 13-21, 2010a.

GOLDBERG, A. A comparative anthropological approach around the incidence of Chagas and tuberculosis diseases in Bolivian migrants in Barcelona and Buenos Aires, respectively. **eä**, vol. 1 n. 3, abril, 2010b.

GOLDBERG, A. Servitude and slave trade: the case of Bolivian immigrants who work in clandestine textile workshops of the Buenos Aires Metropolitan Area. **Miradas en Movimiento**, vol. Especial "Naturally Immigrants", p. 188-202, jan. 2012.

GOLDBERG, A. Tuberculosis en inmigrantes residentes en Barcelona y Buenos Aires: una aproximación etnográfica comparativa. **VII Jornadas Santiago Wallace de Investigación en Antropología Social**, Buenos Aires, 2013a.

GOLDBERG, A. Tuberculosis en inmigrantes bolivianos del Área Metropolitana de Buenos Aires: narrativas y procesos asistenciales. In: HERNÁEZ, A. M.; MASANA, L.; DI GIACOMO, S. (eds.) **Evidencias y narrativas en la atención sanitaria**. Una perspectiva antropológica, p. 113-136. Tarragona/Porto Alegre: Publicaciones Universidad Rovira y Virgili, 2013b.

GOLDBERG, A. Contextos de vulnerabilidad social y situaciones de riesgo para la salud: tuberculosis en inmigrantes bolivianos que trabajan y viven en talleres textiles clandestinos de Buenos Aires. **Cuadernos de Antropología Social**, n. 39, p. 91-114, jul. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.org.ar/pdf/cas/n39/n39a04.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2019.

GOLDBERG, A.; MARTIN, D.; SILVEIRA, C. Por um campo específico de estudos sobre processos migratórios e de saúde na Saúde Coletiva. **Interface - comunicação, saúde, educação**, vol. 19, n. 53, p. 229-232, abr./jun. 2015. doi: 10.1590/1807-57622015.0194

GOLDBERG, A.; SILVEIRA, C. Social inequality, access conditions to public health care and processes of care in bolivian immigrants in Buenos Aires and São Paulo: a comparative inquiry. **Saúde e Sociedade**, vol. 22, n. 2, abr./jun. 2013. doi: 10.1590/S0104-12902013000200003

GUSHULAK, B. D.; MACPHERSON, D. W. Health Aspects of the Pre-Departure Phase of Migration. **Plos Medicine**, vol. 8, n. 5, p. e1001035, mai. 2011. doi: 10.1371/journal.pmed.1001035

HAMMERSLEY, M.; ATKINSON, P. **Etnografia**. Barcelona: Paidós, 1994.

HERRERA, G. Elementos para una comprensión de las familias transnacionales a partir de la experiencia migratoria del Sur del Ecuador. In: HIDALGO, F. ed.) **Migraciones - Un juego de cartas marcadas**. Quito: Abya-Yala / ILDIS, 2004.

HINOJOSA, A. R. **Buscando la vida**: familias bolivianas transnacionales en España. La Paz: CLACSO; Fundación PIEB, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico Brasileiro de 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

KARL-TRUMMER, U.; NOVAK-ZEZULA, S.; METZLER, B. Acces to health care for undocumented migrants in the EU: a first landscape of NewHereland. **Eurohealth**, vol. 16, n. 1, p. 13-16, 2010. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/7c61/37fd4b1b6fe779c51de7f63d50f9ef71b4d1.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2019.

LEITE, M. P.; SILVA, S. R. A.; GUIMARAES, P. C. O trabalho na confecção em São Paulo: as novas formas da precariedade. **Caderno CRH**, vol. 30, n. 79, p. 51-67, abr. 2017. doi: 10.1590/s0103-49792017000100004

MARSILGIA, R. M. G.; SILVEIRA, C.; CARNEIRO JUNIOR, N. Políticas sociais: desigualdade, universalidade e focalização na saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade** vol. 14, n. 2, p.69-76, mai./ago. 2005. doi: 10.1590/S0104-12902005000200008

MARTINEZ, V. N. **Equidade em saúde: o caso da tuberculose na comunidade de bolivianos no município de São Paulo**. 2010. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. doi:10.11606/D.6.2010.tde-09112010-094528

MELO, R.; CAMPINAS, L. L. S. L. Multiculturalidade e morbidade referida por imigrantes bolivianos na Estratégia Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**, vol. 34, n. 1, p. 25-35, 2010. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/74/03_original_multiculturalidade.pdf. Acesso em: 03 mar. 2019.

MENÉNDEZ, E. La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional? **Alteridades**, vol. 4, n. 7, p. 71-83, 1994. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/747/74711357008.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2019.

MENÉNDEZ, E. L. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 8, n. 1, p. 185-207, 2003. doi: 10.1590/S1413-81232003000100014

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Vigilância em saúde: panoramas, conjunturas e cartografias** – Gestão 2009-2010. Brasília, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigilancia_saude_panoramas_conjunturas.pdf. Acesso em: 03 mar. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. Brasília, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil.pdf. Acesso em: 03 mar. 2019.

NÓBREGA, R. Trabalho e identidade na imigração boliviana para São Paulo. In: **Encontro nacional sobre migrações**, 6, 2009. Anais eletrônicos. Belo Horizonte, 2009.

PATARRA, N. L. Migrações internacionais de e para o Brasil contemporâneo: volumes, fluxos, significados e políticas. **São Paulo em Perspectiva**, vol. 19, n. 3, p. 23-33, 2005. doi: 10.1590/S0102-88392005000300002

PEIRANO, M. Etnografia não é método. **Horizontes Antropológicos**, vol. 20, n. 42, p. 377-391, jul./dez. 2014. <http://www.scielo.br/pdf/ha/v20n42/15.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2019.

PEREIRA, A. M. M. et al. Atenção primária à saúde na América do Sul em perspectiva comparada: mudanças e tendências. **Saúde em Debate**, vol. 36, n. 94, p. 482-499, set. 2012. doi: 10.1590/S0103-11042012000300019

REDE BRASILEIRA DE PESQUISA EM TUBERCULOSE (REDETB). **Bolivianos são os mais atingidos pela Tuberculose em São Paulo**. Rio de Janeiro: REDETB, 2005. Disponível em: <http://redetb.org/arquivo-de-noticias/41-noticias2005/124-bolivianos-sao-os-mais-atingidos-pela-tuberculose-em-sao-paulo>. Acesso em: 06 nov. 2012.

RIBEIRO, C. L. A feminização como tendência da migração boliviana para a Região Metropolitana de São Paulo. **Seminário Migrações Internacionais, Refúgio e Políticas**, 12 de abril de 2016. Disponível em: https://www.nepo.unicamp.br/publicacoes/anais/arquivos/2_CL%20OK.pdf. Acesso em: 03 mar. 2019.

RIZEK, S.; GEORGES, I.; SILVA, C. F. Work and immigration: a comparative study of Brazil and Argentina. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, vol. 79, p. 111-142, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ln/n79/a06n79.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2019.

SASAKI, E. M.; ASSIS, G. O. Teorias das migrações internacionais. **XII Encontro Nacional da ABEP**, Caxambu, out. 2000. Disponível em: [https://www.pucsp.br/projetocenarios/downloads/CDH/Teoria das Migracoes Internacionais.pdf](https://www.pucsp.br/projetocenarios/downloads/CDH/Teoria%20das%20Migracoes%20Internacionais.pdf). Acesso em: 03 mar. 2019.

SASSEN, S. **As cidades na economia mundial**. São Paulo: Studio Nobel Editora, 1998.

SILVA, S. A. Bolivianos em São Paulo: entre o sonho e a realidade. **Estudos Avançados**, vol. 20, n. 57, p. 157-170, mai./ago. 2006. doi: 10.1590/S0103-40142006000200012

SILVA, S. A. Hispânico ou latino: faces de um processo identitário entre imigrantes sul-americanos em São Paulo. In: PAIVA, O. C. (org.) **Migrações internacionais: desafios para o século XXI**. São Paulo: Memorial da América Latina, 2007.

SILVEIRA, C.; CARNEIRO JUNIOR, N.; MARSIGLIA, R. M. (orgs.). **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.

SILVEIRA, C. et al. Living conditions and access to health services by Bolivian immigrants in the city of São Paulo, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 29, n. 10, p. 2017-2027, out. 2013. doi: 10.1590/0102-311X00113212

SILVEIRA, C. et al. Los inmigrantes Bolivianos y el acceso a los servicios de salud en la ciudad de São Paulo, Brasil. VII Jornadas de Antropología Social de Buenos Aires. Universidade de Buenos Aires, Argentina, nov. 2013.

SOUCHAUD S. The Bolivian immigration in Sao Paulo. In: FERREIRA, A. P. et al. (Eds.). **Displacements and reconstructions of the migrant experience**. Rio de Janeiro: Garamond, pp. 72-95, 2010.

STARFIELD, B. **Primare care**. Concept, evaluation and policy. New York: Oxford University Press, 1992.

STEEL, Z. et al. Global protection and health impact of migration. **PLos Medicine**, vol. 8, n. 6, p. e1001038, 2011. doi: 10.1371/journal.pmed.1001038

SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA (SVE). **Boletim Epidemiológico – Especial Tuberculose**. Volume 43, mar. 2012. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/julho/23/BE-2012-43-Mar-o---Especial-Tuberculose.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2019.

WOLFF, H. et al. Health care and illegality: a survey of undocumented pregnant immigrants in Geneva. **Social Science & Medicine**, vol. 60, n. 9, p. 2149-2154, 2005. doi: 10.1016/j.socscimed.2004.12.007

ZIMMERMAN, C.; KISS, L.; HOSSAIN, M. Migration and health: a framework for 21st Century Policy-Making. **PLoS Medicine**, vol. 8, n. 5, p. e1001034, 2011. doi: 10.1371/journal.pmed.1001034

ANEXO A - Roteiro para entrevistas individuais

Levantamento dos conhecimentos, experiências de adoecimento, tratamento e cura da tuberculose entre imigrantes bolivianos

Na Bolívia o Sr.(a) morava na cidade ou no campo?

Há quanto tempo está no Brasil?

Acesso aos serviços de saúde no país de origem

O Sr.(a) chegou a ser atendido pelos serviços de saúde em seu país de origem?

Quais motivos o levaram a procurar o serviço de saúde na Bolívia?

Informaram qual a doença?

O Sr.(a) fez tratamento na Bolívia? Qual tratamento e quanto tempo durou?

Houve melhora de seu estado de saúde com esse tratamento? *(Explorar o que mudou nos sintomas e na qualidade de vida)*

O Sr.(a) cumpriu todo o tratamento proposto, recebeu medicamentos ou precisou ser internado no serviço de saúde na Bolívia?

O Sr.(a) teve a informação de que era portador da tuberculose no serviço de saúde na Bolívia? *(Aplicar somente aos portadores de tuberculose)*

O Sr.(a) costuma fazer uso de plantas para tratamento de doenças ou receber orientações de curandeiros? *(Explorar quem são os curandeiros de referência e quais as plantas, ou outros elementos utilizados)*

O Sr.(a) conhece alguma planta utilizada em casos de pessoas que estão com tuberculose? *(Se sim, perguntar o nome, a origem da planta, se é processada, quem recomenda o uso)*

Processo migratório e acesso aos serviços de saúde no Brasil

O Sr.(a) morou em outra cidade/estado aqui no Brasil antes de vir a São Paulo? Se morou, foi atendido pelo serviço de saúde? Em qual serviço foi atendido?

Como foi o primeiro contato com o serviço de saúde na cidade de São Paulo?

O Sr.(a) teve algum tipo de problema para ser atendido no serviço de saúde? Se sim, quais? *(Explorar se o pessoal do serviço entendeu e se esforçou para compreender as falas em língua estrangeira; se o pessoal do serviço se esforçou para promover uma comunicação inteligível do ponto de vista da língua e dos termos utilizados)*

Quais os serviços de saúde que já utilizou e/ou utiliza? *(Listar, se possível, o nome do[s] serviço[s] por onde o entrevistado já passou)*

Foi fácil para o Sr.(a) ter acesso ao serviço de saúde em São Paulo? Conte como foi. *(Explorar as atividades exercidas pelo Agente Comunitário de Saúde [ACS]: cadastramento, frequência das visitas, encaminhamento interno e externo à Unidade Básica de Saúde [UBS])*

Quais as dificuldades sentidas no acesso aos serviços de saúde em São Paulo? *(Explorar o uso da UBS, os contatos com os ACS)*

Faz uso de algum serviço de saúde fora da rede SUS? Quais? *(Explorar os itinerários terapêuticos percorridos fora do Sistema Único de Saúde)*

ANEXO B – Roteiro de observação

Descrição do ambiente de trabalho e domicílio dos imigrantes bolivianos na cidade de São Paulo

Características do ambiente físico: área em metros quadrados, número de cômodos, número de aberturas, acessos (escadas, passagens, corredores), área externa, tipo de acabamento nas paredes, tipo de acabamento no forro, tipo de telhado, tipo de piso, cozinha, espaço de refeição.

Características demográficas: número total de trabalhadores na oficina, número de trabalhadores que habitam no domicílio, número total de moradores no domicílio, número de adultos, número de crianças, número de idosos, número de famílias que coabitam o mesmo domicílio.

Características da atividade produtiva: descrição do processo produtivo, número e tipos de máquinas, mobiliário, outros equipamentos, matéria-prima, marcas, resíduos.

Características organizacionais: horários, turnos, intervalos, distribuição de tarefas.

Explorar a organização dos processos de trabalho no ambiente doméstico: quem cozinha, turnos, quem define o cardápio, limpeza do espaço.

Exclusivo para as mães que estejam amamentando ou são puérperas recentes: existência, ou não, de período de resguardo ou horário fixo para aleitamento.

Exclusivo para os pacientes em tratamento para tuberculose: se há algum tratamento diferenciado em relação às tarefas domésticas, cuidados em relação à administração dos medicamentos e dieta.