ELAINE CRISTINA CAMILLO DA SILVA

**PERCURSOS DE INTERAÇÃO transcultural
NOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

São Paulo

2009

Elaine Cristina Camillo da Silva

**Percursos de interação transcultural
nos serviços de saúde**

Tese apresentada à Faculdade de Odontologia da
Universidade de São Paulo, para obter o título de
Doutora, pelo Programa de Pós-graduação em
Ciências Odontológicas

Área de Concentração: Odontologia Social

Orientador: Prof. Dr. Dalton Luiz de Paula Ramos

São Paulo

2009

Catálogo-na-Publicação
Serviço de Documentação Odontológica
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Silva, Elaine Cristina Camillo da
Percurso de interação transcultural nos serviços de saúde / Elaine Cristina Camillo da Silva; orientador Dalton Luiz de Paula Ramos. -- São Paulo, 2009.
174p.; 30 cm.

Tese (Doutorado - Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas. Área de Concentração: Odontologia Social) -- Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

1. Serviços de saúde bucal – Unidades Básicas de Saúde – Interação transcultural 2. Saúde da família – Interação transcultural 3. Odontologia Social

CDD 614
BLACK D585

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE E COMUNICADA AO AUTOR A REFERÊNCIA DA CITAÇÃO.

São Paulo, 22 / 06 / 2009

Assinatura: ElaineCristinaSilva
E-mail: elaine.cris@usp.br

FOLHA DE APROVAÇÃO

Silva ECC. Percursos de interação transcultural nos serviços de saúde [Tese de Doutorado].
São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2009.

São Paulo, ____/____/____

Banca Examinadora

1) Prof(a). Dr(a).

Titulação: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

2) Prof(a). Dr(a).

Titulação: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

3) Prof(a). Dr(a).

Titulação: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

4) Prof(a). Dr(a).

Titulação: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

5) Prof(a). Dr(a).

Titulação: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

A Deus, por ter dele recebido a vida, a possibilidade de vivenciar o fascínio do encontro, da convivência, de aprender, dia após dia, a valorizar, promover e desejar a diferença do outro e a minha.

A todos os que atravessam fronteiras, geográficas e nas relações interpessoais, indo ao encontro do outro, saindo de si e se descobrindo no dom.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à comunidade das Missionárias Seculares Scalabrinianas, à qual pertenço, por ser um laboratório diário de acolhida e relação com o diferente, com o estrangeiro.

Ao professor Dalton Luiz de Paula Ramos, por ter partilhado o desafio desta tese. À professora Regina Szylit Bousso, pela disponibilidade e competente ajuda na compreensão da metodologia. Ao professor Nílson José Machado, pela amizade e vivência do conhecimento como dádiva.

Ao Dr. Salvatore Geraci e Dra. Bianca Maisano, do Ambulatório Cáritas Roma, pela disponibilidade ao encontro, à troca de experiências.

Aos colegas e amigos do Grupo de Bioética Personalista, por juntos acreditarmos na dignidade da pessoa humana, nos mais variados contextos e linhas de pesquisa.

A todos que participaram dessa pesquisa, pela disponibilidade em expor-se, em deixar-me participar do seu cotidiano.

À minha família, principalmente minha mãe Glória, por ter acompanhado os passos dessa pesquisa na experiência de acolher os imprevistos na própria vida.

Ao Departamento de Clínica Integrada, por ter repassado uma bolsa CAPES ao nosso, Odontologia Social. E à equipe do departamento de Odontologia Social, por tê-la destinada a este projeto de pesquisa.

Silva ECC. Percursos de interação transcultural nos serviços de saúde [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2009.

RESUMO

Este estudo teve como proposições: compreender o processo da interação entre profissionais de saúde e usuários estrangeiros nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Programa Saúde da Família (PSF); conhecer o significado da experiência dos profissionais de saúde ao interagir com os usuários estrangeiros; evidenciar questões bioéticas na experiência de interação entre profissionais e usuários estrangeiros. Utilizou-se como referencial teórico o Interacionismo Simbólico e como referencial metodológico a Teoria Fundamentada nos Dados, até a codificação axial. A análise dos dados, apresentada como *ordenamento conceitual*, levou à definição de quatro grandes temas: (1) “procurando comunicar-se”; (2) “percebendo limites”; (3) percebendo interação como processo”; (4) “percebendo perspectivas diferentes”. O percurso de interação profissional – usuário estrangeiro foi desencadeado a partir de uma escolha: atender a todos indiscriminadamente, tornando possível a aproximação. Perceber ou não no usuário estrangeiro sua dignidade de pessoa humana parece ser determinante na abertura do profissional à interação, na sua disposição a buscar estratégias.

Palavras-Chave: Bioética; Humanização; Relacionamento profissional-paciente; Transcultural

Silva ECC. Possible routes of transcultural interaction in health services [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2009.

ABSTRACT

This study had the following objectives: to understand the interaction processes among health professionals and foreign users in the *Unidades Básicas de Saúde (UBS)* and the Program for Family Health (*PSF*); to get to know the significance of the health professional's experience as they interact with foreign users; to put in evidence bioethics issues in the experience of professionals and foreign users interaction. It was used as a theoretical referential the Symbolic Interactionism and as methodological reference a Grounded Theory up to an axial coding. Data analysis presented as conceptual ordering, lead to the definition of four great issues: (1) "trying to communicate"; (2) "detecting limits"; (3) "recognizing interaction as a process"; (4) "recognizing different perspectives". The route of professional – foreign users interaction was developed from one choice: attend everyone (indiscriminately) making approximation possible. To recognize or fail to recognize in the foreign user the dignity of human person seems to be the determining factor for the openness of the professional to the interaction, in his disposition to seek strategies.

Keywords: Bioethics; Humanization; Physician-patient relationship; Transcultural

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa em seres humanos
ISCMSp	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
PSF	Programa Saúde da Família
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REVISÃO DE LITERATURA	26
2.1 Abordagens	26
2.2 Medicina Transcultural	31
2.3 Área Sanitária Cáritas Roma	33
2.3.1 Histórico	33
2.3.2 Relação interpessoal e cuidado na saúde	37
2.3.3 Percursos paralelos	42
2.3.4 Preconceito	44
2.4 A figura do mediador cultural.....	46
2.5 Personalismo Ontologicamente Fundado	48
3 PROPOSIÇÃO	51
4 METODOLOGIA	52
5 REFERENCIAL TEÓRICO	57
5.1 Interacionismo Simbólico	57
5.1.1 Símbolo.....	60
5.1.2 <i>Self</i>	61
5.1.3 Mente	62
5.1.4 Assumindo o papel do outro.....	63
5.1.5 A ação humana	64
5.1.6 A interação social	65
5.1.7 Sociedade.....	65
6 PROCEDIMENTOS DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS	68
6.1 Introdução	68

6.2 Coleta de dados: entrevista semi-estruturada	70
6.3 Codificação	73
6.3.1 Microanálise	74
6.3.2 Ferramentas analíticas	75
6.3.3 Codificação aberta	77
6.3.4 Codificação axial	77
6.4 Amostra teórica	78
7 RESULTADOS	84
7.1 Procurando comunicar-se	86
7.2 Percebendo limites	97
7.3 Percebendo interação como processo	105
7.4 Percebendo perspectivas diferentes	118
8 DISCUSSÃO	126
9 CONCLUSÃO	148
REFERÊNCIAS	150
ANEXOS	159

1 INTRODUÇÃO

As páginas que se seguem exprimem o desejo de propor um espaço na Academia para a reflexão sobre a experiência de interação entre pessoas que se percebem como estrangeiros um para o outro, no âmbito dos serviços de saúde.

A presença dos estrangeiros na minha vida começou muito cedo, dentro da própria família! Avós, bisavós, histórias contadas diante de fotos antigas, que mostravam outras paisagens, outras vestimentas. Ambiente que logo me fez refletir sobre as fronteiras por nós criadas, entre os países, entre as pessoas.

Estrangeiros não só na família, mas entre amigos. Quantos descendentes de japoneses, portugueses, sírio-libaneses, chineses, africanos, índios, esses últimos como estrangeiros na própria terra.

Estrangeiro não só por nacionalidade, mas alguém diferente, excluídos dos grupos, por alguma razão. Desafio de ir ao encontro, trazer para a convivência.

Um momento marcante foi quando, visitando imigrantes em um cárcere na Alemanha, em 1995, alguns dos presos se prepararam para nos oferecer algo: formaram uma banda e tocaram uma música. Algo simples, mas que me comoveu profundamente. Pessoas de diferentes nacionalidades, considerados marginais pela sociedade, conseguiram realizar o que muitos “do outro lado” das grades não conseguem: se uniram, colocando em comum o que cada um sabia fazer, sem procurar um aparecer mais do que o outro, tocando em harmonia, trazendo para nós a beleza da música. Esse fato ficou marcado profundamente na minha memória. Uma parte da humanidade quase “descartada” me fez exclamar: é possível! É possível a convivência entre diferentes, motivados *por* algo, *por* alguém.

Em todos esses anos, o estrangeiro sempre mais me se tem apresentado como uma parábola da humanidade:

O migrante, o estrangeiro, é aquele que tantas vezes pode nos *colocar à prova* para entender melhor se nosso amor é baseado somente na satisfação das nossas necessidades pessoais, muitas vezes egocêntricas, de afeto, de companhia, de alguém que apóie o nosso modo de pensar; nesse caso, nosso amor seria somente um sentimento instintivo, guiado pelas simpatias e antipatias, que no primeiro mal-entendido, na primeira contrariedade, transforma-se facilmente em aversão, levando a pessoa a retirar-se e a romper, desse modo, a relação.

Amar, porém, é toda uma outra coisa: envolve toda a pessoa, não somente sentimentos, instintos, mas também a razão, a fé, as escolhas mais profundas, fundamentais. A partir da experiência de relação com Deus, que descobrimos como Pai, experiência de sermos por Ele amados e continuamente transformados, apoiando-nos nessa rocha podemos sair de nós mesmos, *ir ao encontro* do outro, principalmente de quem é diferente de nós, esquecido, marginalizado.

[...]

Queremos nos deixar abrir bem os olhos, dilatar o coração, para perceber a presença real do Espírito na história da humanidade, justamente ali onde poderíamos arriscar desprezar aquilo que parece pequeno demais para ser um sinal de transformação: mas esse foi o caminho que Cristo escolheu e continua a escolher! (SILVA, 2003, p. 22-3).

Já os estrangeiros nos serviços de saúde, pude conhecer como dentista em São Paulo, entre os anos de 1996 a 1998. Posteriormente, encontrando italianos e portugueses nos hospitais em Stuttgart, cidade do Sul da Alemanha onde vivi nos anos de 1998 e 1999, realizando trabalho educativo também com crianças, filhos de imigrantes e refugiados, das mais variadas origens. Novamente como dentista, voluntária em um Centro de Odontologia em Roma, de 1999 até 2001.

De volta ao Brasil, pude conhecer uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de uma região de grande presença de imigrantes, percebendo o esforço dos profissionais em atender essa população, bem como a necessidade de refletir sobre o quanto vivenciado, pois pouco se tem publicado sobre a presença dos estrangeiros nos serviços de saúde no Brasil.

De fato, trata-se de um tema pouco explorado na literatura nacional¹, a questão da presença dos estrangeiros nos serviços de saúde; em se tratando da relação profissional – paciente, quase ausente. O tema poderia ser parte das discussões sobre “diversidade cultural”, ou mesmo “antropologia da saúde / doença”, atuais no contexto da produção científica da Saúde Coletiva. Porém, encontram-se mais frequentemente, nesses âmbitos, questões relativas ao gênero, aos afrodescendentes e indígenas², ou relativas a diferenças culturais da sociedade brasileira³.

Poder-se-ia argumentar o baixo número de estrangeiros no Brasil⁴, de consequência a pouca relevância do tema. No entanto, em algumas regiões, principalmente em determinados bairros de metrópoles como São Paulo (característica da globalização), estão presentes de modo muito perceptível para a população e serviços locais. Faz-se necessário, assim, que a Academia se aproxime dessas experiências.

No decorrer da pesquisa, pudemos encontrar recentes publicações sobre a fruição do direito à saúde por estrangeiros (e brasileiros não residentes) na região de fronteira, entre o Brasil e os países do Mercado Comum do Sul (MERCOSUL). Tema de interesse, uma vez que as regiões de fronteira supostamente antecipam possíveis efeitos dos processos de integração (GIOVANELLA et al., 2007).

¹ Busca realizada em 30/06/08, base de dados SciElo, com as palavras-chave: “diversidade cultural”, “antropologia estrangeiro”, “antropologia migrante”, “antropologia saúde”. Na mesma base de dados, em 19/09/08, encontramos 76 artigos com a palavras-chave “diversidade cultural”, 29 com “estrangeiro”, 52 com “relação profissional-paciente”, 14 com “mercosul saúde”, 291 com “cultura saúde”, 88 com “transcultural”, dos quais apenas as três últimas palavras-chave trouxeram artigos pertinentes ou temas relacionados ao nosso estudo (total de 17 artigos).

² Por exemplo, podemos citar o artigo sobre os agentes indígenas nos serviços de saúde, em Santa Catarina (LANGDON et al., 2006), ou desigualdades, questões de saúde relacionadas aos afrodescendentes (LOPES, 2005).

³ Como, por exemplo, no artigo de Oliveira, que destaca as várias culturas brasileiras, as culturas regionais, diferente dos países de grande imigração (OLIVEIRA, 2002).

⁴ Baixo número, ainda que em aumento: “de 2004 a 2007, houve um aumento de 51% no total novos registros de estrangeiros no país. Em 2004, a PF cadastrou 29.770 estrangeiros. Em 2007, 44.954. A PF não divulgou dados anteriores a 2004. Quando se consideram apenas países sul-americanos, o percentual de aumento foi bem mais expressivo. Em 2004, a PF havia cadastrado 4.594 argentinos, bolivianos, uruguaios e paraguaios. Em 2007, 11.252, um aumento de 144% em quatro anos” (CARMO, 2008). Há de se considerar, ainda, tratar-se apenas do número dos registrados na Polícia Federal. Difícil estimar os indocumentados, como veremos adiante.

O tema da saúde no MERCOSUL, em seu percurso histórico - desde o Tratado de Assunção que o instituiu, em 1991 -, foi detalhadamente desenvolvido por Sánchez (2007), sendo que Dal Prá, Mendes e Mito (2007) discutiram a questão social de modo mais amplo, inclusive a cidadania.

Mesmo pretendendo ser um mercado comum, caracterizado pela livre circulação de pessoas⁵, mercadorias, serviços e capital, no MERCOSUL permanece a ênfase no plano econômico (DAL PRÁ; MENDES; MIOTO, 2007), sendo trazido gradualmente para o debate a prestação dos serviços sociais, entre os quais, a saúde (GIOVANELLA et al., 2007; SÁNCHEZ, 2007).

Desde 1996, quem se ocupa do tema da saúde no MERCOSUL é o Subgrupo de Trabalho 11 “Saúde” (SGT 11) e a Reunião dos Ministros de Saúde. Um documento (pauta negociadora) do SGT 11 “Saúde”, de 2007, assim apresenta seus objetivos, no parágrafo chamado “tarefa geral”:

Harmonizar legislações e diretrizes, promover a cooperação técnica e coordenar ações entre os Estados Partes referentes à atenção à saúde, bens, serviços, matérias primas e produtos para a saúde, exercício profissional, vigilância epidemiológica e controle sanitário, com a finalidade de promover e proteger a saúde e a vida das pessoas e eliminar os obstáculos injustificáveis ao comércio regional e à atenção integral e de qualidade, contribuindo desta maneira ao processo de integração (MERCOSUL, 2007).

Atualmente, o Brasil encontra-se em uma etapa de estudo e coordenação dos serviços de saúde nas zonas de fronteira. Os relatórios estão disponíveis na página www.portal.saude.gov.br, como parte do chamado Sistema Integrado de Saúde nas Fronteiras

⁵ Dal Prá, Mendes e Mito (2007) comentam, baseados em vários autores, que a livre circulação de pessoas é considerada o maior desafio do mercado comum; o modo como são tratadas as fronteiras demonstra que ainda são percebidas como áreas de segurança nacional e as migrações internacionais ainda não são vistas como possibilidade de desenvolvimento.

(SIS Fronteiras)⁶ coordenado pela Secretaria Executiva do Ministério da Saúde. Trata-se de um projeto nacional, que envolve todos os estados de fronteira com os países vizinhos da América do Sul. Com o objetivo de integrar ações e serviços de saúde na região de fronteira, pretende-se realizar diagnósticos locais de saúde para subsidiar a elaboração do Plano Operacional.

O Plano Operacional visa ao levantamento, por parte da gestão local em parceria com a Universidade Federal do respectivo estado, das metas e ações para a melhoria dos serviços de saúde nos municípios fronteiriços.

Além da execução do Diagnóstico Local de Saúde e do Plano Operacional, o SIS FRONTEIRAS também tem como objetivo firmar articulações entre as áreas do Ministério da Saúde, a fim de levar os principais programas do Governo para a região de fronteira e melhorar os serviços locais de saúde.

(MINISTÉRIO DA SAÚDE, [2009?]).

Entre os diagnósticos até então disponíveis na página web do SIS Fronteiras, os referentes às cidades do Estado de Mato Grosso do Sul, por exemplo, relatam que a atenção básica (Unidades Básicas de Saúde e Programa Saúde da Família) atende toda a população residente, independente da situação legal (sendo inclusive contemplados no repasse de verbas do Sistema Único de Saúde – SUS). Porém, o problema surge no momento de uma necessidade de encaminhar a uma unidade de referência de maior complexidade, onde é exigido o documento de identidade brasileiro. Nesses casos, geralmente o município assume as despesas.

Para alguns municípios, são poucos os casos de atendimento a estrangeiros indocumentados, todavia, trata-se sempre de situações que “evocam questões legais, de esfera de competência dos órgãos públicos do Município, do Estado e da União, de relações

⁶ O projeto SIS FRONTEIRAS, instituído em 2005, “contempla os 121 municípios fronteiriços do Brasil e sua implantação possui duas etapas: Etapa I (69 municípios, nos estados do RS, SC, PR e MS) e Etapa II (52 municípios, nos estados do MT, RO, AC, AM, RR, AP e PA).

Cada uma destas etapas pressupõem uma série ações estratégicas, que por sua vez estão compreendidas em três fases consecutivas: a **Fase 1**, que contempla o diagnóstico local e plano operacional dos municípios fronteiriços; a **Fase 2**, que está voltada para a qualificação da gestão, serviços e ações e implementação da rede de saúde; e a **Fase 3** de implantação de serviços e ações de saúde nos municípios.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE) Disponível em: URL: http://portalweb05.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Execucao_Fase_I.pdf.

internacionais, de direitos humanos e de responsabilidade pela vida de um ser humano” (extraído do Diagnóstico local do município de Comodoro, mas visão comum aos demais relatórios do Mato Grosso do Sul).

Os Diagnósticos Locais dos municípios do Paraná, por sua vez, trazem outra visão do atendimento aos estrangeiros. No município de Barracão, por exemplo, através do relato dos informantes-chave, percebeu-se um temor de tornar oficial o atendimento, por entender como uma transgressão à legislação nacional, passível de punição. A orientação das Secretarias Municipais de Saúde seria atender somente em casos de emergência.

Os diagnósticos dos vários municípios de fronteira evidenciam a necessidade de uma política específica para a região⁷, que considere as características de sua população flutuante (turistas, estrangeiros naturais do país vizinho e brasileiros residentes no exterior), com a consequente dificuldade de planejamento de ações e previsão de gastos. Conceber a “região fronteiriça como uma grande região sanitária”, além dos limites dos países, tornaria possível articular as ações e serviços de saúde de um lado e de outro da fronteira.

Outros grupos de pesquisa têm se debruçado sobre a questão do acesso dos estrangeiros aos serviços de saúde. Um dos temas centrais da discussão é a questão da garantia do direito universal à saúde na zona de fronteira.

Nogueira et al. ressaltam aspectos relativos à cidadania e ao direito à saúde, tendo encontrado, através de entrevistas com gestores, profissionais e conselheiros dos serviços de saúde (em 2004 e 2005), diferentes entendimentos quanto ao direito à saúde, bem como a ausência de registros da demanda de estrangeiros - excluindo a possibilidade de um conhecimento mais adequado da realidade, permanecendo no âmbito das opiniões e

⁷ Giovanella et al. (2007) ressaltam a importância das iniciativas de cooperação entre gestores, bem como os acordos binacionais, que podem orientar a elaboração das diretrizes específicas. Consideram necessário também a criação de instituições supranacionais para conduzir o processo de integração, na construção da cidadania social.

impressões (NOGUEIRA; DAL PRÁ; FERMIANO, 2007; NOGUEIRA; SIMIONATTO; SILVA, 2003).

Giovanella et al. (2007) realizaram inquérito (em 2005) com “os secretários de saúde dos municípios brasileiros da linha de fronteira com os países membros do MERCOSUL na época de sua fundação” (Uruguai, Paraguai e Argentina). Ressaltamos aqui trechos da seção de resultados intitulada “acesso e demanda de estrangeiros no SUS”: apesar de 70% dos secretários municipais de saúde afirmarem que os estrangeiros têm direito de serem atendidos, existem barreiras de acesso ao SUS, que obrigam estrangeiros e brasileiros não residentes a recorrer a subterfúgios, como a apresentação de comprovante de residência de parentes ou amigos brasileiros, estratégia essa que desencadeou ulteriores exigências da parte dos gestores, consideradas pelos autores como uma violação do direito à saúde, “ferindo a legislação nacional” (GIOVANELLA et al., 2007).

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 afirma a saúde como “Direito de Todos e Dever do Estado”, e a Lei nº 8080 ao regulamentar o texto constitucional, reitera que “Saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis para seu pleno exercício”. Assim, ainda que a legislação em saúde não se refira especificamente ao acesso de estrangeiros ao SUS, depreende-se do texto legal que o direito universal à saúde transcende os cidadãos brasileiros natos ou naturalizados, pois se refere a todos os seres humanos, e que o acesso universal ao SUS deve ser garantido às pessoas independente de nacionalidade (GIOVANELLA et al., 2007, S263).

Para os estrangeiros residentes, a legislação⁸ garante aos regularmente presentes no País “todos os direitos reconhecidos aos brasileiros” (artigo 95 do Estatuto do Estrangeiro). Contudo, os indocumentados estão impossibilitados de exigirem seus direitos, entre os quais o acesso aos serviços de saúde (GIOVANELLA et al., 2007).

⁸ Estatuto do Estrangeiro (Lei nº 6.815, de 1980).

Como vimos, existem estudos sobre o acesso de estrangeiros aos serviços de saúde na zona de fronteira. Porém, outras regiões no País com problemática semelhante carecem de estudos com essa temática. Por exemplo, São Paulo.

O estudo que encontramos mais próximo ao nosso tema – interação entre profissionais e pacientes estrangeiros – foi sobre a “comunicação no processo de hospitalização do imigrante japonês”. Pesquisa qualitativa com abordagem fenomenológica, na qual foram entrevistados 17 pacientes imigrantes japoneses em um hospital da cidade de São Paulo. Os temas identificados foram:

- relembrando o passado;
- enfrentando dificuldade para comunicar-se;
- vivenciando a separação;
- sentindo necessidade de um bom cuidado;
- sentindo-se impotente para enfrentar situações difíceis;
- sentindo necessidade de suporte familiar;
- buscando conforto na religião
- e sentindo gratidão.

(CHUBACI; MERIGHI, 2002, p. 808).

Quanto ao tema “enfrentando dificuldade para comunicar-se”, as autoras apresentaram os seguintes subtemas:

- dificuldade para compreender a doença;
- dificuldade para compreender o tratamento;
- dificuldade para relacionar-se com a equipe de saúde;
- sentindo desconfiança;
- sentindo necessidade da ajuda dos familiares;
- sofrendo por não poder comunicar-se;
- sentindo segurança quando consegue comunicar-se
- e percebendo o incômodo e o arrependimento por não falar o português

(CHUBACI; MERIGHI, 2002, p. 808).

A perspectiva das autoras foi a dos pacientes estrangeiros hospitalizados. No nosso estudo, pretendemos conhecer a interação na Atenção Básica, dando voz também aos

pacientes⁹ mas priorizando a perspectiva dos profissionais. Tal escolha baseou-se em uma constatação, que se verificou durante o andamento da pesquisa: no contexto estudado, mesmo valorizando a participação popular, as ações ainda dependem muito das iniciativas dos profissionais. Além disso, escolha de uma perspectiva está relacionada com os limites da própria pesquisa, delimitando o objeto de estudo.

Inicialmente, não tínhamos uma nacionalidade definida, mas a interação com os estrangeiros em geral. No decorrer da pesquisa, porém, mostrou-se a grande predominância dos bolivianos nos serviços de saúde dos bairros estudados.

De fato, atualmente, uma das maiores presenças de estrangeiros na cidade de São Paulo é a de bolivianos, sentida principalmente em alguns bairros¹⁰, como Brás, Bom Retiro e Pari. O final da década de 90 trouxe um aumento do fluxo dos imigrantes bolivianos a São Paulo. Segundo dados da Polícia Federal, em 1995 eram 255 bolivianos, sendo que em 1999 chegou a 17.897. Sabe-se, no entanto, tratar-se sempre de um número subdimensionado, a motivo do grande número de indocumentados; no que as várias estimativas concordam é em reconhecer que a cidade de São Paulo abriga o maior número de imigrantes bolivianos no Brasil (CYMBALISTA; XAVIER, 2007).

Um dos documentos oficiais mais citados sobre a presença dos bolivianos no município de São Paulo é o Relatório Final da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI), instituída em 2005, a motivo de denúncias nos meios de comunicação, sobre a existência de trabalho escravo.

⁹ Utilizaremos a terminologia de pacientes e usuários, considerando, de fato, ambos inadequados para a dignidade da pessoa, mas aceitaremos seus limites sem entrar em questionamentos. Faremos uso conforme o dicionário (HOUAISS, 2007): paciente, como “indivíduo que está sob cuidados médicos” (entenda-se, no caso, profissionais de saúde), usuário, “aquele que, por direito de uso, serve-se de algo ou desfruta de suas utilidades <os u. de transportes coletivos> <o u. de uma biblioteca>”, ou os usuários de um serviço de saúde, no caso. Já termo “cliente” surgirá somente quando citarmos algum autor que dele faz uso.

¹⁰ “Do ponto de vista espacial, os bolivianos(as) estão concentrados em bairros da Zona Central da cidade, como Bom Retiro, Brás, Pari, Barra Funda, Cambuci, entre outros” (DA SILVA, 2006).

Quantas são as pessoas envolvidas nessa atividade? Essa foi uma das perguntas que a CPI não foi capaz de responder, porque ninguém detém essa informação. Existem apenas estimativas – sobre o número de bolivianos em São Paulo, e sobre quantos deles estariam trabalhando em condições indignas em oficinas de costura. O Consulado fala em 50 mil indocumentados; a Pastoral do Migrante, em 70 ou 80 mil; o Ministério Público Federal estima que haja 200 mil bolivianos em São Paulo, entre regulares e irregulares. O Sindicato das Costureiras destaca que, em 1998, havia 140 mil costureiros devidamente registrados trabalhando na cidade; em 2005, esse número caiu para 70 mil. Como não houve um encolhimento desse mercado – ao contrário, ele prosperou e se expandiu – a presidente do Sindicato, Eunice Cabral, calcula que a diferença tenha sido preenchida em grande parte pelos bolivianos em situação irregular. O Sindicato estima que haja 80 mil trabalhadores irregulares, entre as famílias de brasileiros que trabalham em domicílio e bolivianos submetidos às condições descritas (CPI - trabalho escravo, 2006).

Quanto às resoluções da CPI, foi apontado como necessário interferir na cadeia produtiva, investigando quem se beneficia com o baixo custo das peças costuradas por bolivianos; houve também propostas de ações e projetos a serem oferecidos como apoio aos imigrantes, bem como a preocupação com a promoção de melhores condições de vida no país de origem dos imigrantes, incentivando o empenho do governo brasileiro em prol da sociedade de toda a América do Sul.

Por sua pertinência ao tema de estudo, reportamos aqui em íntegra também o trecho que aborda a questão de saúde, do item 2.5 do Relatório final da CPI sobre o trabalho escravo, 2006:

2.5 Políticas Públicas Municipais e Estaduais e a Garantia de Direitos Fundamentais – saúde e educação

Saúde

Os bolivianos que trabalham (e moram) em oficinas de costura insalubres têm forte incidência de doenças pulmonares, particularmente a tuberculose. De acordo com citações das autoridades sanitárias brasileiras presentes ao Dia Mundial de Combate à Tuberculose, o Brasil tem cerca de 90 mil casos de tuberculose por ano e esse número é particularmente alto na população de bolivianos residentes em São Paulo. Em geral o migrante boliviano não recebe, em seu país de origem, vacinação BCG. Muitos deles viviam em vilas rurais miseráveis e nunca tiveram acesso a qualquer tipo de serviço de saúde antes de chegarem a São Paulo.

(Há também casos de tuberculose em migrantes paraguaios e peruanos, população que vem crescendo na cidade e enfrentando condições de trabalho semelhantes às dos bolivianos).

A maioria da população boliviana em São Paulo se encontra nos bairros do Brás, Bom Retiro e Pari. De acordo com registros das Unidades de Saúde da região, a maioria dos acometidos por tuberculose é constituída de bolivianos.

Geralmente, os agentes do Programa de Saúde da Família têm dificuldade em chegar aos domicílios, cujas condições de higiene são sabidamente insatisfatórias; por sua vez, o migrante indocumentado também não procura os serviços de saúde. Além da

tuberculose há ocorrências de dengue, dermatites, falta de saúde e higiene bucal e doenças de pele; os exames de pré-natal são realizados tardiamente. Como um grande número de crianças ainda não frequenta as escolas e é grande a rotatividade de pessoas e de locais de trabalho, o acompanhamento pelas equipes da prefeitura se torna ainda mais difícil.

Outro agravante é o fato de a população residente no local ter preconceitos contra os migrantes bolivianos, paraguaios e peruanos. Há choques culturais, desconhecimento recíproco de hábitos e costumes e do idioma espanhol, do quéchua, do guarani e aymará. Tanto os residentes na região quanto os profissionais de saúde que trabalham com essa população têm de lidar com essas questões.

Por conta disso, foi criado em 2004 o projeto *Somos Hermanos*, que incluía: oferecimento de cursos de português para bolivianos, e de noções de espanhol e de hábitos e costumes da cultura andina para trabalhadores da saúde e da educação, bem como informações sobre os mecanismos da imigração e da realidade vivida pelos imigrantes nessa região; elaboração de cartilhas em espanhol sobre direitos do usuário do SUS, gravidez, vacinas e tuberculose; realização de Feira de Saúde, de campanha de vacinação e outras ações educativas voltadas para os bolivianos, entre várias iniciativas no sentido da integração, informação e conscientização. Isso certamente contribuiu para que o número de atendimentos aumentasse significativamente, e para que o índice de cura chegasse a 94%, acima dos 80% da média exigida pelo governo federal.

De acordo com o Ministério da Saúde, todos os cidadãos que migraram ao Brasil, documentados ou não, têm os mesmos direitos de atendimento e tratamento contra a tuberculose oferecidos aos brasileiros. Os pacientes recebem, por seis meses, café da manhã, medicamentos e cesta básica (CPI – trabalho escravo, 2006).

O Relatório cita o Projeto *Somos Hermanos*, em 2004. Esse projeto teve sua origem em 2003, quando a Secretaria Municipal de Saúde, de São Paulo, e a Pastoral do Imigrante¹¹, preocupados com o aumento dos casos de tuberculose, principalmente entre os bolivianos, decidiram promover algumas medidas: nos serviços de saúde das regiões de maior presença dos imigrantes, não seria solicitada aos imigrantes a apresentação de documentos; seria produzido material informativo sobre a tuberculose, em espanhol¹².

Além disso, como visto no relatório, foram promovidas medidas para aproximar os imigrantes bolivianos das unidades de saúde, principalmente através visitas domiciliares das equipes do Programa Saúde da Família (PSF), contratação de profissionais bolivianos, curso

¹¹ Histórico extraído do jornal online Oboré, de 2003 (BRUNO, 2003; GARCIA, 2003).

¹² O projeto *Somos Hermanos* concretizou o início da ação intersetorial iniciada em 2003, entre o setor Saúde (Coordenadoria de Saúde da SP-Mooca) e a Pastoral dos Migrantes. O objetivo do projeto, iniciado em 2004, era de construir uma rede de solidariedade em favor dos imigrantes. As ações propostas foram: ampliar acesso às informações sobre os direitos dos imigrantes; elaborar material informativo sobre saúde em espanhol; contratar agentes comunitários de saúde da mesma nacionalidade dos imigrantes; articular poder público e sociedade civil para ampliar a rede de apoio; sensibilizar profissionais sobre a problemática da migração; proporcionar noções básicas de língua e cultura dos imigrantes para os profissionais; acompanhar a evolução das ações de saúde (cf. GAETA, 2005).

de língua e cultura para os profissionais dos serviços de saúde. Aos poucos, os bolivianos começaram a frequentar mais as Unidades de Saúde (UBSs).

Desse modo, se antes o problema era favorecer o acesso, com a entrada dos estrangeiros no cotidiano dos serviços de saúde, outras questões começaram a surgir. É sobre essa experiência, de interação entre os profissionais dos serviços de saúde e os pacientes estrangeiros, que discorreremos nas próximas páginas.

Vale lembrar que, se o Projeto *Somos Hermanos* teve sua duração limitada, outras propostas de certo modo deram continuidade, com a articulação das mesmas entidades envolvidas e outras que a elas se uniram. São iniciativas que unem a prefeitura de São Paulo e a sociedade civil organizada, com o objetivo de defender e promover os direitos dos imigrantes e refugiados, através de serviços prestados diretamente a essa população, principalmente os mais vulneráveis, bem como discutindo políticas públicas. Desde 2007, reuniram-se sob a denominação de “Rede Imigrantes: Que visibilidade queremos?”, tendo, em fevereiro de 2009, atingido o objetivo de lançar o Comitê Paulista para Imigrantes e Refugiados, junto à Comissão Municipal dos Direitos Humanos. Foi elaborado, pelos integrantes da rede, um “guia de serviços” para a população estrangeira, inicialmente lançado em arquivo eletrônico, em português, com objetivo de ser traduzido para outras línguas (espanhol, inglês, francês), também em versão impressa. O “guia de serviços”¹³ aborda temas de interesse dos imigrantes e refugiados, como: educação, documentação, trabalho, saúde (sendo o tema de interesse para nossa pesquisa, trazemos o conteúdo sobre a “saúde” no Anexo A). Esses foram passos importantes que pudemos acompanhar no decorrer da pesquisa e elaboração da tese.

Dentro desse contexto, portanto, esperamos poder contribuir. Como parte da linha de pesquisa Bioética – humanização, pareceu-nos importante refletir sobre a interação

¹³ Disponível em: URL: <http://www.projetoefabrica.com.br/i-migrantes/guia-de-servicos.htm>.

profissional de saúde – paciente estrangeiro, nos serviços de saúde, UBS – PSF, com o objetivo de conhecer a experiência da interação, buscando evidenciar questões bioéticas. A reflexão bioética emergiu no percurso de coleta e análise dos dados, na interação com os profissionais e os pacientes. Se, inicialmente, fomos a campo para conhecer a experiência de interação, acreditando que seria já uma contribuição trazer para a Academia, percebemos que era possível e necessário dar um passo a mais, dentro da nossa linha de pesquisa.

Antes de ir a campo, através da revisão de literatura, capítulo 2, tomamos conhecimento de reflexões sistemáticas sobre a interação profissional de saúde – paciente estrangeiro, desenvolvendo mais detalhadamente a abordagem da Medicina Transcultural: não podendo conhecer todas as culturas, é a relação que pode atravessá-las (MAISANO, 2005), considerando a pessoa em todas suas dimensões e em seu contexto. As reflexões da Medicina Transcultural ofereceram parâmetros para a construção do projeto de pesquisa, elaboração do objetivo e problema a ser estudado.

Outra teoria de referência, fortemente presente na nossa pesquisa, é o Personalismo Ontologicamente Fundado. Abordamos brevemente no final do capítulo 2, como parte da revisão de literatura.

Para conhecer o significado que as pessoas dão para a vivência da interação profissional de saúde – paciente estrangeiro, optamos pelo método qualitativo. No capítulo 4 discutiremos sobre essa escolha, de certo modo, como uma introdução aos capítulos seguintes, 5 e 6, profundamente relacionados. Trazemos, também, uma breve descrição das etapas da pesquisa de campo.

Nossa escolha pelo método qualitativo se deu a motivo de sua aplicação ao estudo das relações, das percepções, das interpretações que fazem a respeito de suas vivências, daquilo que sentem e pensam. Também por propiciar o estudo de processos sociais pouco conhecidos, buscando o olhar das pessoas que participam de tais processos, pertencentes a um grupo

delimitado, no caso, profissionais e pacientes das UBS / PSF. A busca de interpretar os dados segundo a própria lógica dos entrevistados possibilita gerar uma contribuição original, provoca o conhecimento científico a dar novos passos (FONTANELLA; CAMPOS; TURATO, 2006; MINAYO, 2006).

Para a coleta e análise dos dados, seguimos os passos indicados por Strauss e Corbin (2008), autores de referência para a Teoria Fundamentada nos Dados. É frequente relacionar tal abordagem com o Interacionismo Simbólico, como referencial teórico do método de pesquisa, ainda que se conceda liberdade na escolha de outro referencial (CHARMAZ, 2000; MORSE; RICHARDS, 2002). Nesta pesquisa, optamos pelo Interacionismo Simbólico como referencial teórico, por ter reconhecido nos conceitos que apresenta chaves de leitura e interpretação. Apresentamos no capítulo 5.

O capítulo 6 é dedicado à coleta e análise dos dados, descrevendo as ferramentas utilizadas, os procedimentos. Os procedimentos da Teoria Fundamentada nos Dados nos levaram a fazer a experiência da “escuta” dos dados (STRAUSS; CORBIN, 2008), servindo-nos da nossa experiência, observação e consulta da literatura para fazer perguntas aos dados, aos sujeitos de pesquisa. Desenvolvemos quatro grandes temas, apresentados nos resultados, capítulo 7, servindo-nos dos procedimentos propostos por Strauss e Corbin até chegar ao que chamam de “ordenamento conceitual”.

Os resultados nos trouxeram novos questionamentos, que nos levaram a desenvolver tanto a revisão de literatura quanto a discussão. Na discussão, capítulo 8, dialogamos com os resultados trazendo a contribuição de Gadamer e retomando aspectos da revisão de literatura, para refletir sobre o processo de interação, de compreensão um do outro na interação, continuando no pano de fundo do trabalho: a reflexão bioética que considera a centralidade da pessoa humana.

Na conclusão, capítulo 9, trazemos, de modo objetivo, as contribuições e provocações da pesquisa.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Abordagens

Em várias partes do mundo, tem surgido o questionamento sobre como lidar com uma pessoa que traz na sua bagagem a experiência de um contexto sócio-cultural diferente, de modo especial em lugares ou momentos históricos de maior presença de estrangeiros. Percebe-se uma fecunda intersecção entre as várias contribuições.

Madeleine Leininger, enfermeira graduada também em antropologia, na metade dos anos 50 desenvolveu uma teoria chamada *Culture Care Diversity and Universality*, ou **Enfermagem Transcultural**. A autora percebeu a importância da cultura no cuidado ao refletir sobre seu trabalho com crianças estrangeiras com distúrbios psiquiátricos, sentindo-se desamparada ao não compreender o comportamento delas, o que mais tarde reconheceu como diferentes expressões culturais.

Antes de propor sua teoria, a autora percorreu a literatura para identificar o que já se postulava, como por exemplo: o cuidado é um fenômeno universal, mas se exprime diversamente segundo a cultura, abrangendo todas as dimensões da pessoa, que precisam ser consideradas para promover o *cuidar holístico* (LEININGER, 1998). Considera que o conhecimento sobre o cuidado na perspectiva transcultural pode ajudar as enfermeiras nas suas decisões na assistência não só aos indivíduos, mas também às famílias e comunidades (LEININGER, 1991).

Para estudar as dimensões do cuidar em todas as culturas, no mundo inteiro, Leininger elaborou um projeto de pesquisa a longo prazo, através de uma pesquisa longitudinal, qualitativa, envolvendo enfermeiros em todo o mundo, a fim de fornecer dados para um conhecimento comparativo sobre o que é universal e o que não o é, em relação ao fenômeno do cuidar (cuidado) nas culturas ocidentais e não ocidentais (LEININGER, 1991). Esses estudos vêm sendo realizados e publicados principalmente na revista especializada *Journal of Transcultural Nursing*.

Leininger propõe três possíveis modos de ações e decisões “apoiadoras, facilitadoras ou capacitadoras” na interação profissional-paciente (para ela, enfermeira-cliente), no processo saúde-doença, gerando o que chama de *cuidado culturalmente congruente* (GEORGE, 2000; LEININGER; MCFARLAND, 2002):

a) preservação do cuidado cultural e/ou manutenção: profissionais ajudam o cliente a preservar sua cultura;

b) ajustamento do cuidado cultural e/ou negociação: profissionais ajudam o cliente a negociar ou adaptar-se a outras culturas, em vista de um resultado benéfico;

c) repadronização do cuidado cultural e/ou reestruturação: profissionais ajudam o cliente a reorganizar seu modo de vida, para um novo padrão, respeitando seus valores e crenças. “A repadronização exige o uso criativo de um extenso conhecimento de base cultural do cliente e deve ser feita de forma sensível ao seu modo de vida, enquanto são usados o conhecimento genérico e profissional.” (GEORGE, 2000, p. 300).

As pesquisas da enfermagem transcultural têm estudado valores e crenças em culturas específicas, comparando-as entre si, tendo encontrado mais numerosas as diferenças éticas do que semelhanças entre as várias culturas; todavia, Leininger considera ser a ética

universalmente partilhada¹⁴ que ajuda a promover a paz, harmonia e compreensão entre as culturas (LEININGER; MCFARLAND, 2002).

Leininger não considera que a enfermagem transcultural proponha o relativismo cultural, como se não existisse nenhuma verdade ética universal. Remete ao conhecimento da filosofia, ontologia e epistemologia, mas sem aprofundar como tais reflexões poderiam trazer os valores comuns a todas as culturas, reforçando novamente a necessidade de conhecer o modo como a cultura explica ou dá significado às crenças e ações, decisões. Descobrir quais seriam tais valores e crenças, diferentes e universais, continua sendo um dos maiores desafios, segundo a autora (LEININGER; MCFARLAND, 2002).

Ao longo de suas pesquisas, comparando as culturas, nos últimos quarenta anos, Leininger chegou a elaborar alguns princípios éticos, morais e legais (LEININGER; MCFARLAND, 2002):

- a) O princípio da justiça moral para compensar a distância entre os ricos e os pobres no mundo;
- b) O princípio do respeito das culturas e dos direitos humanos para preservar o patrimônio cultural, os valores, as crenças e os modos de vida;
- c) O princípio de auxílio ao bem comum para justificar e sustentar a partilha dos recursos para o melhoramento dos seres humanos e da justiça sócio-cultural;
- d) O princípio do serviço e proteção dos outros de atos destrutivos;
- e) O princípio da avaliação ética e moral frequente, para fortalecer as decisões éticas e morais de modo benéfico nas culturas diferentes e semelhantes.

¹⁴ A disposição de ampliar os horizontes normativos, através de estudos comparativos e no entendimento do que constitui um valor, buscando identificar valores nas diferentes culturas, é também proposta por Charles Taylor em seu ensaio sobre o multiculturalismo e a política do reconhecimento (1993). Taylor enfatiza que a falta de objetividade em juízos de valor nesse campo podem trazer complicações a respeito do conceito de dignidade do ser humano, sobre seu sentido universal e igualitário, mesmo no reconhecimento das diferenças, parte do processo dialógico da formação da identidade.

Para Leininger (LEININGER; MCFARLAND, 2002), os conflitos éticos podem ser reduzidos, resolvidos ou evitados através do conhecimento da cultura do outro, através de um estudo, ou ouvindo atentamente o cliente, suas explicações e interpretações.

Pacquiao (2002), tratando da tomada de decisão ética em um contexto multicultural, apresenta os princípios éticos que podem guiar a deliberação e a ação: autonomia, beneficência e não-maleficência, justiça, fidelidade (ser fiel aos compromissos) e veracidade (honestidade, dizer a verdade). Considera que o respeito pela pessoa é central para tais princípios, como na tradição filosófica ocidental. Todavia, relaciona o conceito de pessoa com o individualismo, excluindo a dimensão social, retomando autores que a consideram uma entidade separada, que reforçam o respeito da autonomia como paradigma das decisões no cuidado da saúde. Tal modo de conduzir a reflexão contrasta com culturas nas quais a ênfase é dada à decisão coletiva sobre o cuidado de cada membro do grupo.

Para sair desse impasse, considera que os direitos humanos podem contribuir, por afirmar os direitos fundamentais dos indivíduos, famílias, grupos e populações e o direito do respeito pelas diferenças¹⁵ (MANN; BURRIS, 1998 apud PACQUIAO, 2002). Levam em consideração tanto a autonomia dos ocidentais quanto o valor da coletividade dos não-ocidentais.

Retomando a proposta de Leininger sobre o *cuidado culturalmente congruente*, no contexto dos direitos humanos, Pacquiao (2002) apresenta a proposta de um modelo culturalmente competente para tomada de decisão ética, dando novo significado aos princípios de autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça, a partir dos valores dos clientes. Os profissionais devem aprender sobre a cultura, o modo de vida do cliente, buscando soluções que tenham significado dentro da visão de mundo do cliente.

¹⁵ Mann JM, Burris S. Public health and human rights. Human Rights 1998;25(4):2-5.

Já o modelo *Relationship-centered Care* (RCC) surgiu a partir da percepção de uma necessidade de rever o currículo para profissionais de saúde¹⁶, nos Estados Unidos. A relação entre pacientes e médicos é o que está no centro deste modelo, ainda que também enfatize o relacionamento do médico consigo mesmo, uns com os outros e com a comunidade no processo de doença, cuidado e cura (BEACH et al., 2006).

Quatro são os princípios da RCC (BEACH et al., 2006):

a) as relações no cuidado da saúde devem incluir as dimensões da pessoa (*personhood*), mais que os papéis. Tanto o médico quanto o paciente são pessoas que trazem consigo, de modo único, suas próprias experiências, valores, emoções.

b) afetos e emoções são componentes importantes na relação do cuidado da saúde, salientando a empatia.

c) todas as relações de cuidado na saúde acontecem no contexto da influência recíproca. Ainda que atingir os objetivos do paciente, promover e manter a saúde sejam a razão de cada encontro entre médicos e pacientes, a própria relação em si também tem um sentido, onde os dois se beneficiam como pessoas.

d) RCC tem um fundamento moral. O relacionamento pessoal entre o médico e o paciente leva a agir de modo mais “humano”, autêntico, desejável como um fim em si mesmo (o chamado *bem honesto*, na teoria moral).

Cooper et. al. (2006), através de uma revisão de literatura, estudaram como a questão étnica pode influenciar as relações no cuidado da saúde. Não podendo tirar conclusões, a motivo dos poucos trabalhos encontrados, os autores propõem pesquisas que usem o paradigma da RCC, por acreditarem que leva à tomada de consciência, por parte do médico, dos próprios preconceitos e atitudes consequentes.

¹⁶ Em janeiro de 1992, a *Pew Health Professions Commission* e o *Fetzer Institute* perceberam que tinham objetivos e interesses em comum, e começaram a trabalhar em parceria para desenvolver currículos para profissões de saúde, para que promovessem um cuidado integral, fazendo interagir fatores da biologia, psicológicos e sociais (TRESOLINI, 1994).

Enfatizam que cada pessoa é *única*, a importância da empatia e o objetivo de equilibrar os poderes entre os pacientes e os médicos, buscando reduzir as disparidades nas decisões clínicas, aumentando o envolvimento do paciente. Em se tratando de etnias diferentes, é indispensável a relação do médico com a comunidade e o conhecimento sobre a cultura do paciente.

2.2 Medicina Transcultural

Não por uma especial originalidade ou sistematização, mas por uma correspondência entre a ideia central – que articula todas as outras – e a experiência pessoal, a Medicina Transcultural emergiu como a mais adequada no momento de construção deste projeto de pesquisa, na elaboração do objetivo e problema a ser estudado, bem como na delimitação do campo e universo inicial de sujeitos. Também pela possibilidade de conhecer pessoalmente tal proposta, tendo um contato direto com a equipe e suas atividades.

É definida Medicina Transcultural aquela que se propõe ser eficaz em um contexto cultural. O prefixo *trans* da palavra “transcultural” significa “através de, além, capacidade de ir além, atravessando”: não podendo conhecer todas as culturas, é a relação que pode *atravessá-las* (MAISANO, 2005), podendo ser uma ocasião para redescobrir o eixo principal da própria medicina, ou seja, a relação terapêutica. Considerar a pessoa em todas as suas dimensões, corpo, psique, social: cultura, expectativas, desejos, fragilidade social, e em um contexto, com as consequências das políticas de acolhida e integração, preconceitos e discriminações (GERACI; MAISANO; MAZZETTI, 2005).

Atravessar as culturas, buscando parâmetros universais de cuidado, tem ao menos duas razões: o imigrante não é a mesma pessoa que deixou seu país, mas está em um processo de reformulação da sua identidade, em uma “transição cultural”; outra razão seria a impossibilidade de contar com mediadores culturais para cada departamento dos serviços ou para cada nacionalidade representada pelos imigrantes, por serem muitas (MAZZETTI, 2000b).

Atravessando as culturas, portanto, a relação pode tocar o que é a essência da pessoa humana, com uma atenção e escuta que busca superar os códigos culturais próprios e do outro. É como se existisse um espaço, um novo território, onde entram o profissional de saúde e o paciente, em uma relação de igual para igual, onde não existe um procedimento padrão e rígido, mas tantos questionamentos, onde o melhor guia são as palavras do paciente (GERACI; MAISANO; MAZZETTI, 2005).

Não se deve procurar sempre uma explicação cultural para as vivências do processo saúde-doença dos imigrantes, porque se estaria, mais uma vez, perdendo de vista a pessoa. Da mesma forma que não se deve considerar a doença antes dos pacientes, não é correto colocar a cultura antes das pessoas. Muitas vezes, é suficiente um simples raciocínio concreto, não sendo necessário fazer recurso a complicadas reflexões de antropologia cultural. O verdadeiro desafio da Medicina Transcultural está em reconhecer o paciente como um sujeito ativo da relação terapêutica, além do médico (MAZZETTI, 2005, p. 122-3).

Podem ser úteis os mediadores culturais, bem como o considerar a existência de vários sistemas culturais, porém o mais importante é procurar conhecer a pessoa que se confia ao profissional. O encontro com estrangeiros está oferecendo aos profissionais de saúde uma ocasião de descoberta que a medicina é feita de cuidado a pessoas, únicas e irrepetíveis (MAZZETTI, 2005, p. 123).

Na Itália, a Medicina Transcultural tem sido difundida pela *Società Italiana di Medicina delle Migrazioni* (SIMM)¹⁷, com membros de diferentes competências profissionais, fundada em 1990. Tal sociedade surgiu do desejo de proporcionar uma troca de informações, não só no âmbito da epidemiologia, mas principalmente sobre as melhorias nas “modalidades de encontro” com o paciente vindo de outros contextos sócio-culturais (GERACI; MAISANO; MAZZETTI, 2005, p. 45).

São várias as experiências representadas na SIMM, as quais mesmo tendo importantes pontos de convergência, são extremamente heterogêneas, seja enquanto natureza do serviço (público ou privado), seja quanto ao contexto migratório circundante (MAISANO, 2005). O que será aqui apresentado é o fruto da experiência de uma delas, da Área Sanitária Cáritas Roma, cuja equipe tem importante presença inclusive no cenário das Políticas de Saúde na Itália, bem como no setor Acadêmico.

2.3 Área Sanitária Cáritas Roma

2.3.1 Histórico

O serviço nasceu nos anos 80, quando ainda não se notava a presença dos estrangeiros na Itália. As políticas públicas voltadas para os imigrantes eram praticamente inexistentes.

Riccardo Colasanti, jovem médico, ao conhecer de perto a história de uma família curda, ao cuidar de uma criança doente, teve seu primeiro contato com o mundo da migração.

¹⁷ www.simmweb.it.

Após alguns meses, concretizou-se sua intuição de abrir um Centro de Saúde para Imigrantes, apoiado pela Cáritas Diocesana de Roma. Assim, em 1983 surge o Centro Médico em Óstia, um bairro popular na periferia de Roma. Um serviço para quem não tinha o direito de assistência pública gratuita, prestado por voluntários (ROMA CARITAS 4, 2003).

Logo o Centro de Saúde foi transferido para o centro de Roma, perto da Estação Termini. Em 1988, foi transferido para sua localização definitiva, na Via Marsala, sob a Estação Termini, oferecendo serviço em várias especialidades (ROMA CARITAS 4, 2003).

Quatro são os pilares das ações da equipe, que com o tempo foram se definindo:

- a) resposta assistencial
- b) conhecimento da realidade (pesquisa)
- c) ação pedagógica (formação)
- d) ação de promoção da pessoa (empenho pelos direitos)

A primeira ação foi do tipo **assistencial**, garantindo cuidados de saúde aos que, por lei, não tinham direito de acesso aos serviços de saúde (somente o pronto-socorro). Com o passar dos anos, foi reconhecido o direito de assistência aos imigrantes, sendo portanto garantido pelo Estado. Contudo, ainda existem algumas dificuldades para certas categorias de estrangeiros¹⁸, bem como a necessidade de orientação para a utilização dos percursos assistenciais fornecidos pelas estruturas públicas.

Atualmente, em toda a Área Sanitária da Cáritas Roma, são aproximadamente 300 voluntários, sendo que 150 no Centro de Saúde, entre médicos especialistas e não,

¹⁸ No momento de finalização da tese, está tramitando um projeto de lei no governo italiano, apresentado pelo partido Liga Norte. Aprovado pelo Senado, aguarda votação na Câmara. O projeto de lei, Ddl 733, denominado Pacote de Segurança, entre outras medidas prevê a modificar “o quinto item do artigo 35 do Texto Único Sobre Imigração, aprovado em 1998, segundo o qual o acesso de estrangeiros em situação ilegal a estruturas sanitárias não poderia ser seguido de ‘nenhum tipo de denúncia às autoridades por parte dos médicos’” (EFE, 2009). Mesmo não negando diretamente o direito à saúde, de fato acontece, instaurando um clima de medo por parte dos imigrantes indocumentados. Os profissionais de saúde associados à SIMM se uniram para propor estratégias diante dessa ameaça, entre as quais uma campanha: “nós não denunciaremos”, criando inclusive um logo (www.simmweb.it).

enfermeiros, farmacêuticos, bem como pessoas de outras competências, atuando na acolhida, como intérpretes, banco de dados, entre outros serviços.

Outro papel importante, ao lado da assistência, é o de “conhecer a realidade a partir de dentro”, não se deixando condicionar pelos preconceitos: seria o pilar da **pesquisa**. Nos primeiros anos de atividade, foi possível perceber a importância da pesquisa: os artigos da época afirmavam que o vírus HIV se difundia principalmente entre os marginalizados, como prostitutas, tóxico-dependentes e pessoas em situação de rua, pessoas estas que frequentavam o centro de saúde da Cáritas em Roma. Foram colhidas mais de 1.500 amostras de sangue, com o consentimento esclarecido, e enviadas a Robert Gallo, pesquisador americano. Descobriu-se que apenas um era soropositivo, e era peruano (não africano, como se poderia pensar na época). Essa descoberta causou grande impacto, tendo desmentido algo tido como certo (ROMA CARITAS 4, 2003, p. 7).

Desde 1983, foi implantado um banco de dados para coletar informações clínicas e sociais dos pacientes, que tem trazido dados importantes sobre a população em exame. Foram aplicados também estudos qualitativos, sobre as estratégias de comunicação e relação, bem como o acompanhamento das normas (desde 1995) a favor da promoção de saúde dos marginalizados (GERACI, 2002).

Ao estudar o perfil epidemiológico dos imigrantes na Itália, verificou-se que a maioria das infecções (não são as patologias mais frequentes entre os imigrantes) era provocada pelos organismos mais difusos no País, principalmente localizadas no sistema respiratório, gastroentérico, cutâneo e urogenital, ao contrário do que inicialmente se pensava: que os migrantes eram vetores de exóticas patologias de importação. As patologias observadas nos imigrantes são fortemente relacionadas às condições sócio-habitacionais: pobreza, promiscuidade, precárias condições de higiene, nas quais são obrigados a viver, ao menos na primeira fase da migração, muitas vezes como clandestinos. Trata-se das mesmas doenças

infecciosas que os autóctones podem contrair quando nas mesmas condições de vida (EL-HAMAD et al., 2005).

O terceiro pilar é o da **formação**. Compartilhar descobertas, informações, reflexões, para promover a cultura da acolhida. Percursos formativos tanto para os voluntários do serviço quanto para profissionais de saúde de outras instituições, inclusive do serviço público.

Formação que integra várias disciplinas, tais como: demografia (quantos imigrantes presentes no país, qual proveniência, distribuição no território), social (grau de escolaridade, modelos familiares, problemas habitacionais), jurídica (lei dos estrangeiros, presença e condição dos regulares e irregulares), economia (modalidades de trabalho, modelos de consumo), médicas (epidemiologia, patologias prevalentes, fatores de risco) e antropologia (influência dos fatores culturais na percepção da saúde, expectativas recíprocas), além de informações sobre a organização dos serviços (GERACI; MAISANO; MAZZETTI, 2005).

Em tal formação existe uma especificidade relevante, diretamente relacionada com a necessidade de fundar a relação terapêutica a partir do tema da diferença e da relação com o outro. A experiência da equipe Cáritas mostrou que é necessário intervir não somente com informações atualizadas e corretas - parte integrante do processo de formação e essencial para superar os preconceitos; é indispensável a *formação* propriamente dita, ou seja, uma ação de *transformação* no interno das pessoas, desencadeando um processo de mudança interior, que coloque em discussão preconceitos e vivências emotivas, considerando mas não supervalorizando a cultura (uma vez que a identidade é um processo de contínua construção, bem como os conceitos *mestiços* de saúde-doença), em um aprendizado baseado na experiência (GERACI; MARCECA; MAZZETTI, 2005).

O último pilar é o do empenho pelos **direitos**. Em colaboração com o Ministério da Saúde, foi elaborada uma proposta de lei que garantisse o direito à saúde para os imigrantes (regulares e irregulares). Continuam fazendo-se sentir cada vez que esse direito é ameaçado.

Hoje, o serviço do Centro de Saúde não é só de assistência direta aos imigrantes, mas também oferece orientação através de informações para a utilização das estruturas públicas e dos percursos assistenciais apropriados.

2.3.2 Relação e cuidado na saúde

Segundo Mazzetti (2003), se a adesão do paciente encontra limitações na relação terapêutica entre pessoas com o mesmo sistema cultural, pode-se deduzir que em uma relação transcultural o risco será ainda maior, a motivo da comunicação e dos referenciais culturais.

A partir da vivência cotidiana do atendimento de estrangeiros no Ambulatório Cáritas Roma, os médicos Geraci e Colasanti refletiram, desde os anos oitenta, sobre os “níveis de incompreensão entre o médico e o paciente”, e sistematizaram em uma primeira publicação, em 1995, tema este que foi retomado nos anos seguintes, e percebe-se como um dos eixos principais da Medicina Transcultural / Medicina das migrações, a partir desta equipe. Foi a primeira tentativa de elaborar a reflexão, tendo por isso seu valor, mesmo que ainda apresente apenas a perspectiva do médico / profissional de saúde.

Cinco níveis de confusão ou de incompreensão (COLASANTI; GERACI, 2000; MAZZETTI, 2003):

A. De comunicação:

- a) Pré-linguístico: dificuldade de comunicar as sensações interiores.
- b) Linguístico: diferentes expressões de linguagem. Arbitrariedade seja do significante (diferente idioma), seja do valor do significado (diferentes referências conceituais do léxico).
- c) Metalinguístico: arbitrariedade dos valores simbólicos.

B. Culturais:

- a) Cultural: diferenças culturais dos costumes, ambiguidade cultural inconsciente.
- b) Metacultural: diferenças ideológicas, filosóficas e religiosas.

Primeiro nível: pré-linguístico

Dificuldade de comunicação sentida universalmente, por todos nós, seres humanos, em comunicar as próprias sensações interiores.

A linguagem pode fazer compreender os objetos *demonstráveis*, como o livro, a janela, se mostrarmos um livro ou indicarmos um espaço retangular aberto em uma parede.

A nossa interioridade não é *demonstrável*, não podemos indicar com o dedo o que sentimos para mostrar aos outros. O que significa *sentir-se mal* para uma pessoa com depressão ou câncer? É uma expressão usada para algo que não se consegue determinar com palavras específicas; e se essa é uma dificuldade universal para todos nós, quanto mais para os estrangeiros!

Mazzetti traz uma importante contribuição da antropologia médica¹⁹, que propõe uma distinção entre *disease* e *illness*. *Disease* seria a doença como é conhecida pela ciência

¹⁹ A antropologia médica estuda o modo como as pessoas explicam as causas dos problemas de saúde, a quem recorrem e que tipo de tratamento fazem uso quando ficam doentes. Estuda ainda como as crenças e práticas influenciam o processo saúde-doença das pessoas, em todas dimensões que a compõem (HELMAN, 2003). De fato, a maior contribuição da antropologia médica para a compreensão do fenômeno saúde-doença foi compreender que o agir humano é culturalmente moldado, construído sob influência de diferentes modos de vida e organização da sociedade (GUALDA; BERGAMASCO; 2004). Nos anos 60-80, as discussões giravam em torno da oposição “natureza X cultura”, com a progressiva afirmação do “construtivismo”; já nos anos 80 a luta passa para o eixo “cultura X experiência individual”, com a busca de superar as dicotomias entre razão / emoção, ou corpo / espírito, onde o “corpo” vem para o primeiro plano, lugar de expressão da vivência dos sujeitos

médica, com suas características objetivas, e *illness* seria o conjunto de sensações, emoções, pensamentos e comportamentos relacionados, característicos da percepção subjetiva do *estar doente* (MAZZETTI, 2003, p. 35).

Os próprios pacientes, muitas vezes, não comunicam o modo como vivem subjetivamente a doença, porque habituados ao modo tradicional da medicina ocidental de interessar-se somente pelos sinais e sintomas objetivos, a *disease*. Essa desvalorização da vivência da pessoa em todas as suas dimensões – também suas relações interpessoais, condições de vida, laços familiares - pode levar a uma dificuldade em enfrentar a doença, de refletir sobre o significado da própria vivência.

Mazzetti (2000a) considera que o melhor modo para percorrer o caminho em uma relação transcultural é deixar-se guiar pelas palavras do paciente, através de uma atitude de escuta orientada a compreender a pessoa que está diante de nós, com tudo aquilo que é, com todo o seu sistema de referências culturais, os seus sintomas, escuta esta que pode ser preciosa tanto para o diagnóstico quanto para o cuidado e para a cura do que a molesta.

Segundo nível: linguístico

Quando os interlocutores não conhecem uma língua em comum, dificuldade esta que provavelmente muitos de nós já sentimos, mesmo que em situações diferentes.

Neste nível existem duas dificuldades: as línguas diferentes, com o agravante no caso de usar-se uma língua para a comunicação que não é a original de nenhum dos dois, portanto pode-se entender mal, e expressar-se mal, introduzindo erros duplos na comunicação.

(DUARTE; LEAL, 1998). No Brasil, a chamada antropologia da Saúde / Doença teve os anos 90 como período de expansão e amadurecimento, em um trabalho conjunto entre antropólogos e profissionais de saúde. Caracterizada pela busca da interdisciplinariedade das ciências sociais (sociologia, antropologia e ciência política) entre si e com a Saúde Coletiva, na década de 1990 uma nova estratégia juntou-se à assim chamada “antropologia da saúde”, a de uma abordagem mais “antropológica” e “holística” (CANESQUI, 2003): “A opção holista permite que os fenômenos da ‘doença’ ou ‘perturbação’ sejam sistematicamente associados ou cotejados com as perspectivas mais amplas dos estudos de ‘construção social’ da Pessoa, do Corpo ou das Emoções, mais tradicionais nos estudos antropológicos” (DUARTE; LEAL, 1998, p. 12).

A segunda dificuldade seria a arbitrariedade dos significados, mesmo ao relacionar a dor em certa região com um determinado órgão.

Como lidar com estas dificuldades? Mazzetti orienta, antes de mais nada, a tomar consciência da sua existência, e portanto verificar atentamente os dados recolhidos, discutindo com paciente, quando se trata de significados.

Quando o problema é aquele de não ter uma língua em comum, pode-se servir de um intérprete, seja ele ocasional, por exemplo um conhecido ou familiar, ou profissional, formado para este fim. Ambos trazem seus prós e contras, relacionados à distorção ou omissão de informações, ou até mesmo a troca de papéis na relação de cura, tirando algumas responsabilidades do profissional de saúde.

Encontrando a dificuldade de comunicação verbal, pode-se inclusive valorizar mais a comunicação não-verbal, que, segundo Mazzetti, se a atitude de empatia e acolhida é autêntica, é percebida pelo paciente: a expressão facial, os gestos, o tom de voz.

Terceiro nível: metalinguístico

Um mesmo termo pode ter significados abstratos diferentes, dificuldade presente na relação transcultural, mas até mesmo na isocultural.

Por exemplo, quando se fala de *câncer* ou *tumor*, normalmente se associa a uma doença mortal; mas se uma pessoa viesse de uma região onde a *diarréia* fosse uma das maiores causas de morte, assumiria um valor simbólico diferente do que para uma outra que conhece a *diarréia* como um mal-estar passageiro (MAZZETTI, 2003).

Quarto nível: cultural

É o nível mais propriamente cultural, apesar de todos os outros, de certa forma, serem dimensões da cultura. *Cultura* seria, para Mazzetti, o conjunto de valores espirituais e

ideológicos de uma pessoa, o modo como define o mundo e a si mesmo dentro do mundo, bem como o conjunto dos seus conhecimentos (MAZZETTI, 2003).

No nível cultural propriamente dito entra em jogo aquilo que os autores chamaram de *imprinting* com o qual uma pessoa definiu sua identidade em um determinado momento. Uma criança, procurando respostas para quem ela seja e o que faz no mundo, recebe informações do ambiente ao seu redor, na maioria das vezes de modo indireto, inconsciente, de modo *não-verbal*, e justamente por isso a dificuldade de trazer à consciência. Por exemplo, a distância que nos colocamos dos nossos interlocutores ao conversarmos; aproximar-se ou afastar-se além dessa distância traz uma sensação de mal-estar (HELMAN, 2003; MAZZETTI, 2003; SILVA, 2002).

Então seria imprescindível conhecer a fundo a cultura de quem cuidamos?²⁰

Segundo Mazzetti, a resposta seria não. Primeiro porque em um país, como a Itália, aonde os imigrantes vêm de muitos países diferentes, não é realista pensar em conhecer todas as culturas de proveniência. As culturas não são homogêneas, existindo diferenças entre os membros de certo grupo. E, principalmente, a identidade não é algo estático, definido uma vez por todas, mas dinâmico, em contínua transformação, ainda mais em uma pessoa que deixou seu país, sua cultura, para entrar em contato com uma nova. Não se pode considerar um estrangeiro em um país de migração comparando-o com uma pessoa do seu país de origem (HELMAN, 2003; MAZZETTI, 2003).

Portanto, para superar este nível de incompreensão, não basta conhecer a cultura do outro, mas entrar em um *territorio di mezzo* (território intermediário), que se constitui no processo de viver e atravessar culturas diferentes, da parte dos interlocutores (MAZZETTI, 2003, p. 45).

²⁰ Essa é uma das perguntas fundamentais para a experiência de interação em foco nessa pesquisa.

Quinto nível: metacultural

Deste nível faz parte a concepção da vida que as pessoas têm, que são capazes de expressar conscientemente, que portanto pode ser conhecido e considerado na relação terapêutica.

Aquilo que é expresso conscientemente, porém, como seguir uma norma religiosa do país de origem, pode significar algo de inconsciente: uma necessidade de sentir-se parte de um grupo, de reforçar a própria identidade, talvez a motivo da fragilidade provocada pela doença (MAZZETTI, 2003).

2.3.3 Percursos paralelos

Uma atitude de cuidado em saúde que atravessasse as culturas não tem ainda uma resposta definitiva²¹, mas, como visto, alguns elementos a partir da observação, da experiência, das vivências. A partir da observação da dinâmica do diálogo entre profissional de saúde e paciente, além das diferenças culturais, Mazzetti (2000b) identificou o que chama de “percursos paralelos”, pela característica de espelho entre as reações de um e outro interlocutor, como duas retas paralelas, que não se encontram. Considerar as duas pessoas lhes dá igual dignidade na relação, proporcionando uma colaboração na busca da saúde.

Um dos exemplos de percursos paralelos trazidos pelo Autor é o processo de elaboração da própria identidade, no encontro com contextos culturais diferentes. Trata-se de um processo enriquecedor, mas difícil, onde se coloca em discussão parâmetros até então tidos como certezas. Um percurso que vai desde o fechamento e recusa da diferença do outro,

²¹ Trata-se de um processo, como na perspectiva do Interacionismo Simbólico, que veremos a seguir.

passando pela recusa da própria diferença, procurando modelar-se totalmente ao outro (podendo alternar-se, estas duas fases), até uma reformulação da própria identidade, segundo o quadro 2.1 - Percursos paralelos na reformulação da identidade, abaixo apresentado (correspondente à figura 3 do texto de MAZZETTI, 2000b, p. 241).

Percursos paralelos na reformulação da identidade		
	Médico	A.
	Crise da identidade profissional	Crise da identidade pessoal
1ª. fase: enraizamento	<p>↓</p> <p>“o que eles querem? Sou eu quem sei como as coisas são”</p> <p>↓ ↑</p>	<p>↓</p> <p>“Nunca serei como eles, vou sa-los enquanto me servirem”</p> <p>↓ ↑</p>
2ª. fase: hiper-adaptação	<p>↓ ↑</p> <p>“se quiser ser eficaz, devo me adaptar totalmente a ele”</p> <p>↓</p>	<p>↓ ↑</p> <p>“se quiser conseguir algo aqui, devo ser exatamente como eles”</p> <p>↓</p>
3ª. fase: reformulação e multiplicação da própria identidade	<p>↓</p> <p>“quais podem ser minhas novas modalidades de ser profissional com os estrangeiros?”</p>	<p>↓</p> <p>“quais podem ser os meus novos modos de estar aqui?”</p>
<p>Utilizar uma gama mais ampla de informações</p>		
<p>↓</p> <p>Crescimento da identidade</p>		

Quadro 2.1 - Percursos paralelos na reformulação da identidade

Questionar-se sobre as próprias expectativas e aquelas do outro, no diálogo transcultural, pode levar a um passo a mais em relação aos citados níveis de incompreensão, trazendo contribuições inclusive enquanto estímulo de maior atenção para a relação de cuidado entre pessoas da mesma cultura, descobrindo a própria relação como instrumento terapêutico (MAZZETTI, 2000b).

Os percursos paralelos levam ainda a outra importante constatação: reconhecermo-nos iguais ao outro, reconhecer que o outro tem competências diferentes, mas tão preciosas quanto as nossas, na relação e no diagnóstico e terapia, tem um significado mais profundo do que de mobilizar recursos adicionais na relação de ajuda: recorda-nos nossa comum natureza humana, premissa para a passagem a uma partilha de responsabilidades e efetiva colaboração (MAZZETTI, 2000b).

2.3.4 Preconceito

Geraci, Marceca e Mazzetti (2005) apresentam um percurso formativo dos profissionais de saúde, considerando como ponto de partida a legitimação dos preconceitos. Trazendo em pauta a especificidade da experiência da relação com o outro, com o diferente, o estrangeiro, em âmbito sanitário, propuseram um percurso de 6 etapas (GERACI; MARCECA, MAZZETTI, 2005):

a) *Legitimar os preconceitos*. Não necessariamente o conteúdo dos preconceitos, mas o fato de desenvolvê-los. Aceitar sua existência, sem precisar escondê-los, possibilita a busca consciente daqueles que podem ser um obstáculo para a relação, no caso, com os pacientes estrangeiros.

b) *Fornecer informações.* A formação em âmbito transcultural exige consulentes competentes e atualizados sobre as características dos movimentos migratórios²², bem como sobre questões pertinentes às ações de saúde. Isso porque “fornecer informações corretas é parte essencial do processo de superamento dos preconceitos”.

c) *Ajudar a tomar consciência das próprias vivências.* Reconhecendo o importante papel do envolvimento emocional no processo formativo.

d) *Recolocar a cultura “no seu lugar”.* Ou seja, reconhecer o seu valor na justa medida. Isso porque estamos diante de uma pessoa, não da cultura. Cada pessoa, no caso, migrante, está envolvida em um processo de mediação entre a cultura dos pais, a cultura do país que a está hospedando e vivências específicas do seu “ser migrante”.

e) *Ajudar os profissionais a tomar consciência que os interlocutores estão empenhados em processos semelhantes aos nossos.* Ou seja, reconhecer que também os pacientes estrangeiros têm preconceitos a respeito dos autóctones – ou estrangeiros de outras nacionalidades – e também precisam tomar consciência e receber informações para poder superar os preconceitos.

f) *Lembrar que poucas coisas são tão fluidas e em transformação como a identidade das pessoas.* Ver a pessoa diante de nós, o estrangeiro, e a nós mesmos, como pessoas em contínua transformação, permitindo que nossas relações sejam flexíveis, dinâmicas.

²² Associando o rigor científico ao relato de experiência.

2.4 A figura do mediador cultural

O mediador cultural teria a função de auxiliar na comunicação, nos níveis de dificuldade acima citados. Discute-se a real necessidade de sua presença, bem como qual formação deveria receber e quais seriam as suas funções.

Em relação às áreas de atuação possíveis de um mediador cultural, De Leo (2003) apresenta quatro²³: mediação linguística (tradução), mediação linguístico-cultural (tradução, interpretação do contexto cultural), resolver conflitos de valores entre a comunidade imigrante e sociedade de acolhida, mediação de sistema (onde cada um deve ser capaz de mediar as relações, implica o protagonismo de todos presentes na estrutura de serviço, em um determinado momento). O mediador cultural, enquanto profissional formado, poderia estar presente durante as consultas, participar da formação dos agentes de saúde, bem como de projetos e organização de serviços.

Um dos problemas do mediador enquanto tradutor presente na consulta, é que pode interferir na relação entre o profissional de saúde e o paciente.

Alguns defendem que a figura do mediador cultural deve existir e estar presente de modo estável; outros acreditam que seria mais conveniente servir-se somente em determinadas situações, a pedido da estrutura sanitária. Seriam dois serviços diferentes: se estivesse presente de maneira continuada, seria não somente tradutor, mas poderia trabalhar junto com a equipe, na formação e organização dos serviços. Uma estrutura de serviço de saúde, de fato, teria dificuldades em contratar o número de mediadores culturais necessário para cobrir todas as línguas faladas por seus usuários estrangeiros (DE LEO, 2003).

²³ Resultados – parciais, analisados pela autora - de uma pesquisa que durou três anos, sobre “bioética, direitos humanos e multietnicidade”; a pesquisa teve início no ano 2000, serviu-se de entrevistas, em serviços no território italiano, no caso, serviços de saúde.

Maisano (2000) comenta o tema através dos resultados de um questionário aplicado para 22 médicos do serviço da Cáritas (voluntários), 11 dos quais com mais de quatro anos de experiência neste serviço.

Relata que, em quinze anos de história – no ano 2000 -, tendo passado pelo Ambulatório Cáritas Roma quase 55.000 pacientes de mais de 100 nacionalidades, não sentiram a exigência de definir e criar a figura do mediador cultural. Mas em outros serviços sentem a necessidade. Por quê? O questionário e a reflexão tentaram responder a essa pergunta, analisando a experiência cotidiana da equipe.

Da análise dos dados, a autora observou que nenhum dos médicos entrevistados propôs o mediador linguístico cultural como possível resposta às dificuldades de comunicação, mesmo admitindo a existência de problemas linguísticos ou de interpretação cultural na relação com o paciente estrangeiro.

Quando necessário, para superar o problema linguístico, foram ajudados por um amigo do paciente, ou algum outro paciente presente no momento, da mesma nacionalidade, ou ainda um voluntário que conhecia bem a língua (não profissionais presentes de forma estável).

Interpretando os dados, a autora sugere que a Medicina Transcultural, naquela específica equipe, parece desestruturar o modelo de relação médico-paciente do tipo *contratualístico*, onde o médico vende sua competência – trata-se de um serviço voluntário -, como também supera o modelo *mecanicístico*, onde o objetivo do médico é reparar “o que não funciona”, o pedaço da máquina, para fazê-la funcionar de novo o mais rápido possível. O ponto crucial do problema da mediação cultural talvez seja justamente este: dentro do modelo de relação típico da biomedicina, um mediador linguístico-cultural poderia ser como um instrumento que permitiria ao médico “consertar a máquina”, isto é, o paciente, de modo mais rápido e sem maiores problemas de interpretação (MAISANO, 2000).

Esta relação exige, segundo a autora, ainda analisando o questionário, uma escolha determinada da parte do médico, a vontade de entrar em relação com o paciente, mobilizando competências e procurando o que lhe falta (conhecimento de línguas, culturas, modelos de medicina diferentes, colaborando com profissionais de outras áreas, etc.). Fazem assim os médicos que têm, ou desenvolvem, a consciência que se não se estabelece este relacionamento, todo e qualquer ato médico é vão (MAISANO, 2000).

2.5 Personalismo ontologicamente fundado

Existe um pluralismo no campo da Bioética: são vários os modelos de análise teórica ou paradigmas (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2002), no que diz respeito à antropologia de referência e à fundação do juízo ético – justificativa racional do por que um determinado ato moral seria ou não honesto, lícito e obrigatório (SGRECCIA, 2002).

O modelo que se propõe fundar a objetividade dos valores e das normas na ontologia²⁴ da pessoa humana é o Personalismo Ontologicamente Fundado.

O personalismo (SGRECCIA, 2002) tem, historicamente, ao menos 3 significados:

a) personalismo relacional: subjetividade e relação intersubjetiva;

b) hermenêutico: papel da consciência subjetiva ao interpretar;

c) ontológico: “como fundamento da própria subjetividade, está uma existência e essência constituída na unidade corpo-espírito” (SGRECCIA, 2002, p. 79), sem negar os dois anteriores.

²⁴ Ontologia: s.f. 1 FIL segundo o *aristotelismo*, parte da filosofia que tem por objeto o estudo das propriedades mais gerais do ser, apartada da infinidade de determinações que, ao qualificá-lo particularmente, ocultam sua natureza plena e integral (HOUAISS, 2007).

A reflexão bioética no Personalismo Ontologicamente Fundado não se define como exclusivamente um método indutivo ou dedutivo. Indutivo seria se elaborasse as normas a partir da observação, do que apresenta a biologia e a sociologia, por exemplo. Dedutivo, se deduzisse a norma de conduta diretamente dos princípios.

Sua proposta é considerar os vários aspectos da realidade, as várias dimensões da pessoa humana e seu contexto, em um método chamado triangular, por analisar três pontos: a perspectiva da biomedicina, da antropologia e da ética (SGRECCIA, 2002).

a) Biomedicina²⁵: na sua precisão científica, avaliando as possibilidades cientificamente comprovadas no caso em estudo.

b) Antropologia (personalista): avaliar as implicações do fato biológico sobre o homem, os valores em questão que dizem respeito à pessoa humana: vida, integridade, dignidade, em uma análise filosófica. A pessoa humana é vista como uma unidade de corpo e espírito, na sua totalidade de dimensões física, psíquica, social (ou moral) e espiritual.

c) Ética: a partir da centralidade da pessoa humana na reflexão, conceitos e valores fundamentais, busca-se uma solução ética, que seja racionalmente justificável.

Considerando a bioética transcultural, na perspectiva do modelo personalista, a interação profissional de saúde – paciente, através do diálogo²⁶, do conhecimento e respeito pela cultura um do outro, caminhando juntos, percebe-se que esse caminho tem uma meta: a busca da verdade ética. A consciência de cada um, ainda que formada em contextos culturais diferentes, tem em si a busca da verdade, que no caso da bioética, seria a verdade sobre a pessoa humana (antropológica). Alguns valores morais fundamentais podem ser reconhecidos em todas as culturas, como o respeito pela vida, pela integridade físico-psíquica e a promoção da saúde (MELE; PENNACCHINI, 2002). Ou seja, existe a possibilidade que a razão humana

²⁵ Se a biomedicina fosse a única perspectiva considerada, levaria a um reducionismo da pessoa humana, à sua dimensão biológica.

²⁶ O diálogo entre o profissional de saúde e o paciente tem valor informativo, terapêutico e de tomada de decisão. Coloca as consciências dos interlocutores perante um bem que os transcende: a vida e a pessoa com os seus valores (SGRECCIA, 2002).

chegue a um juízo adequado sobre o valor objetivo de uma determinada ação (VENDEMIATI, 2002).

A Bioética Personalista valoriza a consciência de cada pessoa, chamando a atenção para o que a ética denomina “*valor objetivo* de uma ação e o *momento subjetivo* em que tal ação é concebida e decidida na interioridade do sujeito” (SGRECCIA, 2002, p. 145). É necessário adequar o juízo subjetivo ao valor objetivo da ação. Para tanto, a consciência passa por um processo de conhecimento, tanto dos valores universais quanto da realidade em questão, inclusive do quanto dita a consciência das outras pessoas envolvidas.

3 PROPOSIÇÃO

Diante da contribuição trazida pela revisão de literatura, através de contatos iniciais exploratórios com o campo de pesquisa, fomos definindo o recorte do estudo. Nossa proposição foi sendo lapidada no decorrer da pesquisa, chegando a seguinte elaboração final:

- 1 Compreender o processo da interação entre profissionais de saúde e usuários estrangeiros nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Programa Saúde da Família (PSF).
- 2 Conhecer o significado da experiência dos profissionais de saúde ao interagir com os usuários estrangeiros.
- 3 Evidenciar questões bioéticas na experiência de interação entre profissionais e usuários estrangeiros.

4 METODOLOGIA

No percurso da revisão de literatura, trouxemos a contribuição da Medicina Transcultural, segundo a experiência da equipe do Ambulatório da Cáritas em Roma, equipe que tivemos a oportunidade de encontrar pessoalmente em fevereiro de 2007, além de ter tido acesso ao acervo da biblioteca com material sobre o tema, bem como frequentado um módulo do *Master*²⁷ por eles proposto, em janeiro de 2008.

Auxiliou-nos nos primeiros passos do projeto: definição do campo de pesquisa, dos sujeitos, das questões norteadoras.

Para conhecer o contexto e os atores sociais do processo, frequentamos uma a uma as Unidades Básicas de Saúde (Brás, Bom Retiro e Pari²⁸) antes de realizar as entrevistas, em vista até mesmo de identificar quem poderia ser entrevistado, segundo os objetivos do estudo.

Nosso tema de estudo, a relação dos profissionais e usuários estrangeiros, é um recorte de um contexto maior até mesmo na própria Unidade Básica de Saúde, por ser uma das tantas situações vivenciadas no cotidiano: atendem a todas as faixas etárias, gestantes, trabalhadores, desempregados, pessoas em situação de rua, moradores em habitações precárias, albergados, pessoas da classe média que deixaram o plano de saúde, imigrantes, refugiados. A UBS / PSF deve, de fato, atender a população de sua área de abrangência, da qual conhecem o contexto através do chamado diagnóstico situacional, a partir do qual a equipe define ações específicas. A atenção básica é o primeiro e mais frequente contato dos usuários com o SUS, por suas ações na prevenção e promoção da saúde, diagnóstico, tratamento, de modo individual e coletivo (BRASIL, 2007).

²⁷ Módulo de uma semana com o tema: “La salute della donna, del bambino, della famiglia straniera”, parte do *Master in Medicina delle Emarginazioni, delle Migrazioni, delle Povertà 2007-2009* (<http://master.idente.net>).

²⁸ Ver amostra teórica, item 6.4.

Importante recordar que em uma das unidades estivemos presentes como voluntária por alguns meses, acompanhando atividades de formação com os profissionais, visitas com os Agentes Comunitários de Saúde, grupos de educação em saúde com temas de planejamento familiar, nutrição. Essa experiência contribuiu na elaboração do projeto.

Aproximamo-nos, portanto, dessa realidade, no contexto em que é vivenciada, procurando conhecer em detalhes o fenômeno, a partir dos relatos de quem faz a experiência: através de entrevistas e conversas informais, observação no cotidiano.

Escolhemos um método qualitativo. A principal razão para tal escolha foi a natureza do problema de pesquisa, no caso, o significado de uma experiência de interação, reforçado pelo fato de ser um tema pouco tratado no Brasil: a interação com estrangeiros nos serviços de saúde. De fato, o método qualitativo permite “desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares”, sistematizando progressivamente o conhecimento, até chegar a compreender a lógica do processo em estudo (MINAYO, 2006, p. 57). Tanto Morse e Richards (2002) quanto Strauss e Corbin (2008) apresentam características dos pesquisadores qualitativos, além da descrição do método. Portanto, não é somente a aplicação de procedimentos, mas um modo de compreender a realidade, que encontra eco no referencial teórico e nos procedimentos da pesquisa propriamente dita. Minayo (2006) considera que o conceito de metodologia traz em si teoria e método como termos inseparáveis. No nosso caso, o referencial teórico, Interacionismo Simbólico, o método, Teoria Fundamentada nos Dados (*Grounded Theory*).

Pesquisar constitui uma atitude e uma prática teórica de constante busca e, por isso, tem a característica do acabado provisório e do inacabado permanente. É uma atividade de aproximação sucessiva da realidade que nunca se esgota, fazendo uma combinação particular entre teoria e dados, pensamento e ação (MINAYO, 2006, p. 47).

A Teoria Fundamentada nos Dados estuda o processo da experiência, apresentando procedimentos a fim de que os resultados derivem dos dados. Seguimos os passos indicados por Strauss e Corbin (2008) - autores de referência da Teoria Fundamentada nos Dados - até a chamada codificação axial. Segundo os próprios autores, as ferramentas auxiliam a conduzir uma análise, uma reflexão a partir dos dados, mesmo que o pesquisador não pretenda construir uma teoria. Nosso estudo se enquadraria no chamado “ordenamento conceitual”, sendo que uma das possibilidades desse modo de organizar os dados é quando “a apresentação final é organizada em torno de temas bem desenvolvidos e ordenados, mas os temas não são conectados para formar um esquema teórico integrado” (STRAUSS; CORBIN, 2008, p. 33).

Vários autores têm seguido os procedimentos da Teoria Fundamentada nos Dados, segundo Strauss e Corbin, mesmo não tendo o objetivo de construir uma teoria (LIPSMAN et al., 2007; MOSER et al., 2008; SCHNEIDER et al., 2007; YEN et al., 2007).

De fato, no decorrer do estudo fomos percebendo a complexidade da experiência, tão pouco conhecida pela Academia. Construir uma teoria que pudesse explicar e prever a experiência de interação entre profissionais e pacientes estrangeiros nas Unidades Básicas de Saúde nos pareceu por demais pretensioso, talvez até precipitado. Os procedimentos da Teoria Fundamentada nos Dados nos levaram a fazer a experiência da “escuta” dos dados (STRAUSS; CORBIN, 2008), servindo-nos da nossa experiência, observação e consulta da literatura para fazer perguntas aos dados, ou aos sujeitos de pesquisa, nas entrevistas, evitando condicionar a interpretação. Os procedimentos levaram a desenvolver quatro grandes temas, que na experiência estão fortemente relacionados. É como se o encontro desencadeasse o movimento de uma engrenagem onde todas essas peças estão presentes; com tal complexidade que ainda não pôde ser totalmente esclarecida, explicada. Mas vieram à tona elementos importantes a serem alvo de pesquisas posteriores, para que a Academia possa estar

a serviço, com seu específico de pesquisa e formação, dos profissionais e pacientes diretamente envolvidos nessa experiência.

Os dados foram coletados através de entrevistas semi-estruturadas aos profissionais da equipe de saúde e pacientes estrangeiros, buscando conhecer qual *significado* dão para a interação, uma vez que a pesquisa qualitativa “trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (MINAYO, 2002, p. 80).

Com todos os entrevistados seguimos o processo de esclarecimento sobre a pesquisa, finalizando com a apresentação do termo de consentimento assinado em duas vias, uma para o sujeito uma para o pesquisador (elaboramos dois termos diferentes, um para os profissionais outro para os pacientes estrangeiros, Anexos B e C, respectivamente).

Pedimos permissão aos gerentes das unidades para participar de algumas reuniões de equipes do PSF. Em uma das UBSs nos foi permitido, nas outras não. Em todas, porém, pudemos participar de reuniões gerais dos profissionais, ou de grupos de educação em saúde com os usuários, reuniões em vista da formação do Conselho Gestor da unidade. Vale ressaltar que as três unidades apresentam diferentes contextos, não só do bairro mas também como estrutura física e de recursos humanos. Uma delas passou inclusive por mudança na gerência por duas vezes no período da pesquisa. As atividades realizadas na pesquisa de campo estão descritas em uma tabela em anexo (Anexo D).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde (parecer em anexo – Anexo E), tendo sido enviado para ciência do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da USP (Anexo F). O projeto inicial previa outras

atividades (como o grupo focal) e instituições de pesquisa (UBS Belenzinho e Centro de Saúde Escola da Barra Funda), mas foi revisto e adaptado²⁹ (Anexo G e H).

Antes de dar início à pesquisa de campo propriamente dita, as coordenadorias das regiões Sudeste e Centro-Oeste (às quais pertencem as UBSs Brás, Pari e Bom Retiro) foram comunicadas (Anexo I), bem como os gerentes de cada Unidade.

²⁹ A possibilidade de mudar o projeto é previsto na abordagem qualitativa. Deve ser um projeto flexível, que possa se adaptar aos achados de campo. De fato, um dos propósitos da pesquisa qualitativa é o de descobrir novas questões, processos, interações entre fenômenos (MARSHALL; ROSSMAN, 1989; STRAUSS; CORBIN, 2008).

5 REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 Interacionismo Simbólico

O Interacionismo Simbólico é uma perspectiva da Psicologia Social³⁰. O conceito de *perspectiva* é importante: um ponto de vista de uma realidade, com seus limites; afinal, ninguém pode ver todos os aspectos de uma situação ao mesmo tempo. Pode-se dizer, aliás, que a própria ciência é uma *perspectiva*, lidando somente com fenômenos passíveis de investigação, deixando de lado parte do que é o *humano*. O risco seria pensar que tudo o que a pessoa humana é possa ser medido pelos métodos e instrumentos da ciência (CHARON, 1989).

Uma perspectiva é uma estrutura conceitual (expressa em palavras), tornando possível dar um significado para o que está diante de si, *out there* (CHARON, 1989). Blumer (1969) trata justamente do significado ao apresentar as três premissas nas quais se baseia o Interacionismo Simbólico, quais sejam: os seres humanos (ou as pessoas humanas) agem de acordo com o significado que as coisas têm para si; tal significado nasce da interação entre as pessoas; os significados são elaborados e modificados em um processo interpretativo, do qual as pessoas se servem ao lidar com o que encontram, em um processo de interação consigo mesmos.

³⁰ Nomes de relevo nas suas origens são George Herbert Mead, professor de filosofia da Universidade de Chicago, com a obra “Mind, Self e Society”, e Herbert Blumer, com a obra “Symbolic Interactionism. Perspective and Method”. Blumer foi quem criou o termo “Interacionismo Simbólico”.

As ideias centrais do Interacionismo Simbólico, segundo Charon, são (1989):

- a unidade de estudo é a *natureza da interação* entre pessoas
- imagem de um ser humano ativo, não passivo ou determinado por estímulos externos
- a sociedade é constituída pela interação entre indivíduos e está em contínua mudança através da interação
- o ser humano é compreendido como agindo no *presente*, no momento da interação (não se consideram influências do passado, ou atitudes consolidadas)
- a interação não é somente o que está acontecendo *entre* as pessoas, mas também *dentro* de cada um, onde o ser humano *define* o mundo
- descreve o ser humano como *imprevisível* e *ativo* (liberdade das escolhas conscientes), mais do que outras perspectivas

O Interacionismo Simbólico considera as perspectivas como parte integral do ser humano: não são respostas a estímulos externos, nem mesmo características da personalidade, mas sim algo que é partilhado, influenciado, modificado na interação com outras pessoas. Relacionando entre si as várias perspectivas (a partir das várias situações em que interage com outros), o indivíduo ordena sua percepção e definição da situação. A perspectiva, contudo, não é uma causa diretamente relacionada a um comportamento, de modo determinista. Existe a escolha consciente de como ordenar as perspectivas e definir a situação, de modo *imprevisível* (CHARON, 1989).

Vale ressaltar que se considera a existência de uma realidade objetiva, *out there*, enquanto é a *definição* a ser influenciada pela vida social. Ainda, pelo fato de cada pessoa perceber o mundo de forma única e original, fala-se em uma *realidade pessoal* (CHARON, 1989, p. 36).

As perspectivas são dinâmicas e em contínua transformação (ao contrário do conceito de *atitudes*, estáveis e difíceis de mudar), guias para a interpretação e ação, sofrendo mudanças no processo de interação com outras pessoas, não necessariamente estáveis na mesma pessoa. Os comportamentos das pessoas são considerados *imprevisíveis*, mesmo quando fosse possível conhecer as perspectivas das pessoas antes de entrar na situação (CHARON, 1989, p. 24).

Outro conceito interessante para o tema em estudo – a relação terapêutica entre pessoas de culturas diferentes -, é o de *grupos de referência*, nos quais são partilhadas perspectivas/culturas. Podem ser as categorias sociais, tais como classe social, grupo étnico, classe profissional, comunidade. Cada pessoa pode pertencer a vários *grupos de referência*, reforçando mais uma vez o caráter dinâmico das perspectivas/culturas, partilhadas e definidas na interação, na comunicação, por meios variados – jornais, revistas, rádio, correspondência, reuniões³¹ (SHIBUTANI *apud* CHARON, 1989).

Os seres humanos se identificam com vários mundos sociais (grupos de referência, sociedades), aprendem através da comunicação (interação simbólica) as perspectivas (estrutura simbólica/conceitual, cultura) destes mundos sociais e usam estas perspectivas para definir ou interpretar situações que encontram. Os indivíduos também percebem os efeitos de suas ações, refletem sobre a utilidade de suas perspectivas e procuram adequá-las na situação que estão vivendo. Não respondem passivamente e suas ações não são determinadas por atitudes ou estímulos do ambiente³² (CHARON, 1989, p. 25).

Em seguida, apresentaremos os principais conceitos do Interacionismo Simbólico, a partir da obra de Joel Charon (1989), a qual nos pareceu em sintonia com Blumer (1969) e Mead (1932).

³¹ Shibutani T. Reference groups as perspectives. American Journal of Sociology 1955;60(6):562-569.

³² No corpo do texto, tradução da autora. Texto original: “Human beings identify with a number of social worlds (reference groups, societies), learn through communication (symbolic interaction) the perspectives (symbolic/conceptual frameworks, culture) of these social worlds, and use these perspectives to define or interpret situations that they encounter. Individuals also perceive the effects of their actions, reflect on the usefulness of their perspectives, and adjust them in the ongoing situation. They do not passively respond, nor are their actions determined by attitudes or environmental stimuli”.

5.1.1 Símbolo

De certo modo, o símbolo é o conceito central da perspectiva do Interacionismo Simbólico. O símbolo evidencia a interdependência entre o indivíduo e a sociedade.

Os símbolos são um tipo de *objetos sociais*, aos quais são atribuídos significados na interação social, ou seja, são usados para representar (através de uma associação arbitrária) algo segundo uma convenção social, para comunicar (com outros e consigo mesmo). Exemplos de símbolos são as palavras, a linguagem, alguns gestos, a flor, o coração, desde que tenham um significado conhecido e compartilhado pelos interlocutores. A linguagem é o principal símbolo, o que torna possível a existência dos demais símbolos, até mesmo dos outros tipos de objetos sociais, porque através das palavras pode-se descrevê-los, interpretá-los e compreendê-los.

Os símbolos devem ser usados *intencionalmente*, para comunicar algo, com um significado conhecido. Porém, pode acontecer que o significado não seja compartilhado pelos interlocutores, acontecendo que tanto quem propõe o símbolo não é entendido como pretendia, quanto uma determinada expressão facial, por exemplo, pode não ser um símbolo para quem a faz, mas o outro a interpreta atribuindo um significado. Trata-se, nestes casos, de um objeto social (definidos segundo seu *uso* para quem os interpreta), não um símbolo. Estes exemplos evidenciam, além do próprio conceito, a ambiguidade e complexidade dos símbolos (quem pode conhecer exatamente a compreensão do outro?), o que não diminui sua importância; pelo contrário, reforça a compreensão que também os símbolos, os objetos sociais, tal como as perspectivas (um conjunto de símbolos), são dinâmicos, transformam-se na interação.

Deliberação e resolução de problemas: uma forma de pensamento, de “conversa consigo mesmo”. Ocorre quando surge um problema que requer análise da situação, interpretação do que está acontecendo e avaliação de planos de ação. Envolve, portanto, a *transcendência da situação imediata*, integrando o passado, o presente e o futuro – o que se torna possível a motivo dos símbolos (que representam algo), do uso da linguagem. Outra situação que os símbolos tornam possível é “assumir o papel do outro”, ou seja, imaginar como seria a visão de mundo sob a perspectiva do outro, procurando entender suas ideias, o que comunicam através da linguagem.

O Interacionismo Simbólico considera o símbolo como ideia central, porque:

Através dos símbolos os seres humanos nomeiam, lembram, categorizam, percebem, pensam, deliberam, resolvem problemas, transcendem o espaço e o tempo, transcendem a si mesmos, criam abstrações, criam novas idéias e dirigem a si mesmos³³ (CHARON, 1989, p. 61).

5.1.2 Self

O *self*, segundo os interacionistas simbólicos, pode ser entendido como *um objeto social em direção ao qual o ator age*, não como um sujeito; normalmente se diz que quem age é o *ator* ou a *pessoa*, às vezes em direção ao ambiente diante de si, às vezes em direção ao seu ambiente interno, justamente, o *self* (CHARON, 1989, p. 65).

Sendo o *self* considerado um objeto social, é percebido em interação com outros, definido socialmente, em processo de contínua mudança. Pensar nada mais é do que falar com

³³ No corpo do texto, tradução da autora. Texto original: “Human name, remember, categorize, perceive, think, deliberate, problem solve, transcend space and time, transcend themselves, create abstractions, create new ideas, and direct themselves – all through the symbol”.

o *self*, apresentando informações sobre os objetos de uma determinada situação, até mesmo sobre o próprio *self* em situação, analisando a imagem que o outro tem de mim mas também como estou agindo em relação ao outro, como a situação nos afeta e como deveríamos agir.

Chama-se de *self-concept* o conjunto de pensamentos e sentimentos em relação a si como objeto, a *imagem* que temos de nós mesmos, o auto-julgamento, influenciado pela interação com outros, pelo que os outros (principalmente aqueles significativos e os grupos de referência) dizem de nós, segundo a *nossa percepção*. Parte do *self* é também a identidade, que responde à pergunta “quem sou eu?”, influenciada também pela interação, não sempre facilmente modificada, principalmente a chamada identidade básica, como a idade e o sexo, ou o ser pai (identidade geral), diferente do emprego (identidade independente), por exemplo (CHARON, 1989, 73-80).

Em determinada situação, podemos dar uma direção ou controlar nosso *self*, guiando nosso comportamento, de acordo com as perspectivas recebidas na interação com outros, principalmente os outros significativos, o *outro generalizado* (padrão de comparação) e os grupos de referência. Não se trata de respostas determinadas pelas perspectivas dos outros, mas sim uma influência da perspectiva do mundo social (na consciência humana), como parte do diálogo com o *self*, guia, controle e direção. A capacidade do indivíduo de influenciar sua própria ação (liberdade) torna possível a experiência dos objetivos, valores, ética, ideias que guiam a interação com outros, escolhendo assumi-los ou rejeitá-los. O *self*, tanto quanto o símbolo, reveste-se de grande importância para o desenvolvimento tanto da vida social quando da individualidade.

5.1.3 Mente

A mente é a ação consciente (em vários graus) que manipula os símbolos na conversa consigo mesmo (até durante a interação com outros), com o *self*, no *pensamento*. É na mente que se formam as interpretações que os indivíduos dão aos objetos.

5.1.4 Assumindo o papel do outro

É um dos conceitos centrais do Interacionismo Simbólico e também para nosso estudo. Seria uma atividade da *mente* que busca compreender e assumir a *perspectiva* do outro, sua visão de mundo (por ele comunicada ou por nós deduzida a partir de suas ações), segundo nossa percepção, influenciando a definição do *self*, do comportamento. Seria como imaginar-se simbolicamente no lugar do outro.

Charon apresenta como parte do desenvolvimento do *self* na criança, mas ressalta que é uma dinâmica importante também para o adulto, podendo ser *usado* para várias finalidades: orientar as próprias ações, conhecer novas perspectivas, conhecer a expectativa do que deveria ser feito em determinadas situações sociais, manipular ou controlar os outros, expressar amor, possibilitar a cooperação, assumir o papel do nosso próprio *self* em suas perspectivas do passado ou do futuro.

Também para que aconteça a comunicação simbólica é necessário assumir o papel do outro: chega-se aos significados através da compreensão do que representa uma palavra ou um ato para o outro, conhecer qual o ponto de vista do outro. Importante para entender e ser entendido.

5.1.5 A ação humana

A ação humana é considerada como um fluxo contínuo pelos interacionistas simbólicos, podendo mudar ou não de direção segundo nossa decisão, sendo influenciada pela interação com os outros e com o *self*, em um constante processo de definição e redefinição da situação.

Apesar de a ação ser um fluxo contínuo, divide-se em atos individuais para tornar possível a compreensão, mantendo o foco no *presente*. Vale ressaltar que a essência de cada segmento de ação, ou atos individuais, são os objetivos, que para serem atingidos orientam a percepção, definição e manipulação do ambiente.

Como visto anteriormente, para os interacionistas simbólicos a realidade existe mas as pessoas não a percebem assim como é, e sim como definem as situações. Seria a chamada “construção social da realidade”. Sendo assim, para compreender a ação humana é preciso conhecer como a pessoa define a situação - por ser a causa da ação. Charon (1989, p. 126) enumera algumas atividades presentes no processo de definição de uma situação. São elas:

- a) estabelecendo objetivos em uma situação;
- b) aplicando uma perspectiva de um outro significativo ou de um grupo de referência para a situação;
- c) indicando para o *self* os objetos relevantes na situação – podendo incluir outras pessoas, objetos naturais ou artificiais, ideias, palavras, etc.;
- d) assumindo o papel do outro – dos indivíduos e do grupo;
- h) definindo o *self* na situação, incluindo: acessando o que alguém está fazendo em relação à situação ; acessando o que está acontecendo na situação em relação ao *self*; julgando

o *self* na situação; dando uma identidade ao *self* na situação; interpretando o que alguém está experimentando emocionalmente;

i) definindo o futuro, distante ou próximo, e imaginando os efeitos dos atos antes de realizá-los ;

j) aplicando memórias do passado (reinterpretadas) na situação do presente.

5.1.6 A interação social

Interação é o cruzamento do fluxo das ações contínuas entre as pessoas, influenciando-se e provocando mudanças reciprocamente, uma levando em conta a presença da outra, tornando *imprevisível* a sequência de ações. Os atos tem *significado* para ambos os interlocutores, tanto para quem age quanto para quem recebe a ação; por isso a interação social pode ser chamada de *simbólica*..

Na interação, nós interpretamos os outros, etiquetamos, atribuímos identidades, algumas vezes até mesmo estereótipos, inclusive as causas de suas ações. Esta nossa definição do outro pode influenciar sua própria definição do *self*, direta ou indiretamente – se convenceremos outras pessoas do seu convívio social, como no processo de “degradação da imagem”.

5.1.7 Sociedade

Segundo o Interacionismo Simbólico, a sociedade são os indivíduos em interação, de modo simbólico, superando o tempo: agem tendo em mente um ao outro (significado coletivo). Sociedade implica também *cooperação*, unindo esforços e recursos para lidar com uma situação, resolver problemas. Normalmente tendem a partilhar valores e/ou objetivos, mas não necessariamente.

Para Blumer (1969) é fundamental considerar que os grupos ou a sociedade *existe em ação* e esse deve ser o ponto de partida (e de chegada) para analisá-los.

Blumer apresenta o que Mead dizia sobre a interação social, identificando duas formas: “a conversa dos gestos” e “o uso de símbolos significativos”, aos quais Blumer denomina, respectivamente, “interação não-simbólica” e “interação simbólica”. A diferença entre as duas está em envolver ou não a interpretação de uma ação. Uma interação não-simbólica acontece quando a ação é uma resposta imediata e não refletida, em relação ao movimento do outro, suas expressões, tom de voz; já em uma interação simbólica está presente a busca de compreensão do significado (BLUMER, 1969, p. 8).

O gesto, desse modo, é parte de uma ação que está acontecendo, e significa de modo mais amplo o ato do qual é parte. Por exemplo, quando um fumante toma nas mãos um pacote de cigarro, pode ser um gesto suficiente para levar um não-fumante a sair da sala, por conhecer o que vai acontecer em seguida na ação do fumante. Nesse caso, o gesto tornou-se um símbolo signifiante (GIACCA, 2004). Esse tipo de situação acontece quando existem significados partilhados por um grupo.

Através da interação, emerge a *cultura* do grupo, principalmente quando se tratar de uma interação de longa duração, ajudando a garantir-lhe certa continuidade no tempo. A cultura seria como o “consenso” do grupo, aquilo em que estão de acordo, compreensões partilhadas, linguagem, conhecimento, regras que poderiam orientar ações; enfim, a

perspectiva do grupo segundo a qual cada indivíduo define a realidade na interação (CHARON, 1989, p. 165).

A expressão “outro generalizado” foi usada por Mead significando a cultura partilhada pelo grupo, sendo a cultura entendida principalmente como um conjunto de regras (moral), usadas para controlar a si mesmos na interação. Seria como a “consciência do grupo”. Pode-se dizer, contudo, que a cultura não somente emerge, mas também sofre mudanças na interação, através da negociação.

6 PROCEDIMENTOS DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

6.1 Introdução

Alguns analistas enfatizavam mais a possibilidade de verificar a nova teoria que emergia dos dados, do que o modo como geravam a teoria, intencionalmente procurando casos negativos ou acumulando positivos para embasar suas hipóteses. Essa era uma discussão frequente, segundo Glaser e Strauss (1967).

A título de exemplo, trazemos o episódio do *Social Science Research Council*, em 1938, durante o qual Herbert Blumer (1939, apud GLASER; STRAUSS, 1967), um dos autores de referência para o Interacionismo Simbólico, avaliou uma monografia³⁴. A principal crítica foi sobre o que Blumer considerou uma importante falha metodológica: apesar de os autores do trabalho terem analisado documentos, como cartas e histórias de vida, nem todos os conceitos basearam-se em tais documentos, sendo que as ideias de fundo já teriam surgido inclusive em escritos anteriores de um dos autores.

O problema estaria, portanto, em dar um peso maior para a possibilidade de verificar do que gerar uma teoria, principalmente em se tratando de comparar as abordagens qualitativa e quantitativa. Glaser e Strauss (1967) não percebiam um conflito, uma vez que tanto os dados qualitativos quanto os quantitativos podem levar a verificar ou gerar conhecimento / teoria, dependendo da pesquisa, objetivos e circunstâncias, bem como da capacitação do pesquisador, ou das características dos próprios dados a serem estudados. Algumas vezes, faz-se necessário usar as duas abordagens de modo complementar.

³⁴ Um ano mais tarde, o comentário foi publicado: Appraisal of Thomas and Znaniecki's *The Polish Peasant in Europe and America* (New York: Social Science Research Council, 1939).

De qualquer modo, se o objetivo principal é gerar conhecimento, servindo-se o tanto quanto possível da comparação com evidências, a verificação é parte do processo, não o elemento principal. O pesquisador não deve descrever perfeitamente o campo estudado, mas ser capaz de apresentar os comportamentos mais relevantes, gerando categorias válidas para situações gerais e específicas (GLASER; STRAUSS, 1967). Em 1978, Glaser fala já inclusive no uso da abordagem por outros campos do conhecimento, não mais somente a sociologia, até mesmo na saúde pública.

Essa abordagem (Teoria Fundamentada nos Dados ou *Grounded Theory*) indica estratégias do processo analítico para desenvolver, refinar e encontrar a relação entre os conceitos: coleta e análise simultânea dos dados, processo de codificação, método comparativo, redação de memorandos para registrar a descoberta e articulação dos conceitos, amostra teórica em busca de refinar as categorias emergentes, integração dos conceitos (CHARMAZ, 2000). Os autores entendem a *teoria como um processo*, em contínuo desenvolvimento, não um produto acabado, até mesmo depois de publicado. Esse modo de conceber a teoria espelha a realidade da interação social (GLASER; STRAUSS, 1967).

O que descobrimos ao fazer pesquisa é exatamente o quanto o mundo é complexo. Quando respondemos algumas perguntas, formulamos outras. E não importa o quanto pensamos que nosso projeto é bem elaborado no início, sempre há mudanças e reviravoltas inesperadas ao longo do caminho que nos levam a repensar nossas posições e a questionar nossos métodos (STRAUSS; CORBIN, 2008, p. 63).

Ainda que no presente estudo não tenhamos o objetivo de gerar uma teoria, pareceu-nos importante desenvolver a reflexão partindo dos dados, da experiência dos informantes. O fato de perceber o objeto de estudo, a interação entre profissionais e pacientes estrangeiros, como um processo em andamento também encontrou eco nessa abordagem. De fato, a questão era mesmo procurar compreender “o que está acontecendo aqui”? (CHARMAZ, 2000; STRAUSS; CORBIN, 2008).

Importante lembrar que existem atualmente três ramificações da Teoria Fundamentada nos Dados: a abordagem “emergente” de Glaser³⁵, a “sistemática” de Strauss e Corbin e a “construtivista” de Charmaz. Esta assim apresenta as três posições: Glaser assume que existe uma realidade objetiva externa, sendo que um observador neutro vai descobrir os dados; Strauss e Corbin assumem uma realidade objetiva externa, dando voz também para a visão dos informantes sobre tal realidade; Charmaz, com o construtivismo, assume o relativismo das múltiplas realidades sociais, concentrando-se na visão e significado para cada sujeito (CHARMAZ, 2000).

Adotamos a posição de Strauss e Corbin, usando como texto de referência a obra por eles publicada³⁶, em português: “Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada” (2008).

6.2 Coleta de dados: entrevista semi-estruturada

A entrevista semi-estruturada é aquela que parte de questionamentos básicos que interessam à pesquisa e que oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do entrevistado. A entrevista permite correções, esclarecimentos e adaptações para torná-la eficaz na obtenção das informações desejadas (NOGUEIRA-MARTINS, 2001).

Os sujeitos entrevistados eram todos maiores de idade. Como critérios de inclusão, consideramos a interação entre pessoas de culturas diferentes, bem como algum nível de

³⁵ Barney Glaser e Anselm Strauss foram os fundadores da Grounded Theory, com a obra “The discovery of Grounded Theory”, em 1967, tendo posteriormente surgido divergências entre os dois. Para maior aprofundamento sobre a posição atual de Glaser, ver artigo “Remodeling Grounded Theory”, de Glaser e Holton, 2004.

³⁶ Original em inglês de 1998.

reflexão sobre esta experiência. Trata-se de uma amostra intencional, como define Turato: “busca proposital de indivíduos que vivenciam o problema em foco e/ou têm conhecimentos sobre ele” (TURATO, 2005, p. 511).

Quanto aos pacientes estrangeiros entrevistados, poderia caracterizar-se como vulnerabilidade o fato de estarem, em grande parte, presentes ilegalmente no Brasil, temendo expor-se, por exemplo, em uma entrevista. Consideramos, todavia, suficiente o esclarecimento dos objetivos e do sigilo das informações, bem como a liberdade no consentimento e de retirar-se a qualquer momento. São informantes imprescindíveis e insubstituíveis no relato sobre seu próprio ponto de vista.

Apesar de alguns pacientes estrangeiros entrevistados não terem fluência na língua portuguesa, não consideramos que tenha prejudicado a entrevista, pelo contrário, possibilitou-nos vivenciar a experiência da equipe de profissionais, tendo inclusive necessitado da ajuda de terceiros em uma das entrevistas (Agente Comunitário de Saúde - ACS).

Não fizemos a abordagem direta aos sujeitos de pesquisa estrangeiros, mas sim pedimos ajuda aos Agentes Comunitários de Saúde – os quais possuem vínculos com a população em estudo, podendo facilitar nossa aproximação (MINAYO, 2006). Visitamos juntos as oficinas de costura dos bolivianos, explicando sobre a pesquisa e solicitando colaboração em uma data a combinar.

Especial atenção foi concedida ao esforço em evitar qualquer tipo de preocupação quanto a algum tipo de interferência das informações das entrevistas na continuidade do tratamento dos usuários (relacionado ao sigilo das informações).

Característico da pesquisa qualitativa, o tamanho da amostra se constituiu no decorrer da pesquisa³⁷.

³⁷ Ver “amostra teórica”, item 6.4.

O momento da entrevista e o local foram combinados caso a caso, com a atenção de não prejudicar o horário de trabalho, dado que não prevemos o ressarcimento das horas de trabalho perdidas. Para os pacientes, uma solução encontrada foi conciliar as consultas marcadas com as entrevistas, fazendo-as no mesmo período e na própria UBS, não condicionando a vinda do sujeito de pesquisa para a Unidade somente para a entrevista (algumas foram realizadas nas residências, acompanhados pelo ACS). Da mesma forma, a entrevista aos profissionais foi combinada de forma a não prejudicar o fluxo de atendimentos.

O número de entrevistados seguiu o critério da amostragem teórica e da saturação, ou seja, até que as informações comecem a se repetir. Começamos pela UBS do Brás, onde já tínhamos contato, a motivo de uma presença anterior como voluntária. Posteriormente, fomos para a UBS do Bom Retiro, com uma presença simultânea na UBS do Pari.

As entrevistas, semi-estruturadas, foram conduzidas com as seguintes perguntas-norteadoras (após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa³⁸):

- a) Profissionais: Como é a tua experiência na relação com pessoas de culturas diferentes na UBS, no PSF?
- b) Usuários: Como é a tua experiência na relação com os médicos, enfermeiros, com os Agentes do PSF?

No decorrer da entrevista, mesmo deixando que o entrevistado conduzisse a articulação dos temas por ele considerados relevantes, tínhamos a atenção de fazer emergir suas reflexões quanto ao entendimento da língua e cultura, possivelmente relatando a experiência de uma consulta.

³⁸ O protocolo deste projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde, posteriormente tendo apresentado o parecer de aprovação ao CEP da Faculdade de Odontologia da USP (Anexo E e F).

Vale lembrar que o *roteiro* “pode e deve ser modificado durante o processo iterativo, quando o investigador percebe que determinados temas, não previstos, estão sendo colocados por seus interlocutores, apresentando-se como de elevada significância para eles” (MINAYO, 2006, p. 192).

Tendo a intenção de explorar aspectos ainda não conhecidos do tema, sendo, de fato, uma pesquisa de caráter exploratório, permitir que surgissem temas novos a partir dos entrevistados era imprescindível (FONTANELLA; CAMPOS; TURATO, 2006). Assim, no percurso da pesquisa de campo, novas questões foram introduzidas, ou transformadas.

As entrevistas foram gravadas e transcritas integralmente pelo próprio entrevistador/pesquisador. Somente três entrevistados pediram para ler a transcrição. Ao percebermos necessidade de esclarecimento, retomamos contato em uma conversa informal, não realizamos mais de uma entrevista formal com cada sujeito de pesquisa. Houve a situação inversa: após vários momentos de contatos informais, realizamos a entrevista.

Além das entrevistas, o que foi observado e identificado como pertinente ao foco do estudo, durante a presença nas UBSs, foi registrado em um diário de campo, ou passou a fazer parte dos memorandos³⁹. A observação trouxe informações importantes para interpretar os *significados* expressos nas entrevistas (MINAYO, 2006).

Na análise dos dados, seguimos os passos descritos a seguir.

6.3 Codificação

³⁹ Todo processo de análise, do início ao fim, é registrado por escrito nos chamados *memorandos*, ajudando o pesquisador a distanciar-se dos dados brutos, dos casos específicos, levando-o a abstrair, identificar e relacionar conceitos (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Strauss e Corbin (2008) oferecem diretrizes e técnicas para o processo analítico, ritmado pelas perguntas e comparações, enfatizando porém a importância da compreensão da lógica que conduz o processo, não obrigando os pesquisadores a seguir regras rigidamente, pelo contrário, com a possibilidade de serem flexíveis e inovadores. Foi a nossa obra de referência.

6.3.1 Microanálise

A chamada microanálise, também conhecida como análise “linha por linha”, é uma das primeiras etapas da análise dos dados. É como se o pesquisador se servisse de um *microscópio*, aproximando-se do texto e destacando uma parte, que pode ser uma palavra, frase ou um parágrafo, analisando-a isoladamente.

Esse procedimento permite gerar categorias iniciais e lançar hipóteses de relações entre conceitos, a partir dos primeiros dados coletados. Apesar de necessariamente estar presente nas primeiras etapas, o pesquisador pode lançar mão da microanálise em qualquer momento que julgar oportuno. As operações do processo de análise podem ser enumeradas de modo distinto, mas não por isso devem ser aplicadas sequencialmente, lembrando sempre o caráter flexível de tais procedimentos. São como ferramentas nas mãos do analista, que sabe e decide quando, onde e como usá-las, omiti-las ou modificá-las⁴⁰.

Os dados analisados foram, no caso deste estudo, coletados através de entrevistas, relatos de fatos e vivências, bem como a interpretação “de observadores e de atores desses

⁴⁰ Ao analisar uma entrevista o pesquisador pode identificar um trecho especialmente interessante ou de difícil interpretação, ou mesmo surgem novas categorias, ou as anteriores se revelam inadequadas; são exemplos de casos onde pode-se recorrer à microanálise (STRAUSS; CORBIN, 2008).

fatos, objetos, acontecimentos e ações” (STRAUSS; CORBIN, 2008, p. 66). Os autores consideram também a interação do pesquisador com os dados, tanto ao coletar quanto ao analisar os dados. Não sendo possível eliminar sua subjetividade no processo, servir-se de sua experiência e conhecimento de forma consciente passa a ser o mais indicado, não como um dado a mais, mas sim algo que o torna sensível para identificar conceitos emergentes nos dados, formular perguntas, hipóteses, explicações alternativas.

Nossa discussão/exame geralmente começa com a primeira palavra da citação. “O que esta palavra parece significar, ou o que ela poderia significar?” Além disso, “Pense sobre isso **isoladamente**, como se você não tivesse lido o restante do parágrafo, mesmo que, na verdade, isso seja impossível (STRAUSS; CORBIN, 2008, p. 67).

6.3.2 Ferramentas analíticas

As principais ferramentas da análise, chamadas também de operações básicas, são: *formular perguntas e fazer comparações*. Tais ferramentas acompanham todo o processo de análise (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Existem vários tipos de perguntas: aquelas que deixam o pesquisador mais sensível ao que os dados estão dizendo, outras que o ajudam a ver o processo e relacionar conceitos, outras ainda direcionam a amostragem (quanto aos conceitos a serem desenvolvidos, coleta de dados, ações práticas) ou orientam as questões das entrevistas ou observação, procurando informações sobre conceitos específicos.

Já a análise comparativa implica em comparar incidente por incidente, em suas propriedades ou dimensões, buscando semelhanças e diferenças, levando a formar grupos e definir categorias (STRAUSS; CORBIN, 2008, p. 84).

Glaser e Strauss (1967) consideram que a repetição é o melhor modo de validar os fatos, ideia aceita entre os sociólogos. Sendo assim, busca-se a comparação com outros grupos amostrais, a fim de confirmar ou duvidar das primeiras evidências – mesmo não trabalhando com casos particulares, mas com conceitos deles abstraídos - ainda que a validação não seja o principal objetivo da análise comparativa.

Quando surge a dificuldade de nomear um incidente por não conseguir reconhecer suas propriedades e dimensões⁴¹, o pesquisador deve servir-se da *comparação teórica*, como ao comparar as propriedades de um objeto com outro, descobrindo o que é similar ou diferente, proporcionando a definição dos objetos. “Os incidentes, os objetos ou as ações específicos que usamos ao fazer nossas comparações teóricas podem ser derivados da literatura ou da experiência.” (STRAUSS; CORBIN, 2008, p. 85).

A *comparação teórica* é como um auxílio para que o pesquisador se torne sensível às diversas propriedades e dimensões que podem - ou não - estar relacionadas ao fenômeno em análise. Trata-se, de fato, de uma ferramenta, estimulando a fazer perguntas sobre os dados, fazendo um percurso em direção à abstração, aos conceitos, indo além da detalhada descrição dos casos específicos. Escolhemos trazer como notas na apresentação dos resultados os principais textos usados na comparação teórica durante a análise.

Existe, ainda, uma ferramenta representada pela *bandeira vermelha*, ou seja, um sinal de alerta quando o pesquisador percebe a interferência de tendências, crenças e suposições, suas ou dos informantes. Algumas palavras podem indicar tal interferência: “sempre”, “nunca”, “todo mundo”, alertando para as variações dimensionais das propriedades, que devem ser buscadas em expressões como “algumas vezes”. Casos contraditórios ou opostos

⁴¹ “Propriedades são características ou atributos, gerais ou específicos, de uma categoria, dimensões representam a localização de uma propriedade ao longo de uma linha ou de uma faixa” (STRAUSS, CORBIN, 2008, p. 117). Um exemplo trazido pelos autores é o da flor, com suas propriedades e dimensões: cor, tamanho (grande, médio ou pequeno), duração (longa ou curta), formato das pétalas (circulares, ovais). A cor, por sua vez, tem também propriedades: tonalidade (de escura a clara), intensidade (de alta a baixa), matiz (de brilhante a opaca).

ajudam a encontrar exemplos das variações dos conceitos e quais condições os alteram (STRAUSS; CORBIN, 2008).

6.3.3 Codificação aberta

Codificação aberta é o “processo analítico por meio do qual os conceitos são identificados e suas propriedades e suas dimensões são descobertas nos dados” (STRAUSS; CORBIN, 2008, p. 103).

Segundo Strauss e Corbin (2008, p. 105), conceito é um “**fenômeno rotulado**. É uma representação abstrata de um fato, de um objeto ou de uma ação/interação que um pesquisador identifica como importante nos dados”. O nome do fenômeno pode ser extraído das próprias palavras dos informantes, sendo nesse caso chamado de “código *in vivo*” (GLASER; STRAUSS, 1967).

Ao abrir o texto, o pesquisador fragmenta os dados, submetendo as partes distintas às perguntas e comparações, relacionando os fenômenos; aos poucos os fragmentos são reagrupados por significados semelhantes, em conceitos mais abstratos, as “categorias”, as quais também se relacionam entre si, alinhavadas pela “hipótese”.

6.3.4 Codificação axial

Codificação axial é o processo de relacionar categorias às suas subcategorias, com suas propriedades e dimensões, em torno de um eixo. Identificar as condições, ações/interações e consequências de cada fenômeno. Os dados, inicialmente fragmentados na codificação aberta, começam a ser reagrupados na axial, relacionando as categorias umas às outras e gerando explicações sobre os fenômenos.

Ao responder as perguntas quem, quando, onde, por que, como e com que consequências, os analistas conseguem relacionar estrutura com processo. [...] A combinação estrutura com processo ajuda os analistas a atingir um pouco da complexidade que faz parte da vida (STRAUSS; CORBIN, 2008, p. 127).

Nem sempre é fácil encontrar relações entre as categorias, sendo de ajuda poder ter um esquema a seguir nessa tarefa (que não deve, porém, ser aplicado rigidamente), ao qual os autores chamam de *paradigma*:

- a) *condições*: agrupando respostas às perguntas “por que, onde, de que forma e quando”;
- b) *ações/interações*: questões “quem e como”;
- c) *consequências*: resultado das ações/interações.

6.4 Amostra teórica

O critério básico de seleção dos grupos amostrais é o da *relevância* teórica para o desenvolvimento das categorias emergentes. A lógica de inclusão durante o andamento da pesquisa é típica desta abordagem: todos os grupos ou pessoas são passíveis de inclusão, a princípio, independente de semelhanças ou diferenças, desde que traga contribuições significativas para descobrir variações entre conceitos, desenvolver as propriedades das

categorias emergentes, ou ajudar a relacioná-las entre si. O pesquisador não tem condições de definir os grupos dos quais coletou os dados até o final da pesquisa (GLASER; STRAUSS, 1967).

Nesse caso, entra em cena a dedução: a partir dos dados, o pesquisador identifica uma categoria, um conceito, indo em busca de desenvolvê-lo no campo, através de perguntas específicas e sujeitos com determinadas características. Em uma mesma categoria, a amostragem é feita variando as condições. Por exemplo, no caso do nosso estudo, tendo percebido a contratação dos Agentes Comunitários de Saúde bolivianos como uma estratégia importante, amostramos experiências que buscaram outras respostas. Ou ainda, se em uma Unidade de Saúde a experiência com os estrangeiros trazia angústia, por parecer fugir do controle, em outra Unidade, os profissionais tinham a dimensão dos limites do que poderia ser feito.

Desse modo, no percurso das entrevistas e observação (atividades na tabela - Anexo D), foram se definindo os grupos amostrais. A amostra foi feita a partir da identificação de fatos ou acontecimentos relevantes, buscando informantes que pudessem discorrer sobre a experiência de interação profissional-paciente estrangeiro. Damos preferência às pessoas que se colocavam em jogo na interação, tendo recebido a experiência dos mais arredios e resistentes através de conversas informais, observação do cotidiano, ou indiretamente nas entrevistas. No início, surgiu uma ampla gama de dados coletados, a partir do qual foram geradas as categorias. As entrevistas seguintes serviram para desenvolver tais categorias. Sempre de modo flexível, atentos ao que acontecia no campo de pesquisa.

Nossos grupos amostrais, de certo modo, tinham uma limitação inicial, no projeto apresentado ao Comitê de Ética: profissionais de saúde e pacientes estrangeiros das Unidades de Saúde do Brás, Bom Retiro e Pari. O foco da pesquisa também tendia mais à perspectiva dos profissionais, sendo a experiência dos pacientes estrangeiros um contraponto para

compreender melhor o processo da interação. As três Unidades poderiam ser em si grupos amostrais diversos, por se tratar de contextos muito diferentes, quanto à estrutura física e de recursos humanos, estratégias utilizadas, bem como pelas características da área de abrangência. Em se tratando das Unidades, amostramos inicialmente o Brás, posteriormente o Bom Retiro finalizando com o Pari. Mas isso se mostrou apenas no fechamento da amostra, não tendo sido o critério do decorrer da pesquisa, que desde o início tinha a proposta de proceder sistematicamente com uma unidade por vez.

Reconhecemos como um dos limites da pesquisa o modo como procedemos para a definição da amostra. Tendo adequado o projeto durante a pesquisa em andamento, adotamos a nova abordagem já às portas das primeiras entrevistas. Assim, aprendendo e atuando o método, falhas são parte do processo.

Logo entendemos que a amostra teórica deveria ajudar a desenvolver as categorias, mas o que isso significava exatamente levou tempo para compreender. Na nossa inicial percepção, pareceu-nos seguir o que Strauss e Corbin consideram característico das primeiras etapas (codificação aberta) e também dos pesquisadores iniciantes, passando de uma pessoa a outra ou de um lugar a outro. No início, assim fizemos: identificamos informantes que nos pareciam poder trazer contribuições importantes sobre a interação profissional-paciente estrangeiro, de um modo geral.

Assim, optamos finalmente por definir os grupos amostrais a partir das diferentes perspectivas (do total de 17 informantes) que se complementaram na complexidade da interação profissional-paciente estrangeiro, conforme quadro 6.1 – Grupos amostrais.

Grupo amostral 1	Grupo amostral 2	Grupo amostral 3	Grupo amostral 4	Grupo amostral 5
3 Gerentes e/ou vice-gerentes: formados no Serviço Social e Medicina	5 Profissionais de saúde: auxiliar de consultório dentário ⁴² , auxiliar de enfermagem, enfermeiro, médico	3 Agentes comunitários de Saúde bolivianos	3 Pacientes bolivianos	2 pacientes: um palestino, outro filho de boliviano

Quadro 6.1 – Grupos amostrais

Não foi nosso objetivo estabelecer diferenças entre as diversas categorias de profissionais de saúde. O que percebemos de característico de cada função, era trazido como importância do trabalho em equipe, de colaboração, principalmente em se tratando das equipes de PSF (somente os gerentes e vices e o Auxiliar de Consultório Dentário não pertenciam a uma equipe de PSF, variação essa que também foi considerada na amostragem).

Quanto aos pacientes, a maioria entrevistada foi de bolivianos (empregados nas oficinas de costura). Não era objetivo inicial da pesquisa concentrar-se somente em uma nacionalidade, mas no decorrer da amostragem percebemos que os relatos traziam fortemente a experiência com os bolivianos, em maior número e a motivo de características específicas que veremos nos resultados. O único palestino entrevistado, bem como o filho de bolivianos, nos ajudaram a dar a variedade necessária para comparar os dados.

⁴² Poder-se-ia questionar qual a razão de não termos entrevistado nenhum dentista, sendo este trabalho uma tese de doutorado da Faculdade de Odontologia. Apesar de não ser o objetivo do trabalho trazer a experiência relacionada a uma específica atribuição, mas sim de interação entre pessoas em um serviço de saúde, temos consciência que cada categoria tem a sua especificidade. No entanto, o próprio andamento da pesquisa de campo não possibilitou a inclusão de um dentista nas entrevistas; o que não significa exclusão de sua experiência. Pudemos conversar amplamente, de modo informal, com um dentista de uma das Unidades estudadas. Ao iniciar as entrevistas, esteve afastado, por muitos meses; mas os contatos anteriores já haviam propiciado o conhecimento dos pontos para ele relevantes, que consideramos terem emergido nas outras entrevistas de seus colegas. Em outra Unidade, não há nenhum dentista. Na terceira, tendo chegado já rumo ao fechamento da amostra, limitamo-nos novamente a conversas informais, considerando também desnecessária nova entrevista. Vale ressaltar somente que em nenhuma das Unidades a equipe bucal era parte do PSF, trabalhando somente em colaboração. Tal fato incide no modo de interagir com os pacientes estrangeiros e no conhecimento do contexto.

Quanto à saturação, Apesar de Strauss e Corbin usarem o termo referindo-se ao momento do fechamento da amostra, é problematizado⁴³ por Fontanella, Ricas e Turato (2008), a motivo de sua complexidade técnica.

Strauss e Corbin assumem como momento de interromper a coleta de dados quando se consideram suficientemente desenvolvidas as categorias em suas propriedades e dimensões, avaliando inclusive outros fatores, como o tempo disponível do pesquisador e restrições relacionadas ao campo e sujeitos de pesquisa (cf. 2008, p. 273). No nosso caso, fechamos a amostra não exatamente por considerar saturada, sem possibilidade de surgirem novas informações, mas diante da complexidade das experiências e de uma grande quantidade de informações já interpretadas em conceitos e categorias, consideramos suficiente para trazer um novo conhecimento a serviço dos próprios sujeitos de pesquisa e da Academia. Tendo sempre presente a provisoriedade, historicidade e limites das afirmações, apresentadas para provocar reflexão, novos questionamentos, para sensibilizar para elementos a serem observados na realidade e buscar estratégias, cada um diante da própria experiência. Portanto, de modo algum temos a pretensão de generalizar afirmações a partir dos dados coletados da nossa amostra.

Quanto à validação⁴⁴ dos dados, acontece já de uma entrevista a outra, comparando os dados, validando ou negando as interpretações em processo. Todavia, na finalização da análise, tendo chegado a elaborar a interação entre as categorias nos quatro grandes temas,

⁴³ Os autores colocam que a saturação depende dos objetivos do pesquisador: se é estudar o que caracteriza um grupo ou o conhecimento aprofundado do sujeito, além da maior ou menor homogeneidade da amostra – quanto mais homogênea, mais rapidamente chega ao fechamento (no nosso caso, não era homogênea). Depende, ainda, do objeto ou problema de estudo (qual nível de abrangência do contexto é necessário). Além da saturação, essas questões trazem também implicações para a possibilidade de considerar as interpretações válidas em um contexto mais amplo ou não. Nosso objetivo, no presente estudo, era conhecer a experiência de um grupo: profissionais de saúde, ao interagir com pacientes estrangeiros, buscando suas semelhanças para identificar as categorias, servindo-se das variações para desenvolver suas propriedades e dimensões (segundo atribuições, contexto, personalidade). Concordamos com os autores quando afirmam que determinar o ponto de saturação está sempre sujeito a imprecisões.

⁴⁴ Retomar os resultados com um informante é um dos elementos da validação de uma pesquisa, além do modo como se define a amostra, sendo os outros elementos o próprio desenho da pesquisa, “o recorte do objeto e formulação do problema, a formulação dos pressupostos ou hipóteses, a escolha dos instrumentos de coleta de dados e os quadros de referenciais teóricos de interpretação dos resultados” (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008, p. 18).

pudemos apresentar os resultados a um profissional de saúde com experiência de atuação em uma das Unidades estudadas. Esse profissional confirmou o resultado da análise como correspondente à experiência do cotidiano das UBSs – PSF estudadas, quanto à interação com os pacientes estrangeiros. Assim, mesmo sendo afirmações limitadas no tempo, espaço e pessoas entrevistadas, têm o seu significado de trazer à tona experiências cotidianas que pedem reflexão também da Academia.

7 RESULTADOS

Apesar dos profissionais terem trazido para as entrevistas suas experiências de modo mais abrangente, também interagindo com pessoas em situação de rua, com moradores das favelas - experiências nas quais percebem o outro como diferente, de certo modo com uma cultura e linguagem diferentes da própria -, escolhemos manter o foco da pesquisa na interação com os estrangeiros. De fato, existem características próprias dessa interação, que precisam ser percebidas e trazidas para a reflexão. As entrevistas trouxeram essa necessidade por parte dos profissionais.

Nas publicações nacionais, bem como nos debates de saúde coletiva, mesmo ao tratar das diversidades culturais, a presença dos estrangeiros nos serviços de saúde tem tido pouco espaço. São percebidas como uma realidade distante, de outros países⁴⁵. Todavia, vimos como nessas regiões está bem presente.

Na UBS do Pari, por exemplo, segundo informações que recebemos, em entrevista realizada em julho de 2007, havia 4 equipes de Saúde da Família, com 4.413 famílias cadastradas, aproximadamente 13 mil pessoas, dos quais 954 bolivianos.

O número de cadastrados não representa o cotidiano das Unidades: não só varia de mês a mês (as famílias acompanhadas pelo PSF), como também o fluxo dos bolivianos na Unidade é muito maior, não representado nas estatísticas. Na fala dos profissionais pudemos perceber o quanto é significativa a presença, mas com poucos dados:

⁴⁵ No X Congresso Paulista de Saúde Pública, “SUS: DIVERSIDADE, TENSÕES E CONVERGÊNCIAS”, em outubro de 2007, não constava como tema das conferências ou de debate a questão dos estrangeiros. Temas eram: Saúde da população negra, questões de gênero. “Não precisamos ir tão longe e esperar que venhamos a ter um grande volume de imigrantes estrangeiros para adequar os nossos serviços de saúde”, como nos Estados Unidos e Europa (OLIVEIRA, 2002, p. 72).

Pesquisador: a porcentagem de pacientes que vêm, que são bolivianos, ou estrangeiros, é grande?

Entrevistado: olha, eu acho que já ultrapassou 50%. Provavelmente já deve estar entre 60, 70%. Por isso que eu estou te falando, acho que nem São Paulo tem a realidade disso. Porque aqui é um bairro totalmente atípico, se for ver (E 3, profissional)

Pelo menos a nível do programa de tuberculose nós temos essa estatística, de 100% dos pacientes atendidos, que os nossos dados estão aí, os registros comprovam, que 60 a 62% são bolivianos, já chegamos a 70%! 20%, já chegou a 20, 21% de moradores em situação de rua! O que fazer com esses números? Esses números estão me indicando alguma coisa, eu preciso tomar... o meu trabalho precisa ser direcionado mais pra essa população (E 4, profissional)

Se você olhar a sala de espera da gente, em geral tem metade de gente que é boliviana, metade é o resto. Então, sempre você tem essa predominância (E11, profissional)

Só que é assim, esses números é assim, um dia é novecentos, no outro pode ser 1200, outro 800... em outubro era esse número. Como a gente não tem... você viu que eu peguei aqui, o número das famílias, que sai do nosso sistema, o número de famílias cadastradas, de crianças... mas a gente não tem nenhum dado aqui, de estrangeiros. Esses dados são no manual mesmo, cada agente contando o seu, então a gente não contempla isso numa planilha (E 9, profissional)

É engraçado que parece que eles vêm em determinadas épocas, está me caindo a ficha agora, falando com você. Tem épocas que a gente vê muitos [muçulmanos], e tem épocas que a gente quase não vê. Não sei... de repente fica tempos sem ver... mas isso é empírico (E 9, profissional)

Trouxemos, na revisão de literatura, as reflexões que surgiram em outros países de imigração não para importar tal e qual, mas para trazê-las para um diálogo. De fato, os profissionais mostraram interesse em conhecer outras experiências, para, de modo criativo, buscar respostas adequadas à própria realidade, ou mesmo para reconhecer o quanto por eles já tem sido feito.

Sendo o objetivo de nosso estudo conhecer a experiência de interação entre profissionais e pacientes estrangeiros, em se tratando de interação, passaremos a apresentar os resultados da análise das entrevistas.

A reflexão foi elaborada em torno de quatro grandes **TEMAS**, em letras maiúsculas e negrito; as **categorias** de cada tema estão em negrito e sublinhadas; as *subcategorias*, em itálico.

Todos os temas estão relacionados, de certo modo desencadeados por um acontecimento: o encontro com os pacientes estrangeiros nos serviços de saúde.

Nas citações de trechos das entrevistas, sublinhamos as expressões que merecem destaque na análise. Alguns trechos poderão parecer por demais longos, mas a intenção foi dar a possibilidade de entrar em contato com o modo como os entrevistados descrevem as experiências. Vale ainda lembrar que a escolha de identificar as entrevistas, além da letra “E” seguida do número da entrevista, com: profissionais, Agentes Comunitários de Saúde bolivianos e pacientes estrangeiros, foi para perceber as diferenças mais marcantes de perspectiva na interação.

7.1 Procurando comunicar-se

Os profissionais de saúde estão **PROCURANDO COMUNICAR-SE** com os pacientes estrangeiros, ou seja, estão empregando os recursos disponíveis a fim de estabelecer comunicação, diante da dificuldade pelo pouco conhecimento da língua (e dialetos) dos estrangeiros. Apesar de ser tanto um esforço para entender o paciente quanto para se fazer entender, assume um significado de angústia muito maior, para o profissional, a falta de feedback do paciente quanto à compreensão sobre as orientações para a continuidade do tratamento (adesão⁴⁶).

⁴⁶ Empregamos o termo adesão não somente em relação aos medicamentos, mas também a vários comportamentos, influenciados por fatores socioeconômicos, fatores relacionados ao sistema de saúde, ao relacionamento com a equipe de saúde, ao paciente - inclusive seus hábitos de vida e culturais -, ao tratamento e à própria doença - por exemplo, se é crônica ou não, a presença ou ausência de sintomas (GUSMÃO; MION JÚNIOR, 2006). Parece-nos que os entrevistados tinham essa concepção, ainda que nunca tenham usado o termo “adesão”, mas os referidos fatores a ele relacionados.

“Adesão, do latim *adhaesione*, significa, do ponto de vista etimológico, junção, união, aprovação, acordo, manifestação de solidariedade, apoio; pressupõe relação e vínculo. Adesão ao tratamento é um processo

Os profissionais estão **encontrando barreiras**, ou seja, estão vivenciando dificuldade no entendimento da língua estrangeira por não conseguir uma comunicação eficaz em uma língua comum, com os pacientes. Percebe-se, portanto, que poucos significados são compartilhados.

Para os profissionais, a interação com o paciente coreano é o extremo da impossibilidade de compreensão. Quanto aos bolivianos, normalmente a dificuldade maior é com os recém-chegados ou quando falam dialetos. Nesses casos, os *pacientes não falam o português, nem o profissional a língua estrangeira*, sendo a língua percebida como uma “barreira”.

Porque ali é impossível, a língua é impossível! São pessoas que moram há vinte, trinta anos não falam nada de português! As pessoas idosas, das famílias. Os outros, descendentes, que estão trabalhando nas lojas, até é mais possível que já fale português. Mas se você for, muita loja aqui, quantas vezes você vê a dona da loja falando no telefone e falando em coreano! (E 10, profissional)

Na relação deles no dia a dia, na questão da consulta, tem momentos que é muito difícil, porque eles vêm de várias regiões da Bolívia. Eles falam dialetos, não é um espanhol que você fala assim: fala mais devagar, arrisca um “portunhol” capenga (E 10, profissional).

Os bolivianos, os peruanos, os paraguaios, eles trazem algumas dificuldades, e a primeira delas é a questão do entendimento do idioma (E 4, profissional).

A diferença de língua acaba sendo até para eles uma desculpa pra não, às vezes, fazer o tratamento proposto. Porque assim, você às vezes pergunta: “ah, não fez o tratamento?”, “não entendo”. É uma barreira que a gente encontra. [...] Eu acho que

multifatorial que se estrutura em uma parceria entre quem cuida e quem é cuidado; diz respeito, à frequência, à constância e à perseverança na relação com o cuidado em busca da saúde. Portanto, o vínculo entre profissional e paciente é fator estruturante e de consolidação do processo, razão pela qual deve ser considerado para que se efetive. Sob este ponto de vista, adesão ao tratamento inclui fatores terapêuticos e educativos relacionados aos pacientes, envolvendo aspectos ligados ao reconhecimento e à aceitação de suas condições de saúde, a uma adaptação ativa a estas condições, à identificação de fatores de risco no estilo de vida, ao cultivo de hábitos e atitudes promotores de qualidade de vida e ao desenvolvimento da consciência para o autocuidado. Considera, também, fatores relacionados ao(s) profissional(is), comportando ações de saúde centradas na pessoa e não exclusivamente nos procedimentos, que aliam orientação, informação, adequação dos esquemas terapêuticos ao estilo de vida do paciente, esclarecimentos, suporte social e emocional. Nesta perspectiva de ação, a atitude acolhedora do profissional que cuida respalda o paciente para novas atitudes perante o adoecimento, e o medicamento é mais um recurso terapêutico na promoção da saúde. Há também fatores ligados à instituição de saúde, cuja finalidade é promover e estimular ações que contribuam para que os indivíduos envolvidos possam caminhar em direção à eficácia e à qualidade do tratamento. Por tratar-se de um processo no qual os sujeitos estão em contato com uma variedade de fatores que influenciam sua continuidade ou a descontinuidade, facilitar a adesão e aderir ao tratamento não são tarefas fáceis; são desafios que sofrem oscilações e demandam atenção contínua.” (SILVEIRA, RIBEIRO, 2005, p. 94)

isso é uma barreira que bate assim na gente demais! Demais mesmo! (E 3, profissional).

Alguns profissionais têm um conhecimento parcial da língua espanhola, ao menos algumas palavras-chave (nenhum tem fluência na língua, somente os co-nacionais). Percebem que a complexidade é maior do que simplesmente um conhecimento básico da língua: existe também o sentido diferente das palavras semelhantes. Novamente, um significado não compartilhado.

Vai elevando o tom de voz, eu fazia mímica, misturava palavra de espanhol com palavra de português... eu sei que às vezes tem palavra que tem um significado para nós e para eles tem um completamente diferente... depois eu parei para imaginar o que ele pensou daquela criatura que falava sem parar (E 2, profissional).

Os próprios pacientes confirmam essa dificuldade, *percebendo que os profissionais não os entendem*, mesmo quando se esforçam em falar português:

Acompanhei assim, quatro pessoas que acompanhei no doutor, bastante! Ah... mas não entendem! [...] Não entendem. Sempre falam: fala mais português, fala a minha língua! Sempre eles falam. Às vezes, como eu não falo algumas palavras direito, eles também falam: não entendo muito bem! Trata de explicar, tipo assim, quando tem dor forte... [...] os doutores não entendem muito, espanhol (E 6, paciente boliviano).

A *possibilidade de entender-se* tende a aumentar com o tempo de permanência no Brasil e de convivência, ou ainda se dá com mais facilidade com as crianças. Percebe-se, portanto, um processo, onde o tempo de interação entre os sujeitos é um fator importante, inclusive, como veremos mais adiante, para partilhar significados, estabelecer símbolos, seja na comunicação verbal, seja na não-verbal. De fato, a *possibilidade de entender-se* nem sempre se dá por falar fluentemente a língua do outro, mas por conhecer o modo como o outro se expressa para indicar determinado significado.

No começo, as primeiras consultas talvez é um pouquinho difícil, mas na segunda, terceira assim, já a mesma pessoa vai entendendo (E 14, Agente Comunitário de Saúde boliviano).

Nesse contexto, os **profissionais buscam estratégias** para comunicar-se com os pacientes estrangeiros, *considerando outros fatores que interferem na comunicação*, como contexto cultural, percurso formativo, vivência e a empatia que se estabelece ou não na relação.

Porque também é uma via de mão dupla, se a pessoa não está a fim de entender, ou se ela tem uma limitação na capacidade de entendimento dela, aí já estragou tudo. É aquilo, eu te conto uma história, e conto pro outro, você vai entender de um jeito ele de outro. Cada um tem uma... você leva em consideração a vivência que a pessoa tem, o quanto ela estudou, o quanto ela é capaz de interpretar uma situação. (E 2, profissional)

Buscar estratégias de comunicação, para os profissionais, é mobilizar os recursos disponíveis com o objetivo de obter a adesão dos pacientes estrangeiros às ações de saúde. Por exemplo, estão *procurando conhecer a língua do estrangeiro* (espanhol).

A ocasião de aprender noções básicas, palavras-chave, por vezes, foi oferecida na própria unidade, através de cursos, ou procurada pelo próprio profissional, até mesmo com colegas de trabalho bolivianos. Existe uma grande variedade pessoal, nem todos tem interesse e disponibilidade de aprender, ou existem outros impedimentos, como a carga horária.

Outra estratégia tem sido *pedir intérprete*, não só da língua, mas também da cultura, por ser normalmente um intérprete da mesma origem do paciente estrangeiro. O intérprete pode ser alguém trazido pelo próprio paciente (tem-se incentivado sempre mais que venham acompanhados, quando ainda não souberem o português), um colega de trabalho do profissional (normalmente um Agente Comunitário de Saúde boliviano) ou, em último caso, um outro paciente que se disponha a ajudar. O intérprete pode ajudar na consulta ou ser procurado depois, para esclarecer dúvidas.

Quando o bicho pega, que a gente não entende o que ele está falando, e eles também não entendem a gente, a gente chama ajuda do agente comunitário que consegue se comunicar melhor do ponto de vista de linguagem, e até de entendimento, porque mesmo que você entenda a palavra, o sentido da palavra às vezes é muito diferente do que a gente entende (E 11, profissional).

Aquela pessoa que não fala direito português sempre está acompanhado de outras pessoas que já falam. Por exemplo, como minha esposa, ainda não fala português direito, pouquinhos palavras, mas sempre eu acompanho, para fazer as coisas (E 6, paciente boliviano).

Tem gente que já fala, às vezes vem com uma pessoa que entende bem, o dono da oficina, ou um outro amigo que fala, há mais tempo aqui, acompanha. Essa informação também foi divulgada, para eles também, que não pode vir sozinho, sempre possam trazer alguém que... porque nem sempre a gente está aqui na unidade (E 14, Agente Comunitário de Saúde boliviano).

Existem situações em que se prefere dispensar o intérprete, principalmente da rede de relações do paciente, quando se supõe que possa interferir no atendimento: por exemplo, quando se suspeita de violência doméstica.

Conversando, aos poucos elas se soltam. [...] Até assim... elas não chegam falando pra gente “aconteceu isso!”, mas se fica mais um pouquinho falando, elas se abrem! Daí a gente sabe que está acontecendo essa violência [...] Eu mesmo consigo entender, eu até deixo ela à vontade, para deixar ela sozinha no consultório, na sala de atendimento, para ver se ela se abre pra gente melhor. E conseguimos compreender o que falam. Só às vezes quando a pessoa veio há pouco tempo da Bolívia, que não entende nada de português, é que a gente não... chama um apoio, o Agente Comunitário boliviano (E 12, profissional).

Ainda que o intérprete preferencialmente seja da mesma origem do paciente, existem casos em que não é possível encontrar um, propiciando a descoberta de outras competências interpessoais⁴⁷. Seriam pessoas que se percebem como *intérprete de uma situação*, mais do

⁴⁷ Competências interpessoais: com esse termo entendemos a competência exigida dos profissionais na relação, na interação entre pessoas, no caso, com os pacientes de modo geral, incluindo os estrangeiros. Competência, segundo Machado, é constituída por três elementos fundamentais: é característica de uma pessoa (portanto há de se considerar o ser “pessoa”), implica na necessidade de determinar um âmbito, um contexto (competente “em quê?”), bem como a capacidade de mobilização daquilo que a pessoa sabe para “realizar o que deseja [...] Naturalmente, antes da mobilização referida, é preciso haver o desejo, a vontade, o projeto” (MACHADO, 2004, p. 140). A enfermeira Eliana Braga (2004), em sua tese, trouxe importantes autores de referência no estudo da competência especificamente em comunicação. Além disso, os resultados de suas entrevistas a professores comprometidos com o ensino de enfermagem chegaram às seguintes categorias: A EXPRESSÃO DA COMPETÊNCIA COMUNICATIVA: vivenciando-a no cotidiano profissional e pessoal; ouvindo o outro; prestando atenção na comunicação não-verbal; sendo capaz de eliminar as barreiras da comunicação; validando a compreensão das mensagens; demonstrando afetividade; investindo no auto-conhecimento (BRAGA, 2004).

que de uma língua ou cultura específica, relacionado ao modo de perceber a realidade, uma sensibilidade adquirida pela experiência de interação com os estrangeiros.

Buscam, ainda, *estabelecer empatia*, atendendo com mais atenção e paciência, procurando superar a dificuldade do idioma.

Você vai pelo visual, você vai pela assim... eu fui com a tua cara, eu confiei em você pela cara que você tem, eu deixo você mexer em mim, se for o caso, me apalpar, porque não adianta conversar, não vai ter essa prerrogativa, essa coisa tão brilhante quanto é a linguagem, isso vai ficar de fora por um tempo. Olho no olho, eu “fui com a tua cara você foi com a minha”. Eu estou tão desesperada que eu preciso, eu vou deixar! (E 2, profissional)

Eu procuro atender, individualmente, de uma forma mais acolhedora, procurando fazer com que a questão do idioma não seja um empecilho para uma relação profissional e consequentemente este atendimento ter qualidade. [...] É assim, se a gente for de encontro com a necessidade do outro, que a gente tem uma obrigação para fazer, o idioma passa a não ser uma barreira (E 4, profissional).

Os pacientes e os Agentes Comunitários de Saúde bolivianos valorizam muito a paciência e a sensibilidade do profissional.

Acho que seria mais compreensão de ambas as partes, tanto do pessoal médico, da enfermagem, seria mais compreensão... ter mais... paciência! Porque como a maioria atende 10, 15 pacientes, vai chegando no final, eles já estão cansados, também, os médicos. Perdem a paciência. Acho que seria paciência mesmo. Falta de entendimento... tem, mas pelo fato também que não tem paciência, já vem uma coisa, já começa a falar, então já perde a paciência, pronto! Aí acabou tudo! (E 7, Agente Comunitário de Saúde boliviano)

Acho que, eu gostaria de falar, os médicos, que fossem um pouquinho mais sensíveis... com as pessoas, não com bolivianos, pode ser até qualquer outro país, eles tem que ser um pouquinho... ter um pouquinho mais de carinho, não ver a gente como se fosse de outro mundo, ou de outro planeta... não ver assim... os médicos brasileiros, a todo estrangeiro. Não só boliviano, pode ser de qualquer outro lugar do mundo... eles sempre assim, discrimina, não sei por que... não é todo o médico assim! (E 16, paciente boliviano)

Outra estratégia acionada, tanto pelos profissionais quanto pelos pacientes, é a *comunicação não-verbal*. Ainda que sempre seja parte do fenômeno da comunicação, por

vezes é usada de modo mais consciente, servindo-se da mímica e do desenho, por exemplo. Como referido anteriormente, quanto à tendência em aumentar o entendimento recíproco com o tempo de interação, o uso da comunicação não-verbal estabelece símbolos durante a interação entre as pessoas, cujos significados se antes não eram partilhados, passam a ser no processo. A maior dificuldade é percebida, reforçamos, no início da interação, nas primeiras tentativas de estabelecer comunicação, quando não existe uma linguagem em comum, poucos símbolos.

Por acontecer normalmente dentro da sala de atendimento, outros profissionais da unidade, que não vivem com frequência a experiência direta da interação com estrangeiros, podem não ter conhecimento do uso dessa ferramenta, bem como de outras vivências aqui relatadas.

Então, é meio que por mímica! Você acaba assim, você tenta falar alguma língua, não entende. Espanhol eu também não falo... e a maioria não fala espanhol, fala dialetos deles, mesmo, que são totalmente diferentes! Então você fica... acuada! Você tenta por mímica (E 3, profissional).

Se bem que como o pré-natal é uma coisa muito repetitiva no caminhar aqui dentro, então eu ia sinalizando, “sobe na balança”, ela não entendeu, eu subi na balança. Aí, sobe ali, ela foi... sentou, deitou. Ela já sabia mais ou menos o que eu ia fazer. Mas imagina se ela vem numa primeira consulta, como é que eu vou fazer isso? [e acontece?] Acontece! (E 10, profissional).

Depender somente da comunicação não-verbal, ou do conhecimento parcial da língua na interação traz insegurança, reforça a dúvida sobre o que o outro realmente entendeu, levando os profissionais a perceberem como necessário um esforço a mais para que a continuidade do tratamento aconteça. De certo modo, os profissionais estão **superando a incompreensão**, preocupados com o entendimento do paciente estrangeiro, desencadeando ações que possam proporcionar o resultado desejado quando *percebem que não estão entendendo*: marcar consultas e exames pessoalmente, pedir uma visita posterior do Agente Comunitário de Saúde, ou mesmo o profissional que for ministrar o medicamento procura

retomar o que o paciente entendeu, ou não, da consulta. Ainda que esses passos não sejam considerados uma obrigação formal, trata-se da consciência do profissional.

A rigor, ela faltou na consulta, ela faltaria na próxima consulta, ela não faria o exame, mas para você fazer isso acontecer você vai precisar ter uma outra ação, vai precisar um esforço da unidade, porque a gente quer que aquela próxima consulta aconteça, que ela faça o exame, entendeu? Porque se for só na parte burocrática, teoricamente, fiz eu o meu papel, entendeu? [...] Eu finjo que faço consulta, você finge que veio... e nada vai acontecer! Essa é uma dificuldade. (E 10, profissional)

A gente fala assim: “você entendeu o que a médica falou?” “Ah, entendi, entendi”. “O que a médica falou?” “Ah!?!...” Então, senta aqui, a gente vai começar de novo... [...] Eu que vou perguntar. Quando vai fazer vacina, quando vai... uma receita, eu costumo abordar! (E 11, profissional).

Os pacientes confirmam a percepção dos profissionais: às vezes não entendem, mesmo quando não demonstram.

Eu não entendi ele... não perguntei. Vai tomar a inalação... antes não entendia, o que é “inalação”? Perguntei a outra doutora: o que é “inalação”? Isso daqui é inalação... acho que não entendia (E 5, paciente boliviano).

Assim, como vou falar, as receitas que pedem, depois... tem nomes diferentes, as coisas... como que está acostumado na Bolívia,... não entende muito bem (E 6, paciente boliviano).

Dessa forma, a não correspondência do que o profissional comunica com a experiência do paciente, não permite uma comunicação eficaz até que possam, de algum modo, “traduzir” a mensagem desejada para o universo cognitivo do paciente estrangeiro (partilhando significados, proporcionando o surgimento dos “símbolos”). Como no caso da inalação: foi preciso mostrar o aparelho, por outro profissional de confiança do paciente, com o qual esclareceu sua dúvida.

Os pacientes estrangeiros também têm suas estratégias, quando não entendem:

Quando a gente não entende? Vai dum parente que entende bem. Fala isso, que é isso? Tipo assim, quando eu não entendia nada eu ia do meu irmão, ele já estava há dez anos no Brasil, já estava acostumado com isso tudo. [...] Tem essa dúvida mesmo. Às vezes, dor de qualquer... tem muitas... dúvidas... também na receita. Aí,

sempre vai de um parente, quem conhece, vai perguntar para ele... ele fala. Sempre tem... para que isso aqui? Para aquilo e aquilo, então está certo! Médico, não. Receita, sai.... pergunta a dúvida aí fora (E 6, paciente boliviano).

Mas reconhecem que existe também o esclarecimento da parte dos profissionais, com paciência. Se não seguem as orientações, pode ser por outras razões, como o contexto em que vivem e trabalham.

É fácil de entender quando eles explicam direito, né? Quando eles falam tem que comer isso, aquilo, aquilo... a gente trata de seguir o que falou o doutor, mas... às vezes,... como a gente está trabalhando muito a gente perde a hora. Tem que tomar tal hora, a receita, fica atrasado uma hora, meia hora... como está trabalhando às vezes perde (E 6, paciente boliviano).

A dificuldade de entendimento, porém, não se dá apenas com os pacientes estrangeiros. Percebendo a dificuldade dos pacientes com a linguagem dos profissionais de saúde é quando os próprios profissionais, ou os Agentes Comunitários de Saúde, percebem que além da questão do idioma existe a linguagem técnica da área da saúde, com a qual até mesmo os brasileiros têm dificuldade.

Eu vejo assim, eles mesmo sendo brasileiro, ou estrangeiro, eles sempre têm dúvida. Tem uns códigos, o doutor fala: você tem BCG, eles querem saber mais. Como é que é isso? Por que eles falam com código? Então a gente, se sabe, já orienta, se eu não sei, pergunto para a doutora, pra qualquer um, então eu vou lá de novo para explicar. [...] Eu mesma às vezes não entendo, então já penso neles, se eu não entendo algumas coisas, eles pior ainda! Porque eles não falam bem. Eu vejo muito importante esta colaboração aqui. Tem pessoas que tentam falar, tentam entender eles... mas alguns já não tem paciência. Orientam mediante nós (E 7, Agente Comunitário de Saúde, boliviano).

O significado da dificuldade em entender e fazer-se entender, para o profissional de saúde, está relacionado à possibilidade de adesão ao tratamento, por parte do paciente, trazendo uma preocupação diretamente proporcional à condição de saúde do mesmo.

Não conseguir se fazer entender, assim, os profissionais estão sentindo insegurança quando não conseguem comunicar-se.

O que eu sinto enquanto gerente é a dificuldade dos funcionários mesmo, vejo a angústia deles, tentar explicar como usa o remédio na farmácia, no dentista, no balcão... vejo a angústia dos profissionais, para se fazer entender, para ver o resultado... empenho... será que entendeu? Será que consegui me fazer entender? (E 9, profissional).

E é uma baita insegurança, para os dois lados. Eu me sinto muito insegura nesta relação. Tento, mas tem hora que eu acho que meto os pés pelas mãos, que eu não ajudo muito. [...] Tinha que explicar para ele como é que ele tomava o antibiótico e um xarope, para ele não né, pro filho, que ele deveria ministrar para o filho dele. Quando eu vi eu ‘tava nessa berração que eu te falei, vai elevando o tom de voz, eu fazia mímica, misturava palavra de espanhol com palavra de português... [...] Morrer não morreu!!!! Mas é muito difícil, existe uma boa vontade, existe aquela vontade de ajudar, mas eu não sei! A qualidade disso é muito complicada... meu Deus!! (E 2, profissional).

Para os pacientes, as dificuldades na interação com os profissionais fazem com que *sintam medo*. O “medo” é uma palavra muito presente na fala dos bolivianos, pacientes e Agentes Comunitários, sendo considerado inclusive como característico dos bolivianos, a timidez, o medo. Estes não conseguiam expressar o porquê do medo, mas é algo que permeia as relações, relacionado de certo modo aos costumes ou à presença irregular no País, que serão melhor explorados em outra categoria.

Queria perguntar, mas tenho medo... tenho medo. Eu não entendi ele... não perguntei. [...] Às vezes tem medo, de falar com doutor. Estava doente, com dor de cabeça... doutor falava, eu não entendi o que estava falando (E 5, paciente boliviano).

Geralmente os bolivianos somos, me incluo, somos assim tímidos, eu mesma quando vou num lugar peço “por favor”... alguns não gostam, inicia a falar eles vêm como coitado! A gente é coitado mesmo, não pelo dinheiro, a gente é coitado porque tem medo. Eu mesma, como falei, tenho medo. A maioria é assim, tranquilo, vem com medo, pergunta uma coisa, fala devagar... é o costume mesmo, nosso. Sempre vai ter aquele “desculpa, por favor, bom dia, boa tarde”... ali, por exemplo, assim, fala “bom dia, boa tarde, boa noite”, toda hora... aqui eles já não gostam. Por isso tem esse medo, também, porque já não sabem se cumprimenta, ou não cumprimenta (E 7, Agente Comunitário de Saúde boliviano).

Nesse contexto, os profissionais estão **pretendendo a reciprocidade**⁴⁸, considerando que os estrangeiros têm o dever de aprender a língua e os costumes locais, ou seja, da mesma

⁴⁸ Reciprocidade aqui tem o significado relacionado a recíproco, como algo que “se faz ou que se dá em recompensa ou em troca de algo similar”, algo que se alterna entre duas pessoas, “uma em resposta à outra”

forma que quando os brasileiros vão, por exemplo, para os Estados Unidos, precisam aprender o inglês, porque ninguém vai falar em português com eles, quem vem para o Brasil deveria aprender português e absorver o modo de vida daqui.

Essa visão é diariamente colocada à prova por estarem *tendo a impressão que os bolivianos não procuram aprender a língua*, não percebendo motivação da parte deles. Os próprios pacientes bolivianos reforçam a ideia que a muitos realmente não interessa aprender português, principalmente quem vem do campo ou pensa em voltar logo para a Bolívia. Para os profissionais, a explicação poderia ser também por terem pouco contato com brasileiros, ou ainda por alguma vantagem que teriam com o desconhecimento da língua, como se “fingissem” não entender para evitar alguma consequência de algo que deveriam ter feito e não fizeram, ou conseguir algo que desejam. Essa situação pesa para os profissionais, que recebem os pacientes e precisam fazer o esforço de ir ao encontro (percebido como um “dever profissional”, como já visto).

Então eles saem pouco, têm pouco contato com os brasileiros, naturalmente vão ter essa dificuldade. Nós não conseguimos, dentro do espaço de uma consulta, muitas vezes atender a essa necessidade. Isso realmente assumo e sei que isso é um problema a ser superado. Mas eu vejo, em contrapartida, que não há nenhum interesse. Não há nenhum interesse. [...] Se fala, por exemplo, que eles se fazem de não entendidos para serem atendidos mais rapidamente, “os coitadinhos”, já escutei muito isso! Mas enfim, está marcado a gente atende, está no acolhimento a gente atende, e dá a orientação necessária (E 4, profissional).

Eles usam muito dialeto quando eles não querem que a gente saiba o que eles estão falando. (E 12, profissional)

Os pacientes bolivianos explicam que procuram, por vezes, modos de conseguir usar o sistema, evitando retaliações, principalmente pela questão dos atrasos (em razão do trabalho, que será aprofundado em outra categoria).

Com minha esposa, pedi dia 22 de maio, tinha marcado 7 da manhã. Acho que atrasamos 20 minutos ou 10 minutos, não foi atendida. Marcou de novo. Marcou de novo, se atrasou 5 minutos também. [...] Depois falou, se atrasar de novo, não marca mais. [...] Atrapalha o trabalho, atrapalha muito o trabalho. Para marcar só, mas para atender... não tem problema, pode chegar atrasado... depende da fila. Mas para marcar, tem de ser! Aconteceu muitas vezes já! [...] A gente tenta, tenta... às vezes já sabe que não vai marcar, manda outra pessoa, com o cartão SUS... vai marcar pra mim, porque já me conhecem!! Vão brigar comigo! (E 6, paciente boliviano).

Os profissionais estão, porém, *reconhecendo o esforço de alguns estrangeiros em procurar se comunicar*, como vietnamitas, coreanos, que estão aprendendo palavras-chave, trazendo dicionário na consulta, além do fato que alguns *bolivianos estão aprendendo a língua portuguesa*, segundo os próprios pacientes e Agentes Comunitários de Saúde bolivianos.

7.2 Percebendo limites

Os profissionais estão **PERCEBENDO LIMITES** para as ações de saúde, isto é, percebem, no cotidiano de trabalho, fatores externos (que independem da vontade dos profissionais) que interferem no que se entenderia como meta de um serviço de saúde - integralmente concebida -, bem como percebem a si mesmos nesse processo de interação com seus limites.

Os profissionais estão sentindo-se pressionados, reconhecendo fatores externos que interferem na qualidade da interação profissional – paciente, ou seja, fatores além das próprias possibilidades de intervenção para promover mudanças. Desse modo, estão ampliando a reflexão para o contexto, além da experiência com os estrangeiros, da questão de língua e cultura diferentes, salientando a demanda alta, que não possibilita o tempo de dar o atendimento como gostariam, por exemplo, falta tempo para conhecer mais a pessoa que têm diante de si.

Todo mundo aqui se dobra, né? Se mata, a gente não deixa de dar uma resposta, as pessoas não ficam aqui horas esperando, mas às vezes o atendimento não é aquele atendimento alegre, contente, leve, que deveria ser, porque ele é meio mecânico, em detrimento da demanda altíssima que tem. Então você vai fazendo a coisa meio que sem pensar, sem ter aquele tempo de estar explicando, enfim, conhecer um pouco mais a pessoa que está na tua frente, não dá tempo pra isso! (E 2, profissional).

Experiência aqui... cresceu muito o movimento da unidade, nós ficamos mais no acolhimento, o “acolhe”. (E 12, profissional)

A gente tem profissionais aqui excelentes! Que têm esse perfil, de conversar, de trocar idéias, até eles, assim, eu percebo que meio que já estão ficando mecânicos nas ações deles. Explicam, mas não com aquela... sabe? O tempo todo disponível, porque aí a fila está lá, e o sujeito começa... “tô aqui há duas horas, ninguém trabalha nesse posto”. Isso é constante (E 2, profissional).

A interação, aqui, pode ser considerada de modo mais amplo, não só com os pacientes estrangeiros, de certo modo evidenciando uma necessidade de todos os pacientes, bem como dos profissionais: tempo de interação, tempo de pensar sobre o quanto vivenciado. Tanto olhar para si mesmo e trazer à consciência o *self-concept*, o auto-julgamento, influenciado sim pela interação com os outros mas que pode ser controlado para dar uma nova direção ao comportamento em determinada situação. Principalmente diante de um problema que requer análise e uma atitude que o possa resolver é preciso este tempo de *deliberação*, de “conversa consigo mesmo”.

Mais do que a dificuldade de língua e cultura, está surgindo, portanto, a falta de tempo, para refletir, para dar atenção, causada pelo excesso de trabalho, acúmulo de

atribuições, demanda alta, estrutura física da unidade inadequada (relacionados entre si). Por vezes, os profissionais estão tendo de atuar em condições desfavoráveis.

Importante frisar que a demanda alta não é referente aos estrangeiros somente, mas também devido às pessoas que trabalham na região e buscam ser atendidas principalmente no horário de almoço, ao invés de pedir um dia de folga para buscar sua Unidade de referência.

O tempo limitado para a interação nas consultas, por exemplo, não é percebido da mesma forma por todos, sendo que alguns profissionais acreditam conseguir realizá-la de modo satisfatório, considerando uma característica que varia de profissional para profissional. Há de se lembrar, também, a variação da situação trazida pelo próprio paciente, exigindo mais ou menos tempo, como, por exemplo, a questão da violência familiar.

Alguns profissionais percebem a queda na qualidade do atendimento, sentindo, por um lado, a necessidade de mais tempo, por outro, a pressão da demanda, que se soma a outros problemas, até mesmo pessoais, trazendo uma situação de stress, de desumanização, para os dois interlocutores: profissionais e pacientes.

Então é pesado. Pára para pensar se dá pra você, na hora que o camarada chega, com aquele volume enorme de gente, cobrando que você tem que atender logo, se ele vai conseguir ter um sorriso na cara a todo tempo, não é humano! Se a gente achar, que vai... sem contar que eles têm os problemas nas casas deles, não trabalham só porque eles gostam, trabalham porque precisam, então às vezes têm problemas financeiros, e têm problemas pessoais, particulares lá, que interferem, vamos dizer assim, na qualidade, ou na boa vontade. Eu acho até que eles têm demais, boa vontade, viu Elaine? (E 2, profissional).

Aqui o dia a dia, a necessidade de estar... dando uma resposta mais rápida, deixa a gente meio afobado. É muito volume, é muito problema. É muita demanda, e isso a gente perde na qualidade. E às vezes assim, você encaminhou uma questão, fez, fez, fez, se desgastou, deu meia hora, aparece um igual! E você começa tudo de novo [risos]. Igual ou muito parecido, entendeu? E isso no dia a dia não é fácil, não. Estou sendo bem honesta, tem hora que eu tenho vontade de arrancar os poucos cabelos que eu tenho na cabeça. Até pelo temperamento, tem pessoa que é mais tranquila, vai saber melhor lidar com isso, eu como sou afobada, já quero resolver, nossa já fico num stress!

E não cessa! Você trabalha na saúde, para resolver as questões da saúde, mas cada vez nasce mais gente, cada vez a questão aumenta, e cada vez os problemas se avolumam mais, e o número de profissionais não vai crescendo nesse ritmo, pelo contrário, ele estagnou (E 2, profissional).

Não só a motivo da demanda, mas também na busca ativa, os profissionais estão **percebendo limites no contexto**, encontrando contexto que dificulta o planejamento de ações, principalmente pela instabilidade da população no território coberto pela Unidade, *percebendo grande rotatividade dos latinos*. De certo modo, é ainda o “tempo” a fazer-se sentir, tempo para elaborar estratégia, tempo para dar continuidade.

O contexto das regiões estudadas é fortemente marcado pela mobilidade, não só dos latino-americanos (que ainda estão chegando de seus países de origem, ou mudam de um endereço para outro), mas também dos brasileiros que trabalham naquelas regiões e habitam em outra.

A proposta do Programa Saúde da Família, com os cadastrados que seriam acompanhados no domicílio e na Unidade de referência, contrasta com a realidade vivenciada. A constante mudança de endereço condiciona um tipo de ação de emergência, nos casos de doenças como a tuberculose, por exemplo.

Nessa época que a gente pega de abril até junho, a chegada deles aqui é muito intensa. Então eu fui com uma das agentes comunitárias, em uma semana tinham 17 pessoas numa oficina de costura, a gente voltou em 15 dias, tinham 27! Então é muito pouco tempo, e muita gente chegando! Isso pra gente atrapalha, você arma todo um esquema, você fica 15 dias pensando no que você vai fazer... no que você vai tentar... pôr na cabeça deles, você chega lá já tem mais uns 10 diferentes! Então é complicado pra gente! A maioria não sabe se tomou vacina, não sabe se tem algum problema, vem pra cá... sem nada! É bem complicado! (E 3, profissional)

Às vezes, até eu vou lá, eles atendem na porta! Por mais que a gente fale que é saúde, não está ligado à polícia, eles se colocam meio que receosos perante a isso. Isso nos ajuda para saber onde está, mas para agir é meio complicado. Porque você não tem assim... um tempo curto para você pensar em alguma coisa e já agir, porque você tem agenda, um monte de coisas por fora. Então, quando você pensa em agir, não é mais aquilo. Isso, pra gente da saúde, pesa muito, porque você fica meio que... esgotada, tentando arrumar solução que você sabe que não tem.

E fora, assim, a gente sabe que o número de pessoas aqui não é real, porque aqui eu acho que é contabilizado mais ou menos pelos que são legais e tudo mais... mas a população ilegal que mora aqui, a gente até tem uma noção de quanto é, mas acho que São Paulo não sabe! [...] A população que diariamente migra já é grande por conta de aqui ser uma área comercial, e aí essa migração externa também... essa é uma coisa que... de doido mesmo! Complicado demais! (E 3, profissional)

Se no tempo de consulta não é possível abordar todos os temas necessários e as visitas nem sempre são eficazes, pela mudança de endereço ou dificuldade de acesso, os profissionais buscam desenvolver outras estratégias, como o uso da rádio boliviana para divulgar informações (esporte, pastoral, panfletos, cartazes) e orientações em espanhol para alimentação dos bebês. A dificuldade do contexto pode provocar uma atitude passiva ou ativa, como no caso dos que buscam novas estratégias, inclusive em colaboração com os próprios Agentes Comunitários de Saúde bolivianos.

O contexto que dificulta o planejamento de ações está também relacionado ao estabelecimento ou não de um vínculo. Dar início ao processo de interação depende de fatores que vão condicionar o acesso ou não às moradias – oficinas de costura, como o medo devido à presença irregular no país⁴⁹. Tendo sido liberado o acesso para entrar nos domicílios, a continuidade do processo de interação que permita o estabelecimento de um relacionamento de confiança, de um vínculo, depende em grande parte da estabilidade ou não nos mesmos endereços.

Eu acho até que quem os contrata, já os contratam, seja coreano, ou brasileiro, ou boliviano mesmo, que tem muito bolivianos que contratam os próprios bolivianos, já os orientam com relação a sair o menor tempo possível de casa, tomar cuidado com os brasileiros, porque a gente escuta isso... deles próprios, eles têm medo de nos receber em casa, abrem a porta depois de um bom tempo... cheios de receios. E... aí a gente, em outros atendimentos a gente sente essa dificuldade mesmo, eu particularmente sinto (E 4, profissional)

Quanto à vinda dos estrangeiros para a Unidade, desencadeia outro tipo de processo de interação, que exige outras estratégias dos profissionais, desta vez relacionado ao tempo que

⁴⁹ Medo de serem denunciados à Polícia Federal, arriscando a deportação. Tanto os ilegais quanto os clandestinos, segundo o *Estatuto do Estrangeiro* (Lei 6815, art. 57), podem ser multados e deportados. Ilegal é o estrangeiro que entrou legalmente no país, mas deixou vencer o “visto de entrada”. Clandestino é quem entra sem autorização, de algum modo evitando o controle das fronteiras. Existe um prazo para o estrangeiro deixar o país quando descoberto sem os documentos regulares (para o ilegal, 8 dias, para o clandestino, 3); passado esse prazo, pode ser deportado a qualquer momento pela autoridade policial (BONASSI, 2000).

podem dispor os bolivianos, devido às exigências de produção de um determinado número de peças por dia.

Vêm, mas depende da época. Porque igual o que eu estou te falando, tem épocas que eles não vêm, aumenta o trabalho, então eles não vêm. A época que aqui é mais cheio, é dezembro e janeiro, porque aí a produção deles é mínima. Então eles têm tempo de estar saindo. Mas nessa época, de abril até junho, de agosto a novembro, já são épocas de costura, primavera-verão, depois já outono-inverno, aí não vem mesmo! Nosso índice de abstinência de consulta também é muito alto. Por conta disso (E 3, profissional).

Os profissionais estão **percebendo limites no conhecimento**, ou seja, percebendo a necessidade de conhecer a realidade com métodos apropriados.

Estão *considerando a complexidade da análise do processo saúde / doença*, para a qual não são suficientes os bancos de dados disponíveis. Ainda que os bancos de dados tragam informações importantes, desde que adequadamente preenchidos e utilizados dentro de seus limites e possibilidades, os profissionais percebem que o contexto das unidades com grande presença de estrangeiros necessita que seja discriminada a nacionalidade nas estatísticas, bem como estudos sobre a morbidade, analisando o processo de acompanhamento dos pacientes, ou algum estudo que revele a qualidade do atendimento, não só o número de consultas ou exames.

Agora eu digo assim, na discriminação da estatística, essa é a interpretação que eu tenho, aí eu sou a favor da discriminação no sentido de relatar o que a gente está atendendo! Discriminação no sentido de relato: olha, o posto atende 25 mil pessoas, mas tem quantas pessoas, por exemplo, que são bolivianos, moradores de rua, brasileiros, quantos nordestinos... acho que essa é uma falha nossa, ainda estamos engatinhando na estatística. Então... pelo menos é o meu entendimento. Acho que estamos começando a pensar nisso! Pelo menos a nível do programa de tuberculose nós temos essa estatística, de 100% dos pacientes atendidos, que os nossos dados estão aí, os registros comprovam, que 60 a 62% são bolivianos, já chegamos a 70%! 20%, já chegou a 20, 21% de moradores em situação de rua! O que fazer com esses números? Esses números estão me indicando alguma coisa, eu preciso tomar... o meu trabalho precisa ser direcionado mais pra essa população. Nesse sentido é discriminar, é descrever, que essa população precisa de uma atenção maior! (E 4, profissional)

A análise do processo saúde / doença a partir dos índices pode ou não ter implicações na avaliação do trabalho dos profissionais, por parte da supervisão, ou até mesmo uma auto-avaliação, dependendo da própria percepção da realidade, da responsabilidade diante da mesma ou da pressão exercida por superiores. Os profissionais consideram que quem conhece o contexto da área coberta é capaz de interpretar os índices, *considerando que dentro das possibilidades estão agindo de modo adequado*. Para transformar a realidade seria necessário um esforço intersetorial. Diante do que consideram uma percepção simplista da complexidade que estão enfrentando, os profissionais sentem angústia e frustração por não conseguir mudar a realidade, ou irritação pelos comentários infundados, conscientes do próprio esforço.

Até chegar pra gente a estatística já foi lançada, a gente fica taxado meio que “os vagabundos”, né? E a gente sabe que a realidade é diferente! Isso pesa muito, porque a supervisão cobra (E 3, profissional).

Enquanto Unidade de Saúde acho que o nosso limite tem sido até conseguir fazer o diagnóstico dos casos esperados, porque mudar isso não é uma ação da saúde. Mudar as condições de moradia no cortiço, as condições... o impacto que eu tenho... não tenho impacto! Eu posso ir lá, falar para melhorar a ventilação, mas não tiro as pessoas do cortiço, os moradores de rua continuam na rua, você tira eles voltam, não é uma ação que só a saúde, isoladamente, vai conseguir. [...] Cadê o resto do equipamento do Estado? Só a gente, impossível! Não dá! Eu fico imaginando que o que a gente enquanto equipe deve se cobrar, é de que a gente consiga fazer o diagnóstico o mais rápido possível, que a gente consiga fazer a pesquisa nos comunicantes de maneira eficiente, para você detectar, até porque essa população boliviana ela muda de um lado para o outro, então você tem de fazer o diagnóstico, tem que agir rápido, porque você perde aquela pessoa, vão embora. E tentar, fazer um grande esforço de que eles venham até o final. Faltou na consulta, vai lá ver, remarca essa consulta. Não pode ser uma coisa que você delega para o paciente, ah, se ele estiver a fim ele vem! Ele não vai voltar! Vai caracterizar abandono, vou ter de começar outro esquema. Eu acho que esse é o esforço que dá para a gente fazer. Que a gente pode se cobrar. Mais que isso... acho que não! (E 10, profissional)

Mas isso é uma realidade que... pra mim não chega a incomodar porque está muito claro até onde eu posso ir, o que eu posso fazer o que eu não posso fazer. Dentro das minhas possibilidades, dentro das possibilidades dos nossos profissionais a gente está executando adequadamente. Então eu não sinto isso como peso, não sinto. [...] Porque na verdade estatística é número só, acho que é número! Não tem jeito de você colocar avaliação, interpretação. Acho que é número. Atende 20. Atendeu bem ou atendeu mal? Não sei, atendi 20! É aquele número. Acho que estatística não deve ser um empecilho para gente avaliar o resto, certo? Acho que é um dado a mais. E a gente como profissional, dentro da área, a gente tem condição de analisar o que nós estamos fazendo. [E 11, profissional]

Os profissionais estão **percebendo limites em si mesmos**, percebendo a si mesmos no processo da interação: sentindo frustração, angústia, desespero, stress, por não conseguir controlar ou encontrar soluções para tuberculose, violência doméstica, planejamento familiar, ou seja, pela percepção da falta de controle dos vários fatores do contexto, pela dificuldade de planejamento e continuidade.

Eu fico num desespero, tem hora! Ontem eu 'tava pensando isso à noite... eu não consigo ver solução mas a gente não pode também ficar sem trabalhar, sem atender, a gente não pode ficar sem ver a pessoa, o ser humano. Mas é assim, isso não é só em relação a estrangeiro, ao migrante, também, porque bastou você mudar um pouquinho a região, um pouquinho os costumes, você vai encontrar diferenças, todo mundo é diferente. Caramba, né? Ninguém faz como você faz, nem é como você é (E 2, profissional).

Violência doméstica, interna, dentro de casa, na população boliviana, é muito grande! As mulheres apanham muito! E isso para elas comecem a falar sobre isso aqui, ó [fez gesto com as mãos para indicar que demorou] ... e mesmo assim é super frustrante, porque você fala disso... na hora que ela vem, que a situação está dada, você fala que tem possibilidade de tirar ela do domicílio, mas a coisa, como para a população não boliviana, também não vai muito adiante. Ela volta, com a mesma situação. Então é muito frustrante, mas pelo menos elas têm conseguido falar, reconhecem aqui como um certo espaço (E 10, profissional).

Fazemos pouco do papel do PSF mesmo, que é promover a saúde, fazer palestras, fazer grupos. Fazemos pouco devido a esse grande número da procura do acolhimento. Mas assim... às vezes é meio frustrante você estar inserido em um programa e não conseguir desenvolver ele! (E 12, profissional).

Porque às vezes têm alguns pacientes que estão há mais tempo, que falam melhor português, eles até conversam com a gente, em consulta e falam. Às vezes assim, eu sou meio curiosa, aí eu pergunto: “como é na Bolívia isso, ou aquilo?” Então elas até me falam, pra eu tentar ver o que está acontecendo... porque você acaba falando, “nossa, eu sou uma droga de profissional, porque não consigo melhorar nada!” (E 3, profissional).

Eu já me peguei assim... bem mázinha, em algumas situações, bem intransigente...e aí eu não sei se eu uso como desculpa dizer que estou sobrecarregada de trabalho, que pode ser uma desculpa isso daí, ou se de fato isso é verdade... não consegui ainda! Mas eu luto! Eu juro que eu luto comigo mesma! Eu juro que eu luto comigo mesma! E eu não estou trabalhando nesse meio assim à toa! Eu não escolhi estar trabalhando nisso à toa. Alguma consideração, vamos dizer assim, alguma... eu me importo. Se estou fazendo da melhor forma possível já são outros quinhentos, mas que eu me importo eu me importo. Com a desigualdade, com as injustiças... não é legal (E 2, profissional).

7.3 Percebendo a interação como processo

Estão **PERCEBENDO A INTERAÇÃO COMO PROCESSO**, isto é, desde que a interação começou a acontecer, dado a presença dos estrangeiros, principalmente bolivianos, na área de abrangência das Unidades de Saúde, tem-se observado mudanças na percepção um do outro.

Os profissionais estão reconhecendo preconceitos, presenciando expressões do preconceito na unidade de saúde ou em outros ambientes, não só, mas também, em relação aos estrangeiros, de modo especial os bolivianos (com as pessoas em situação de rua, com os moradores das favelas).

Os profissionais estão percebendo o preconceito em si mesmos, em outros colegas da equipe e na população que frequenta a unidade, até mesmo nos próprios estrangeiros que chegam.

O preconceito é de quem chega, e é um preconceito de quem recebe também, não vou falar pra você que eu nunca me vi numa situação preconceituosa porque eu admito isso (E 2, profissional).

A gente percebe na população brasileira uma intolerância com essa população, principalmente aqui dentro do posto, isso fica evidente. “Ah esse posto fica cheio de boliviano”, “esse posto só atende boliviano”! (E 10, profissional).

Os profissionais reconhecem a expressão do preconceito nas atitudes de intolerância, hostilidade, discriminação. Alguns percebem principalmente em uma camada da população: a classe média, os moradores mais antigos do bairro. Algumas estratégias relatadas a seguir fizeram com que fosse amenizada a expressão do preconceito nas unidades, apesar de ainda persistir.

Eu vejo que no início, quando eu cheguei aqui, 5 pra 6 anos atrás, se falava muito dos latinos, especificamente dos bolivianos, eu via que era de uma forma preconceituosa, preconceituosa... mas declarado! Não era aquele preconceito implícito, não, era algo explícito mesmo! E ainda hoje tem, mas assim de uma forma muito... declarada, ainda, mas em menor quantidade. Uma coisa a ser superada, né? A gente carrega preconceitos ao longo da vida da gente... é uma coisa a ser superada (E 4, profissional).

Uma época, mas também acho que isso foi trabalhado pelos médicos... tinha comentários que os brasileiros estavam muito molestos com a população boliviana, porque a unidade estava virando um posto de bolivianos! Que tinha muita gente vindo! Mas agora num... tem mais! Porque as médicas acredito que falaram nas consultas, que precisavam usar o posto, tudo isso... hoje em dia, não. No começo tinha isso, tinha. Inclusive quando eu ficava na recepção, alguns dias, eles ficavam surpeendidos, porque eles pensavam que eu estava fazendo uma invasão na área deles. Aí... a gente foi trabalhando isso, e acho que eles perceberam, hoje não tem. Eles mesmos recebem bem em casa, tudo (E14, Agente Comunitário de Saúde boliviano).

Refletindo sobre as causas dos preconceitos – consideram importante reconhecer o motivo da rejeição -, emergem questões como a relação com o desconhecido, o sentir-se ameaçado – por ter a sensação que o estrangeiro está “invadindo” o seu território, que aprendemos a defender. A sensação de ameaça, de estar sendo invadidos, parece estar relacionada com o fato de os estrangeiros serem aparentemente em grande número naquelas regiões, bem como nos serviços, enquanto usuários.

Se você for na Associação de Amigos do Bairro, eles abominam os bolivianos. Eles entendem que os bolivianos ocupam o espaço que é deles! Eles criticam o posto por atender boliviano (E 10, profissional).

Até pela coisa do desconhecido, eu percebo, então o preconceito é de quem chega, e é um preconceito de quem recebe também (E 2, profissional).

Os profissionais estão, de certo modo, **descobrimo os imigrantes**, através da percepção visual do aumento da frequência dos usuários estrangeiros aos serviços, apesar de não terem dados precisos. Importante lembrar que as prioridades colocadas pelos serviços de saúde, como gestantes, crianças de até um ano, pessoas com tuberculose, são frequentes na comunidade boliviana.

Eu estou aqui há dois anos, de dois anos pra cá aumentou muito, eu não sei... aí eu vou aventar hipóteses. Ou aumentou muito, porque aumentaram eles em número, isso é uma realidade, os imigrantes aumentaram em número. Aumentaram em número aqui dentro da UBS porque também se sentem mais confiantes, porque entenderam a proposta de saúde do SUS, que todos têm direito. Portanto, eles estão acessando o serviço de saúde. E também por esta questão de ver os compadres, os irmãos, aqui, trabalhando. Então eu não acho que é uma coisa só que os traz para o posto (E 2, profissional).

Tem os paraguaios agora, que estão vindo, bastante, mas nada que compara a imigração boliviana, é o grosso. Tem os angolanos, tem os nigerianos, Costa do Marfim... acessam o posto mas bem menos. Vamos dizer assim, se ficarem grávidas, mulheres, no dia da campanha de vacina trazem, não sei se eles também pagam consulta o que acontece porque são bem mais fechados. Digo assim, são raros da gente contatar. O boliviano está aí, ele está presente, está usando o posto de saúde. Os outros, esporadicamente (E 2, profissional).

A gente tenta mostrar que a gente atende todo mundo! Né? O que é real é que: o boliviano procura mais. Ele vem. Ele busca, se ele fica mais doente, ou menos doente, eu não sei te dizer, mas ele procura mais. Se você olhar a sala de espera da gente, em geral tem metade de gente que é boliviana, metade é o resto. Então, sempre você tem essa predominância. Eles ficam mais doentes? Não sei. Mas eles procuram mais! (E 11, profissional).

Os profissionais estão *tendo a percepção que os bolivianos vivem de modo desumano*, a motivo da realidade das oficinas de costura, com condições desfavoráveis de trabalho e habitação, por vezes levando a identificar os bolivianos com as piores características encontradas. Seria a tendência a interpretar o outro, “etiquetar”, definir o outro, que pode influenciar sua própria definição do *self*, direta ou indiretamente (CHARON, 1989).

Porque você vai em oficinas que você fala assim: “nossa, que organização”, você em oficina que você não acredita que é uma oficina lá dentro! Então... são mundos totalmente diferentes do nosso. Eu já enfrentei favela, já enfrentei muita coisa... mas este tipo de ambiente você fica chocada! Você não acredita que, às vezes tem famílias, duas três, dormindo dentro de um quarto! Você fica imaginando, gente, onde dorme... é uma coisa muito insalubre... pra todo mundo, até pra você que está entrando ali por poucos momentos. É bem complicado (E 3, profissional).

Os profissionais ficam perplexos ao conhecer a realidade das oficinas de costura, principalmente nos primeiros contatos. A percepção da realidade se dá ou através das visitas domiciliares, com a equipe do PSF, ou mesmo nas consultas. Reconhecem, todavia, que nem todas as oficinas são iguais, enquanto organização e relações de trabalho.

A ideia de um ambiente desumano é reforçada ao suspeitar que algumas mulheres têm vindo para a unidade buscando uma ocasião de sair do ambiente da oficina, relatando situações de violência inclusive.

Um dos motivos que eles procuram a unidade, é para sair de dentro das oficinas. A gente vê que não é só pela doença, pelos sintomas, dor, mas para sair daquele ambiente, deu para perceber isso! Que ali são maltratados, são violentados... Várias bolivianas vêm aqui com queixas referidas... em relação à dor de cabeça, dor de estômago, mas na verdade elas vêm à procura de ajuda! Sofreu violência física, moral então, nem se fala! [você percebe isso conversando?] Conversando, aos poucos elas se soltam. Devido a essa grande demanda que está tendo agora, não estou conseguindo! (E 12, profissional).

Aos profissionais pode parecer que para os bolivianos seja normal viver e trabalhar assim, chegando até mesmo a supor que na Bolívia seja pior do que em São Paulo. No entanto, os próprios bolivianos mostram que essa afirmação não pode ser generalizada, uma vez que também não consideram digno este modo de viver, tantas famílias em uma mesma casa, trabalhando tantas horas.

Na Bolívia não, tem espaço como aqui, a mesma coisa que aqui. Quando vai no trabalho, das 8 até às 5, às 5 volta. No Brasil não... os Bolivianos não tem essa... quando tem casas muito grandes, tipo em cima e em baixo, fica muitas pessoas, tipo 10 pessoas, 20 pessoas... morando juntos, só um quatinho à parte, à parte... Estou morando no prédio, 6 pessoas, morando juntas... [isso às vezes] atrapalha! (E 6, paciente boliviano).

Os profissionais estão, desse modo, descrevendo o estrangeiro / si mesmo com características físicas e de comportamento, comparando entre as várias origens. Estão procurando explicar a imagem dos vários grupos de imigrantes, segundo o tempo que estão no Brasil, motivação da vinda, condição legal de permanência, atividades econômicas realizadas, comunidade mais aberta ou fechada para integração com brasileiros.

A migração dos bolivianos é relacionada, segundo os profissionais, à necessidade de sobrevivência, bem como de suas atividades de trabalho e comportamentos decorrentes, como

a variação na frequência nos serviços de saúde de acordo com os ciclos de produção na costura.

Eu sinto assim, que os Sul-americanos, os bolivianos, paraguaios, são mais submissos, essa é a sensação que eu tenho. Os outros são mais questionadores, são mais reivindicadores. [...] Acho até por conta da própria história de vida dessas pessoas. O boliviano vem pra cá em uma condição mais inferiorizada. Em geral ele vem não legal, em uma maneira ilegal, aí vai tentando se estabelecer. Então ele já está num processo mais, vamos dizer assim, rebaixado (E 11, profissional).

Na verdade assim, a coisa do estrangeiro acaba ficando muito em cima do boliviano mesmo. O coreano pra gente é absolutamente um mistério. É uma esfinge (E 10, profissional).

A partir do reconhecimento, portanto, da existência do preconceito, os profissionais estão **buscando estratégias** diante do preconceito, que variam desde situações onde os profissionais não podem intervir diretamente na expressão do preconceito de terceiros, mesmo sem aprovar suas afirmações ou atitudes, até estratégias diante do reconhecimento do próprio preconceito, como a busca do conhecimento.

Acho que é a partir do conhecimento que o preconceito ele vai se desfazendo. Eu acho que assim, entender a cultura do outro, não é eu entender o outro coitadinho, mas me enriquecer, para eu me nutrir, para eu estar me instrumentalizando para trabalhar com o diferente. Porque o referencial de normal não sou “eu”, o referencial do padrão não é o meu conhecimento, não é a minha ação [...] Falta pra nós também iniciativa de estar correndo atrás de conhecer (E 4, profissional).

Eu... além de trabalhar como Agente Comunitário, com o passar do tempo me converti em um líder da comunidade boliviana. [...] A gente continua com aquela luta de mostrar que o boliviano não é um extra-terrestre, é um ser humano como qualquer um! Inclusive, tive a satisfação de ser convidado para dar algumas palestras na escola [...] falar sobre a cultura boliviana, onde muitos alunos tinham uma imagem do boliviano bem diferente daquilo que é a realidade. Achavam que era um... bicho de sete cabeças, enquanto não é... é uma pessoa normal, um ser humano comum como qualquer outro! (E 15, Agente Comunitário de Saúde boliviano).

Dentro da unidade, no espaço de atuação do serviço, uma estratégia encontrada foi a de continuar a atender indiscriminadamente a todos, entendendo inclusive como uma postura característica do profissional⁵⁰.

A gente é profissional, a gente tem que tratar todo mundo igual, independente de quem seja. Até falei para você, a gente trabalha também com moradores de rua, com albergados, é o mesmo tipo de atendimento, independentemente de raça, time, cor, religião, né, como a gente fala. É o mesmo tratamento. Aqui todo mundo é igual. Não tem essa discriminação. [...] o ser humano em geral, eu, o boliviano, eu, negra, o branco, o boliviano, ... o africano, o argentino... acho que todo mundo tem direito a ter saúde (E 1, profissional).

A gente tenta mostrar que a gente atende todo mundo! Né? O que é real é que: o boliviano procura mais. [...] E aí... existe essa questão, entendeu? Da população do bairro reclamar que a gente atende mais boliviano que eles. Agora como que a gente lida com isso? Não tem como lidar. [...] A gente mostra isso aqui: se você vier, você é atendido! (E 11, profissional).

Por outro lado, estão *percebendo processo de integração*, ainda não concluído, mas já em andamento. Um espaço de convivência é a própria unidade de saúde, por ser um dos poucos espaços frequentados pelos bolivianos adultos, fora das oficinas de costura. As crianças e jovens, frequentando as escolas, têm um processo mais acelerado.

O caminho da saúde é o caminho da aceitação, né? Você oferecer a saúde indiscriminadamente. Esse é o caminho. Por isso, é inegável que isso aqui é um espaço de convivência. Pelo sim pelo não, eles vão estar ouvindo alguém falar o português, e em outros idiomas, o grosso vai ser o português porque nós estamos no Brasil, né? Mas... pelo sim pelo não é um espaço de convivência. É um espaço que favorece a integração, vamos dizer que não vai ter aquela integração maciça, aquela coisa né, de você ficar 24 h por dia escutando programa brasileiro, conversando com brasileiro, vivendo dentro da casa do brasileiro, entretanto, é um espaço de integração (E 2, profissional).

⁵⁰ Muitos dos entrevistados enfatizaram ações relacionadas ao “ser profissional”. Não só a competência técnica, mas também os deveres, o compromisso público (o quanto ditado pelo Código de Ética). Naturalmente, não somente fatores externos, mas a própria consciência do profissional, a auto-regulação (MACHADO, 2004), é o que de fato vai conduzir suas escolhas e ações, tanto no que é controlado por terceiros quanto no que depende somente dele. De fato, tanto o “profissionalismo”, quanto a idéia de “perfil” e de “competência” estão relacionadas entre si e com a idéia de “pessoa”. O contato com situações-limite chama em causa algo a mais do que o cumprimento dos deveres profissionais passíveis de controle; a consciência da pessoa-profissional reconhece a necessidade de um envolvimento-comprometimento mais abrangente.

Ainda que não seja possível apontar uma única causa para desencadear o processo, os profissionais estão *percebendo o PSF como um marco importante na interação*, considerando como uma das ferramentas mais significativas para aproximar-se dos bolivianos. A percepção é que propiciou tanto o acesso às casas quanto a frequência na unidade, considerando sempre desde os primeiros contatos. A razão dada para tal dificuldade na interação seria o medo, principalmente devido à condição no país perante a lei (sem documentos regulares).

As equipes de PSF têm propiciado também um maior conhecimento da situação dos pacientes, nas visitas domiciliares ou através das informações trazidas pelos Agentes Comunitários de Saúde.

Os agentes de saúde, por exemplo, do PSF, que têm de fazer visitas domiciliárias, tentar cadastrar esse povo, pra esse povo passar a ter os benefícios do PSF, que são até super interessantes, né? Mas é complicado! A gente esbarra nisso. Fatores que são culturais mesmo, o medo da ilegalidade que eles estão aqui... [...] indocumentado. Mas... eles têm medos. Eles não conhecem a gente, por que vou abrir a porta da minha casa? De fato, se chegarem na minha casa, na sua, e quiserem entrar, eu não vou deixar também. Eu me coloco na situação deles, eles não estão errados! Quem é essa criatura, para querer entrar, invadir a minha casa? Então isso... leva tempo! (E 2, profissional).

Já os bolivianos são os que vieram para trabalhar aqui, estão em uma situação de clandestinidade. Foi difícil se aproximar deles, em termos até de fazer o cadastro, porque tinha medo da irregularidade, ilegalidade, ... isso devagarzinho foi desmontando, não está totalmente desarmado não, mas melhorou muito (E 10, profissional).

Uma das possibilidades que o Programa Saúde da Família trouxe foi a contratação de Agentes Comunitários de Saúde bolivianos; de fato, alguns profissionais estão *considerando a contratação de um profissional boliviano como estratégia importante*, quanto à interação com os pacientes bolivianos, principalmente para o acesso às oficinas de costura, mas também a vinda dos pacientes para a Unidade, até mesmo pelo simples fato da presença de alguém com um aspecto físico semelhante, representando que o serviço valoriza essa presença.

O que favorece, eles estarem trabalhando aqui? Porque quando o camarada chega, e vê alguém da “raça” dele aqui dentro, do povo dele aqui dentro, ele vai sentir “opa,

esse lugar aqui é legal! Porque esse lugar ‘tá até pegando pessoal boliviano para trabalhar!’ Isso eu acho que deixa o povo assim mais à vontade. (E 2, profissional)

Algumas unidades, portanto, estão *usando a possibilidade do PSF de contratar um agente da mesma nacionalidade dos usuários*, por terem percebido que é uma estratégia importante ter um profissional da mesma origem do paciente estrangeiro. Tanto é verdade, que estão *pensando em usar a mesma estratégia com os coreanos*, apesar de ainda não ter encontrado alguém interessado.

Na verdade assim, a coisa do estrangeiro acaba ficando muito em cima do boliviano mesmo. O coreano pra gente é absolutamente um mistério. É uma esfinge. A gente tinha vontade de conseguir fazer uma estratégia igual o [nome do ACS boliviano]. Se a minha equipe em algum momento fosse expandida... o duro é achar essa figura, né? O duro é ter esse candidato, porque as pessoas têm que se apresentar! Por exemplo, nós temos 5 agentes, dá para ter 6. Se eventualmente tivesse um sexto agente, tentar que fosse coreano ia ser muito bom, ia ser a saída pra questão! A saída... não é que eles são obrigados a usar o posto, mas no sentido de talvez poderem se aproximar mais. Porque ali é impossível, a língua é impossível! São pessoas que moram há vinte, trinta anos não falam nada de português! As pessoas idosas, das famílias. Os outros, descendentes, que estão trabalhando nas lojas, até é mais possível que já fala português. Mas se você for muita loja aqui, quantas vezes você vê a dona da loja falando no telefone e falando em coreano! É uma língua hostil, a escuta é ruim, não dá vontade de ouvir! É um negócio agressivo... se tivesse um agente coreano ia talvez desmontar essa coisa que a gente fica sentindo hoje, “essa língua estranha”, não sabe se eles estão brincando. Como que reage, não estou entendendo, sai correndo, fala obrigado?? Se pudesse, acho legal. Acho que ia ser uma estratégia interessante (E 10, profissional).

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) bolivianos têm atuado também nos grupos de vários temas de promoção de saúde, como no caso do planejamento familiar. Os médicos e enfermeiros das equipes de PSF vêem como fundamental a formação dos agentes (a chamada educação continuada), quanto às orientações que deverão passar aos pacientes nas visitas. (desenvolver)

Às vezes eu passo um medicamento, que depois eu fico sabendo que a agente comunitária foi na casa do paciente, o medicamento está lá, intacto, porque ele não entendeu como usa. Então aí, essa educação continuada também é para isso, para ela tentar, de alguma maneira, fazer que o paciente use, determinados medicamentos. Tudo isso, acho que é uma troca de experiência, isso independe do grau de escolaridade. Porque isso é convivência mesmo de ser humano. Às vezes tem pessoa aqui que tem o nível superior, tudo, mas não sabe lidar. E às vezes tem pessoas que

são mais simples que já sabem lidar melhor com a pessoa. Você acaba que meio que dosando, você acaba aprendendo um pouquinho de cada coisa. Elas sugam da gente a cultura, que é um pouquinho maior, e nós a experiência desse contato que elas têm direto com as pessoas. Então... essa é uma troca até que muito boa (E 3, profissional).

Muitas vezes, contam com a colaboração da parte dos ACS, por exemplo, para fazer um grupo nas oficinas, em espanhol. Foi possível perceber algumas mudanças de comportamento na comunidade boliviana.

Eu entrei em 2003 aqui... o programa começou em 2002. Nessa época era difícil! Ninguém aparecia aqui no posto. A maioria das grávidas começavam o pré-natal faltavam 2 meses... no sétimo mês! Agora, hoje em dia, eles começam cedo. Outra coisa, problema que foi, as crianças ficavam na oficina. Aí machucavam os dedinhos... tinha vários acidentes de trabalho, dentro da oficina mesmo. Aí teve uma época que a gente incentivou de colocar na creche, que seria melhor. Hoje em dia a maioria das crianças frequentam creches. Naquela época era muito difícil uma vaga, mas a gente ligou nas creches, explicou a situação, e hoje em dia elas mesmas procuram. Crianças fora da escola, quase não tem, sempre estão na escola. [...]

Quando eu entrei aqui na unidade, na minha área, tinha mais de 30 grávidas, que aparecia, cada mês aparecia mais. Aí a doutora falou, vamos pensar uma coisa assim... ela mesma me falou para fazer a palestra [na oficina, em espanhol]. Depois que a gente fez quase um ano a palestra, o número de grávidas caiu. Hoje em dia não tem mais tanta grávida, chega a umas 15, 12... mas tem gente que vai chegando, vem de outros lugares, elas aparecem grávidas. Mas quem mora há mais tempo no bairro, dificilmente (E 14, Agente Comunitário de Saúde boliviano).

Existem situações nas quais os profissionais estão *percebendo a necessidade de repensar a presença dos ACS*, ou seja, se estariam preferencialmente na unidade ou nas visitas. Essa situação se dá porque alguns foram contratados para regiões com poucas famílias de bolivianos, de modo que, por vezes, sua presença é sentida como mais importante dentro da Unidade.

Todavia, os benefícios do PSF não se restringem ao fato de poder contratar Agentes Comunitários de Saúde bolivianos. Os profissionais estão *ampliando a reflexão para além do fato dos ACS serem bolivianos*, ou seja, as mudanças percebidas na interação com os pacientes estrangeiros, em especial a presença dos bolivianos na Unidade, não podem ser relacionadas a um único fator - facilmente identificado com a contratação dos Agentes bolivianos.

Eu estou aqui há dois anos, de dois anos pra cá aumentou muito, eu não sei... aí eu vou aventar hipóteses. Ou aumentou muito, porque aumentaram eles em número, isso é uma realidade, os imigrantes aumentaram em número. Aumentaram em número aqui dentro da UBS porque também se sentem mais confiantes, porque entenderam a proposta de saúde do SUS, que todos têm direito. Portanto, eles estão acessando o serviço de saúde. E também por esta questão de ver os compadres, os irmãos, aqui, trabalhando. Então, eu não acho que é uma coisa só que os traz para o posto (E 2, profissional).

Se normalmente a contratação dos Agentes bolivianos é relacionada ao seu conhecimento da língua e cultura, outras competências foram reconhecidas como facilitadoras do processo de interação, que seriam parte de um “perfil” de um ACS, independente inclusive de ser ou não co-nacional, como descrito nos trechos a seguir:

Eu acho que os agentes que cuidam de mais famílias bolivianas, elas acabaram desenvolvendo lá... uma técnica, se acostumaram, vão, têm paciência, elas têm perfil, assim um bom perfil, são pacientes, são dedicadas, não são pessoas que estão fazendo por fazer o trabalho, elas se importam com as pessoas, independente de nacionalidade. Então assim, acho que elas têm muito assim essa coisa do respeito (E 9, profissional).

Tem a ver também com o temperamento dele, o [nome do ACS boliviano] é muito tranquilo, o jeitinho dele facilita muito. Nunca teve dificuldade. Lógico, tem às vezes alguma oficina que o cara é mais arredo, vamos ter mais dificuldade, ser mais diplomático, mas o problema dele ter acesso, ter complicação, não. [E 10, profissional]

Algumas equipes, de fato, estão *considerando a não obrigatoriedade de contratação dos agentes comunitários bolivianos*, uma vez que a possibilidade de contratarem bolivianos não é um critério das vagas do PSF⁵¹, disponíveis segundo a área de abrangência. Portanto, mesmo considerando a presença de um co-nacional no quadro de profissionais como importante, não necessariamente deve ser um ACS, podendo ser outro profissional, como, por exemplo, um médico (contratado sempre de modo “acidental”, não intencional).

⁵¹ A questão da contratação dos ACS bolivianos foi cuidadosamente explicada pelos gerentes das unidades – desenvolver a questão que não podem explicitar publicamente a procura de um profissional boliviano, porque as vagas estão disponíveis para todos.

O que facilitou muito na época, nós tivemos uma médica boliviana. Que também foi contratada, independente... ela se candidatou, era uma boa médica, e assim, isso fez a agenda dela lotar! Porque ela entendia os dialetos! Então assim, uma época... a gente tinha um movimento! E o que aconteceu? Essa médica saiu, ela ficou pouco tempo, acho que uns 5 ou 6 meses, porque ela mudou, e aí a gente ficou, ah, e agora, sem a doutora? Mas aí acho que eles acabaram acostumando, e já tinha lá o prontuário... continuaram a vir, e continuam também faltando, porque eles faltam muito! (E 9, profissional).

Os profissionais estão *considerando que a questão dos usuários estrangeiros poderia ser parte do PSF*, por tratar das questões que envolvem a área de abrangência. O que já tem acontecido é o desenvolvimento de estratégias dentro da própria unidade, também nas equipes de PSF.

Existem algumas variações entre as equipes e experiências, em parte relacionadas à motivação das pessoas, o que por vezes foi denominado “perfil” do profissional. Por exemplo, a presença do médico na equipe do PSF. Dificuldades de relacionamento entre os próprios colegas de trabalho se fazem sentir no cotidiano, trazendo consequências também ao lidar com os pacientes. São as diferenças dentro da própria equipe.

Entrevistamos médicos que trabalham há anos no PSF, por escolha; esses profissionais buscam junto à equipe estratégias para as dificuldades encontradas. Já outras equipes estavam inclusive sem o médico, no período da pesquisa. A continuidade, nesses casos de equipes com rotatividade, também de profissionais, foi dada pelos enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde.

Mesmo considerando a possibilidade do tema dos usuários estrangeiros ser abraçado pelo PSF, reconhecem a importância de tratá-lo na sua especificidade, inclusive com momentos de formação com profissionais competentes.

Mas, assim, eu não sei se a gente tem discutido com tanta profundidade e com a extensão que o problema exige. Nós temos reunião, por exemplo, a partir da equipe, para o geral. Da equipe do PSF, as reuniões são gerais. Aí nos tratamos de problemas, tratamos de casos individuais. E a gente sempre procura referenciar para o geral: será que o caso específico que a gente está discutindo, seja cultural, naquela família, qual é a questão principal? É de cunho econômico, cultural, enfim, social? Tem outras famílias que vivem assim? Qual é a responsabilidade e obrigação nossa?

O que nós podemos atender hoje? O que nós não podemos atender? Isso é motivo, objeto para capacitação para a gente estar falando? Aí falta um suporte, até para a gente mesmo, estar trabalhando mais com essas questões. Mas elas são enxergadas, acho que parcialmente elas são entendidas, e num percentual menor a gente consegue às vezes dar uma resposta pra isso. Com relação por exemplo, da questão da violência contra a mulher a casa [nome da instituição] vem dando cursos aqui, para o pessoal. Então a gente procura notificar, contra criança também... inclusive tem ali na frente... fazer pesquisa, a gente tem estatuto da criança e do adolescente, do idoso, a gente procura atender algumas exigências legais, então atender a criança, atender o idoso, atender a gestante... essas populações têm uma certa prioridade. [...] Na administração passada [...] a gente discutia mais sobre moradores de rua, sobre saúde da mulher, sobre a questão da violência, mesmo as populações em processo migratórios aí, os latinos, se movimentavam mais com isso, como atender a eles, como responder a essas exigências aí... discutíamos um pouco mais. Até porque não tinha tanta cobrança em relação a números, a produção. Se cobrava sim, mas não como se cobra hoje, com a mesma intensidade; então, nós queremos números, não queremos qualidade, e com números ninguém contesta, estatística ninguém contesta, está ali atendido... não se preocupa com a qualidade. É a visão. [...] poderiam ser mais frequentes, poderiam ser discutidas com mais... propriedade, porque a gente às vezes não tem... eu sei que uma vez, uma certa vez, veio um doutor aí, não me lembro qual era a formação dele, mas ele tinha doutorado em correntes migratórias, tinha feito trabalho com bolivianos! A [nome de um profissional] trouxe aí, ele veio uma vez com a gente. Eu fiquei super interessado, de dar uma olhada na tese de doutorado dele, poderia contribuir muito com a gente no trabalho, reduzir um pouco do preconceito que as pessoas têm (E 4, profissional).

Os profissionais estão **percebendo-se em processo** de transformação na própria percepção da realidade: considerando uma linha do tempo, desde o primeiro contato com os pacientes estrangeiros, que permanece na lembrança como um encontro com uma realidade até então desconhecida, havia uma reação inicial de resistência, diante de algo que surpreende, pela quantidade de estrangeiros até então nunca vista, pelo modo como vivem.

Assim, com nortistas você sempre trabalha, porque eu trabalhava em periferia, você sempre trabalhava, agora com migração, principalmente boliviana, é a primeira vez, algo que se você chega de sopetão é assustador! Porque você acha que é um ou outro, não que são milhares. Então isso, de início, assusta, depois você acaba aprendendo a se relacionar (E 3, profissional).

Com o tempo de interação, percebem que aprendem a se relacionar, desenvolvem estratégias (ver tema PROCURANDO COMUNICAR-SE). Uma das estratégias é imaginar-se no lugar do outro, buscando compreender a perspectiva do outro.

Interessante que quando a gente vai para um outro país você pode experimentar a sensação de estar num outro país, e depender da boa vontade do outro. Tá na cara,

quando você não fala a língua, não domina o idioma, vai depender da boa vontade do outro (E 2, profissional).

Eu fico imaginando o quanto é triste para a pessoa ficar do outro lado, depender do outro... que nem aqui no posto, uma situação em que você está assim, nem sempre você pode parar e ficar com a pessoa com o tempo que deveria ficar (E 2, profissional).

Nem todos os profissionais entram no processo de interação; alguns permanecem resistentes; as diferentes perspectivas podem gerar uma situação conflituosa entre os colegas de trabalho:

Então tem que entender a política deles lá, porque eles vêm pra cá, submeterem-se ao trabalho, quase de escravo nessas oficinas... por que tem pouquíssimos brasileiros que se sujeitam a isso? Eu fico me perguntando isso, eu questiono com os colegas de trabalho. “Será que essa sua visão vai contribuir para a gente melhorar a situação de saúde?” E várias vezes nos questionaram, a mim e ao outro enfermeiro [nome], que a gente faz um trabalho com tuberculose, “quanto mais você atender, de uma forma melhor, mais eles vão te procurar!” “Você não vai resolver essa situação!” (E 4, profissional).

Segundo a perspectiva dos Agentes Comunitários de Saúde, também os pacientes bolivianos estão vivendo um *processo de transformação na própria percepção da realidade*, principalmente em relação às ações de saúde, como a percepção do doente com tuberculose, o planejamento familiar, o pré-natal, o acompanhamento das crianças. As mudanças são recordadas como uma passagem de um início difícil (tendo como marco o início do Programa Saúde da Família) e uma melhora durante o processo, ainda que persistam algumas dificuldades.

E quando tem caso de TB, paciente doente, a pesquisa é feita na oficina, com o auxiliar, ou a enfermeira mesmo, vai comigo, explica os riscos que tem, para saber... para que eles possam lidar com essa pessoa. Porque era assim... no começo, aparecia alguém com essa doença, eles expulsavam da casa! Hoje em dia não acontece isso. Eles aceitam, convivem com ele, não é uma coisa assim... como tinham pensado eles, né? (E 14, Agente Comunitário de Saúde boliviano).

7.4 Percebendo perspectivas diferentes

PERCEBENDO PERSPECTIVAS DIFERENTES no cuidado à saúde é perceber diferenças entre a própria perspectiva do processo saúde-doença e a do paciente, e ao identificar um critério que caracteriza um limite para a tolerância, propõe mudança ou intervém.

Os profissionais estão **vivenciando a diferença** quando, no processo de interação, os profissionais (e os pacientes) percebem que ainda não existe uma comum compreensão sobre as ações de saúde; os profissionais, ao procurar explicar a própria compreensão tanto do processo saúde / doença quanto dos cuidados necessários, encontram dificuldades, a motivo da linguagem, da cultura, da experiência pregressa, do contexto sócio-econômico em que vivem os pacientes, não só estrangeiros. Vale frisar, portanto, que os profissionais não consideram somente a cultura de origem.

Os fatores relacionados às condições de trabalho e habitação, por exemplo, inclusive acomunam estrangeiros e brasileiros na região: as moradias coletivas, o trabalho nas oficinas de costura, muitas horas de trabalho por dia, *ampliando a reflexão para o contexto social como um todo*. Ampliar a reflexão não significa ignorar o que a realidade dos usuários estrangeiros têm de específico: o fato de muitos não terem documentos reconhecidos no Brasil.

Se, por um lado, existe a dificuldade de compreensão, por outro, há de se considerar a possibilidade de seguir ou não as orientações, dada pelo contexto.

E junto com o idioma também vem a cultura, o lidar com a saúde, o entender a saúde, diferente de nós. [...] Embora eu procure me informar como eles vivem, pelo menos aqui, não sei como eles vivem no Paraguai, na Bolívia, no Peru, Chile,... mas de uma forma geral, até mesmo os brasileiros aqui no Brás, vivem de uma forma parecida, que as moradias, a maioria, têm uma característica. São moradias coletivas, e isso tudo traz uma certa dificuldade no lidar com os cuidados da saúde, lidar com essa realidade social: morar no coletivo, ter um banheiro coletivo [...] Às

vezes em um espaço pequeno estão muitas pessoas. É um viver diferente. Isso chega pra gente... a gente observa que tem doenças que elas... voltam, elas se repetem, em virtude desse contexto social, da questão da moradia, da questão da relação com o trabalho (E 4, profissional).

Outra razão para a dificuldade de compreensão e adesão, ainda segundo a perspectiva dos profissionais, é que os bolivianos *não tiveram experiência de um sistema de saúde na Bolívia*. Uma vez que lá os serviços não eram gratuitos – fato muito enfatizado por todos, profissionais e pacientes – chegando ao Brasil quase sem a vivência de ações como promoção e prevenção de saúde, pré-natal, por exemplo. A vacinação das crianças era feita, mas com um padrão diferente do Brasil.

Segundo os próprios bolivianos, pacientes e Agentes Comunitários de Saúde, as *expectativas dos pacientes* (também brasileiros) adultos quando chegam aos serviços de saúde é de resolver seu problema na hora, sendo que o fato de precisar fazer outros exames, marcar novas consultas, ter de aguardar para ser atendidos, os deixa, muitas vezes, revoltados e se sentindo discriminados, mesmo que não externem esses sentimentos.

Os pacientes estrangeiros, desse modo, estão *trazendo diferentes vivências no cuidado da saúde*. Os profissionais percebem, por exemplo, que os bolivianos têm dificuldade em entender a relação entre comportamentos e patologias, ou a importância do acompanhamento preventivo (ir ao médico mesmo quando não estão doentes), dos cuidados básicos de saúde, bem como o comparecimento às consultas agendadas ou permitir visitas do Agente Comunitário de Saúde.

Os profissionais consideram que existem *diferenças culturais*, em especial com a cultura boliviana, mas também com outras origens: desde os costumes na alimentação, na imagem simbólica do corpo e suas partes, na estrutura e relações em família, nos cuidados básicos de saúde, no modo de se relacionar: expansivo ou retraído, no uso da medicina popular.

As mulheres bolivianas têm uma cultura que quando ela vai fazer uma cesariana ela passa a ser uma mulher de segunda categoria, ela não é a mesma mulher, para a cultura deles, é uma mulher que sofreu um dano e que o útero tem uma coisa simbólica que pra eles se aquela mulher fez uma cesariana ela está com defeito, ela ficou com defeito. Onde que aparece isso? A gente já teve reunião com uma colega que dá plantão naquele hospital da Vila Maria, e ela estava falando pra gente como é complicado quando chega lá e tem uma indicação clara de cesariana, porque tem risco para o bebê, ou porque tem risco para a mãe. É um negócio! Cria-se um conflito entre o marido e ela, muitas vezes, já aconteceu de o marido não ir buscar essa mulher depois... por causa disso (E 10, profissional).

As diferenças podem ser percebidas como um *choque* cultural. Os profissionais percebem a dificuldade recíproca em aceitar os costumes um do outro, profissionais e pacientes, percebendo em si mesmos uma primeira reação como considerar um absurdo alguns costumes, ao mesmo tempo em que sabem da necessidade de trabalhar as próprias reações.

Se por parte dos profissionais o *choque* cultural provoca a tensão de uma decisão, devido à sua responsabilidade, para o paciente a vivência se caracteriza pelo medo, quando a ação envolve alguma crença ou aspecto muito importante, ou percebem como situações diferentes às quais precisam se acostumar, considerando que com o tempo de interação podem adquirir novos hábitos.

A gente tem medo, algumas têm medo... porque... aqui eles têm que fazer o pré-natal, eles fazem no começo a análise de sangue, e até o final também eles fazem aquela análise, só que eles não gostam porque tirar muito sangue, e ali não é assim! A saúde também é muito precária lá, então eles não fazem muito assim. Então eles estranham, já não querem fazer o pré-natal. Eles estranham mesmo porque tira 5, 6 tubos daqueles... agora pra fazer aquele ultra som eles falam... não, aquele negócio, eles vêem como: vai fazer mal para os olhos das crianças, porque é muita luz... não sei, eles falam assim: é muita luz, para os olhos dele, então a maioria não faz ultra som. Então, quando eles vão no hospital, eles perguntam o que? Você fez o pré-natal? Cadê os exames, cadê... então eles vão com medo. Outra coisa que tem medo é trocar o menino, ou sumir o menino. Porque a maioria pensa que no estrangeiro os meninos recém-nascidos são... por isso que tem medo. Eu mesma tinha medo! Se eu vou no hospital, ninguém me conhece lá, eu vou fazer o que se sumir meu filho? Agora no nosso país não, é pequeno, mas a gente se conhece... a gente conhece quem é, como é... é mais fácil pegar quem roubou a criança. E aqui? Então é esse o medo, também (E 7, Agente Comunitário de Saúde boliviano).

A gente na Bolívia não está acostumado com muita coisa, mas a gente tenta. Não está acostumado, de jeito nenhum! Só aquelas pessoas que tem muito dinheiro. Só aquelas pessoas que tem muito dinheiro na Bolívia, está acostumado já, ir no

hospital, já sabem como é... mas as pessoas na Bolívia que são pobres, não está acostumado não. Os filhos só tem na casa, não tem no hospital. A maioria das pessoas pobres. Por isso que cuidam, não tocar água... quem tem dinheiro sabe como é a rotina... mas muitos bolivianos... são muito pobres que chegam no Brasil para conquistar alguma coisa, como as pessoas que são pobres não sabem como é. Muito difícil acostumar com a rotina dos médicos, da língua, tudo isso. É isso. As pessoas pobres... tratam de aprender... mas não estão acostumados. Doutores, dentistas (E 6, paciente boliviano).

Dá medo para as mulheres que estão acostumadas na Bolívia. Tipo minha esposa, de uma província do interior, não está acostumada às coisas muito... como falar... não está acostumadas às coisas. Tem muito medo... já viram outras pessoas, tipo minha tia, que nasceu seu filho, e fala pra minha esposa: é assim, é assim, vai ter seu filho vai para chuveiro, fica no hospital três dias e já tem que sair, ou dois dias e tem que sair... e minha esposa tem medo. Na Bolívia, como falei, tinha que ficar uma semana deitada na cama! (E 6, paciente boliviano)

Os profissionais estão **buscando critérios** para propor mudança de costume, tendo como orientação inicial a tolerância e o respeito pela cultura do outro, mas, diante de algumas situações, percebem que é preciso intervir.

Eu acho que entender a cultura do outro, não é eu entender o outro coitadinho, mas me enriquecer, para eu me nutrir, para eu estar me instrumentalizando para trabalhar com o diferente. Porque o referencial de normal não sou “eu”, o referencial do padrão não é o meu conhecimento, não é a minha ação. Eu, como profissional, tenho que ter um padrão de atendimento, e tem, dentro da minha profissão, o que eu devo fazer, e aí “o que eu devo fazer” é pro latino, é pro idoso, é pra criança, seja criança boliviana, seja criança brasileira. Aí não tem essa discriminação, é claro que eu vou ter que estar entendendo a cultura em que eles vivem, e a partir daí dar o tratamento, mas se eu trabalhar sempre com um referencial de cultura fica difícil transformar qualquer realidade (E 4, profissional).

Portanto, para chegar a propor uma mudança de costume, precisam identificar um critério que de certo modo defina um limite até onde é possível tolerar. No caso do profissional de saúde, estaria relacionado com a *percepção de um risco evidente*, como, por exemplo, um costume ou atitude que propiciaria o desenvolvimento de uma infecção, ou da possibilidade de contágio da tuberculose.

Faz um charutinho, porque na Bolívia é mais frio, então eles também tem uma coisa de ter cuidado, que não pode pegar vento, não pode pegar isso, não pode pegar aquilo, aí você vai desembrolhar o bebê, o coto umbilical todo infectado... então, também é uma coisa para ir falando, de dar banho. [...] Mas aí é uma coisa que a

gente tem que prestar atenção na nossa reação e se policiar, não é que isso está certo e aquilo errado. É uma coisa assim: aqui a gente faz assim, lá faz assado, entendeu? Então a gente tenta... eu acho que o motivo principal de eu falar aquilo, eu vi aquele coto umbilical todo infectado, entendeu? O neném todo embrulhado daquele jeito... então como é que vai limpar aquilo? Como é que aquilo vai respirar? (E 10, profissional).

Da mesma forma, escolhem agir por estarem *reconhecendo um problema de saúde pública*, como a transmissão da tuberculose, ou as mulheres que chegam sem exame de pré-natal já em gestação avançada.

A percepção do risco e do problema de saúde pública leva a um conflito: de um lado, sabem não dever impor sua visão - apropriaram-se do conceito que o saber biomédico, uma entre tantas culturas, não se pode outorgar o poder de definir o que está certo ou errado - , por outro lado, quando não têm tempo para interagir com o paciente, são tomados pela responsabilidade de promover a saúde, com ações impositivas.

A gente não pode fechar os olhos para isso, e tem que às vezes ser meio taxativa, às vezes intimidando mesmo, dizendo, olha, vou ter de avisar as autoridades competentes, vigilância sanitária ou alguma coisa, se você não deixar eu entrar, porque essa doença vai matar! Em relação à dengue, em relação à TB. Isso não só em relação a bolivianos, em relação a qualquer estrangeiro, qualquer pessoa que não conheça a tua intenção. Então, pra eles, eles não entendem que a gente está fazendo... o que é saúde pública! Porque isso não faz parte da realidade deles. E aí é difícil, porque a gente tem meio que se impor. Os agentes de saúde, por exemplo, do PSF, que têm de fazer visitas domiciliares, tentar cadastrar esse povo, pra esse povo passar a ter os benefícios do PSF, que são até super interessantes, né? Mas é complicado! A gente esbarra nisso. Fatores que são culturais mesmo, o medo da ilegalidade que eles estão aqui (E 2, profissional).

Isso não só em relação aos estrangeiros, interessante perceber como se amplia a denominação dos interlocutores: “todos que não conhecem a tua intenção”. Desconfiança talvez não seja o melhor conceito, mas indica a sensação de alguém que não conhece a intenção do outro, que por isso não consegue confiar, não faria o que está propondo, a menos que venha imposto, como no caso. Para confiar é preciso conhecer e estar convencido de que é algo bom, estar de acordo. Quando não se consegue transformar a visão de mundo do outro, mas se está convencido de que a própria é a correta, inclusive para o bem da pessoa, procura-

se um modo para impor e conseguir a adesão do outro. Este é um elemento importante: a interpretação da realidade do outro, a própria percepção da sua visão de mundo junto à leitura da situação como de “emergência” vai determinar uma conduta, vai legitimar ações que em outras condições não seriam aceitas.

Mas tudo isso é percebido como algo que não deveria ser assim, que é contra o modo como se deveria agir, sendo aceitável somente por identificar a situação como de extrema gravidade.

Então eu fui com uma das agentes comunitárias, em uma semana tinham 17 pessoas numa oficina de costura, a gente voltou em 15 dias, tinham 27! Então é muito pouco tempo, e muita gente chegando! Isso pra gente atrapalha, você arma todo um esquema, você fica 15 dias pensando no que você vai fazer... no que você vai tentar... pôr na cabeça deles, você chega lá já tem mais uns 10 diferentes! (E 3, profissional).

Apesar da expressão “pôr na cabeça” poder ter tantos significados, no contexto da fala parecia representar a angústia de não conseguir planejar e ter pouco tempo para passar as informações: “tentar pôr na cabeça” parece impositivo, forçado, mas é motivado na experiência relatada pela gravidade do risco da tuberculose.

Para lidar com essas diferenças culturais, de culturas de origem e em processo de transformação no contexto sócio-econômico em que vivem os estrangeiros, os profissionais estão **construindo conhecimento** para orientar conduta. Se a formação biomédica os capacitou em uma determinada cultura, conhecer a cultura do outro exige um novo percurso de aprendizagem, que se dá como uma construção, recebendo informações de várias fontes. Estão, de fato, *procurando modos de conhecer a cultura do estrangeiro*, relacionando o quanto vivenciado nas consultas anteriores com outros pacientes em situações similares, leituras, observações inclusive nas visitas domiciliares, perguntando aos Agentes Comunitários de Saúde bolivianos, *relacionando informações para propor tratamento*. Fazer esse esforço de conhecimento da cultura do outro varia de profissional para profissional.

Na verdade a gente foi construindo esse conhecimento, a partir do que o [Agente Comunitário boliviano] fala, do que os outros bolivianos falam, do que a gente lê, do que a gente viu, a gente foi armazenando essas informações. Essa informação da cesárea é uma coisa que foi surgindo [...] vêm do paciente, ... o [cita nome do Agente Comunitário] tem um papel muito grande, muito importante, o outro agente também, no sentido de informar a gente esta coisa da cultura, traduzir um pouco. Mas muitas coisas a gente vai vendo... como a tradição da batata. Antes do [Agente Comunitário], quando eu fazia as visitas, eu já via sacos e sacos de batata, pela casa, então eu já... a batata é um caso sério. Então eu já ia sacando (E 10, profissional).

Vários costumes! Pequenas culturas, dependendo da região [...] teve um caso assim, doutora, da equipe que trabalho, que tinha queixa de um coração que estava assim, crescendo, o peito estava maior. Só que a médica tinha uma noção que Bolívia era todo... frio, mais ou menos assim. Dificilmente, ela não tinha pensado que podia ser uma doença tropical. Aí ela pediu uma sorologia para chagas, e tinha. Aí ela me perguntou se na Bolívia tinha zona tropical forte, aí expliquei. Isso foi bom para ela (E 14, Agente Comunitário de Saúde).

De fato, os Agentes Comunitários de Saúde bolivianos confirmam a importância que os profissionais conheçam algo sobre a cultura da Bolívia, as diferenças que existe entre os vários “departamentos” (não se pode generalizar como se fosse uma única cultura, um único clima).

Ah, eu acho mais difícil o idioma não é, é o costume. São nove departamentos lá em Bolívia, e cada departamento tem a cultura, cada cidade tem a cultura. Por exemplo, tem um lugar em Santa Cruz, que a criança fica assim como aqui, não precisa agasalhar, não precisa nada. Agora, tem outros lugares, na minha terra, ou La Paz [...], que tem que ficar bem agasalhado, então aquelas pessoas já... eles cuidam dos meninos agasalhados, com aquele boné, com o chalé... até as luvas nas mãos, porque alguns falam: “não, eles sentem frio, ele saiu da nossa barriga quente e está aqui, passando frio” [...] os doutores não entendem, os enfermeiros, porque nesse sol eles falaram: “ah, tem que tirar isso”... mas eles não tiram! Eles não tiram. Porque já tem aquele costume, já tem esta tradição deles. Um dia eles vão tirar, mesmo eles falando (E 7, Agente Comunitário de Saúde boliviano).

Os profissionais estão, ainda, *associando perspectivas sobre tratamento*, procurando valorizar as crenças e a espiritualidade do paciente, junto ao tratamento proposto, desde que possam ser conciliados, sempre com o critério de evitar o que pode ser um risco para o paciente.

Tendo, portanto, percebido costumes diferentes, avaliado a necessidade e oportunidade de propor algo, os profissionais estão *apresentando possibilidades diferentes dos costumes*.

Por exemplo, explicando sobre a possível necessidade de uma cesariana já desde as consultas de pré-natal, principalmente quando perceber a indicação de fato, explicando sobre o banho do bebê, sobre a alimentação do bebê.

Em todo esse processo de interação, os profissionais estão **percebendo mudança** de comportamento dos estrangeiros. Percebendo mudanças principalmente a motivo do conhecimento sobre as ações de saúde, transmitido direta ou indiretamente para os estrangeiros, como, por exemplo, o fato de estarem trazendo as crianças periodicamente para o acompanhamento, bem como uma melhora na adesão do pré-natal. As mudanças no comportamento estão, novamente, relacionadas ao tempo de interação com a equipe ou mesmo de estadia no Brasil, não sendo algo que ocorre “de uma hora para outra”: O jovem é considerado mais aberto para a cultura local, fato explicado pela integração através da escola.

A possibilidade de dar início e continuidade ao processo de interação, bem como a possibilidade de adesão, depende de alguns fatores do contexto, como visto acima, que foram melhor desenvolvidos nos temas: PERCEBENDO INTERAÇÃO COMO PROCESSO e PERCEBENDO LIMITES.

8 DISCUSSÃO

Os temas e as categorias encontrados, analisados em detalhe anteriormente, são os seguintes:

PROCURANDO COMUNICAR-SE

encontrando barreiras

buscando estratégias

superando a incompreensão

sentindo insegurança

pretendendo a reciprocidade

PERCEBENDO LIMITES

sentindo-se pressionados

percebendo limites no contexto

percebendo limites no conhecimento

percebendo limites em si mesmos

PERCEBENDO INTERAÇÃO COMO PROCESSO

reconhecendo preconceitos

descobrendo os imigrantes

buscando estratégias

percebendo-se em processo

PERCEBENDO PERSPECTIVAS DIFERENTES

vivenciando a diferença

buscando critérios

construindo conhecimento

percebendo mudança

Esse percurso de interação vivenciado pelos profissionais de saúde e pacientes estrangeiros, apresentado através de temas e categorias, revela a complexidade da experiência. Diante dos dados, a primeira atitude foi de admiração e respeito pelo trabalho diário dos profissionais de saúde entrevistados, pelo empenho em buscar estratégias, pela seriedade com que assumem suas responsabilidades.

Como embasamento teórico para dialogar com os resultados, servimo-nos da obra de Hans Georg Gadamer, “Verdade e método”, pela sistemática reflexão que nos pareceu corresponder a quanto encontrado na pesquisa de campo e por poder dialogar com o Interacionismo Simbólico, no nosso entendimento.

A intenção de Gadamer em “Verdade e método”, segundo o próprio autor, é de uma reflexão filosófica sobre a compreensão⁵² não só na ciência, mas em toda experiência humana. Pretende indagar sobre a experiência da verdade, que ultrapassa os limites da possibilidade de verificação através da metodologia científica⁵³. Coloca em questão o “que nos acontece além do nosso querer e fazer” (GADAMER, 2008, p. 14 e 16). Esse acontecer nos surpreende como uma experiência do real, como um percurso de reconhecimento da alteridade.

Penso ter demonstrado corretamente que esse compreender não compreende o tu, mas aquilo que este nos diz de verdadeiro. Com isso tenho em mente aquela verdade

⁵² Gadamer discorre sobre o fenômeno da compreensão e da interpretação a partir da experiência da arte, da ciência da história e do fenômeno da linguagem.

⁵³ Para Gadamer, a legitimação da experiência da verdade está relacionada ao fenômeno da compreensão, no amplo espectro da experiência humana do mundo e da vida.

que se revela a alguém somente através do tu, e somente pelo fato de permitir que esse outro lhe diga algo. [...] algo a nos ensinar, algo que nós, por conta própria, não conseguimos reconhecer [...] o ser não é experimentado onde algo pode ser construído e assim concebido por nós mesmos, mas lá onde aquilo que acontece pode ser simplesmente compreendido (GADAMER, 2008, p. 23).

A experiência de interação entre profissionais de saúde e pacientes estrangeiros pode ser considerada um *acontecimento* nesse sentido. O percurso apresentado através dos temas e categorias foi desencadeado a partir de um *acontecimento* importante: os primeiros contatos dos profissionais com os pacientes estrangeiros, que permaneceram na memória dos profissionais como uma experiência marcante, inesperada, um encontro com uma realidade até então desconhecida. Esse nos parece ser o significado da categoria **descobrimos os imigrantes**⁵⁴.

Assim, com nortistas você sempre trabalha, porque eu trabalhava em periferia, você sempre trabalhava, agora com migração, principalmente boliviana, é a primeira vez, [...] de início, assusta, depois você acaba aprendendo a se relacionar (E 3, profissional).

Um *acontecimento* que está além do “querer ou fazer” dos profissionais, que os surpreende. A pessoa do imigrante está ali, dizendo algo com sua presença. Algo da verdade pode ser revelado se lhe for permitido dizer algo, que não poderia ser construído somente por um dos interlocutores. Essa reflexão de Gadamer pode ajudar a olhar para a interação profissional de saúde – paciente estrangeiro em um contexto muito mais amplo do que um momento de assistência à saúde: de fato, é um encontro que pode significar muito mais para quem por ele se deixa questionar, mesmo na sua fugacidade.

O *acontecimento* do encontro com outra pessoa significa sempre encontrar uma outra perspectiva⁵⁵, ainda mais por se tratar de um estrangeiro. Na interação, não é o outro a ser compreendido (como se fosse assimilado), mas algo que comunica de si. Ao permitir que o

⁵⁴ Categoria parte do tema apresentado no item 7.3, **PERCEBENDO A INTERAÇÃO COMO PROCESSO**.

⁵⁵ Segundo o Interacionismo Simbólico, a perspectiva é um ponto de vista da realidade, com seus limites, porque ninguém consegue ver todos os aspectos de uma situação ao mesmo tempo.

outro se expresse, ao escutá-lo, é possível compreender algo, que passa de certo modo a ser parte de quem escuta, um encontro que transforma a própria pessoa: passa a compreender algo que agora faz parte de si mesma.

Desse modo, a presença do estrangeiro pode revelar algo sobre a verdade da própria pessoa humana, a quem se deixa questionar⁵⁶. Experiência essa que, conforme a revisão de literatura, não é só dos profissionais das regiões estudadas, mas de outras equipes no mundo, como em Roma e nos Estados Unidos.

Um processo de interação vivenciado como uma novidade contínua, mais de perguntas do que de respostas⁵⁷. Justamente, por abrir sempre novos horizontes. Permanecer nessa atitude de *abertura*, se por um lado pode levar a uma experiência autêntica enquanto pessoas, por outro exige ter que aceitar a desconfortável situação de não se agarrar às próprias visões parciais, deixando-se sempre novamente questionar e modificar, no fascinante percurso do conhecimento, da experiência da realidade, do encontro com o outro.

Na interação, se supostamente o entendimento seria mais imediato com um paciente nascido e crescido na mesma região do profissional, com um estrangeiro que não conhece nem mesmo a língua, o processo exige uma atenção maior.

Intuitivamente, se pensaria que a barreira a ser superada seria da língua e da cultura. De fato, nos primeiros contatos assim se deu, conforme o relato dos entrevistados. E para isso desenvolveram estratégias, apresentadas no tema **PROCURANDO COMUNICAR-SE**⁵⁸. Mas, atualmente, a percepção é outra. Falando sobre a experiência de interação, a língua e a

⁵⁶ Faz refletir sobre nossas semelhanças e diferenças, na nossa condição humana. Cada um de nós não é igual a nenhum outro, enquanto únicos e irrepetíveis, ao mesmo tempo que semelhante a alguns outros, com os quais partilhamos o idioma, a cultura, religião, e em outros aspectos semelhantes a todas as outras pessoas, por pertencer à humanidade, com a comum natureza humana. *Este homem* é a expressão de um universal no particular, na sua diferença e contexto limitado (PEROTTI, 2004). Reconhecer o outro como pessoa, é entrar em relação; aliás, uma das dimensões de toda pessoa humana: ser social, ser de relação.

⁵⁷ Aliás, o questionamento diz a *abertura*, segundo Gadamer.

⁵⁸ Tema desenvolvido no item 7.1.

cultura não são tão enfatizadas, apesar de perceberem a possibilidade de incompreensão⁵⁹, que gera insegurança para os profissionais e medo para os pacientes estrangeiros.

Como estratégias⁶⁰, os profissionais serviram-se tanto de procurar aprender a língua, palavras-chave, como também algo sobre a cultura de origem e contexto em que os estrangeiros vivem e trabalham na região, até contratar profissionais da mesma nacionalidade dos imigrantes. Passo esse considerado de fundamental importância, pois ter alguém como parte da equipe é diferente de um intérprete ou mediador, especificamente para tal atuação. Um integrante da equipe tem um determinado papel, de igual para igual, como os outros, colaborando direta ou indiretamente na interação profissional – paciente estrangeiro. Desse modo, toda a equipe, não somente o intérprete, precisa desenvolver estratégias de interação⁶¹, mais do que isso: a equipe vivencia internamente a interação entre pessoas de culturas diferentes.

A presença do profissional da mesma nacionalidade, normalmente o ACS boliviano, ainda provoca questionamentos: sua contratação parte da necessidade sentida pela equipe, mas de modo nenhum pode significar um critério de exclusão (as vagas são abertas a todos); deveriam ser destacados alguns para colaborar sempre na UBS, enquanto outros fariam as visitas? Deveriam fazer visitas nas regiões de maior presença de co-nacionais (vale ressaltar que alguns brasileiros resistem às visitas de ACS bolivianos)?⁶² Os próprios bolivianos preferem ser seguidos por co-nacionais ou por brasileiros? São questões que surgiram no decorrer da pesquisa, e que precisariam ser avaliadas e respondidas por cada equipe.

Puderam perceber, portanto, que não é somente (mesmo que importante) o conhecimento da língua e cultura a favorecer a interação. Foram identificadas algumas

⁵⁹ Relataram de modo semelhante aos “cinco níveis de confusão ou de incompreensão”, item 2.3.2 da revisão de literatura.

⁶⁰ Estratégias desenvolvidas na categoria **buscando estratégias**, do tema **PROCURANDO COMUNICAR-SE**, item 7.1.

⁶¹ Semelhante ao quanto descrito como mediação de sistema, no item 2.4.

⁶² Para algumas equipes de PSF, a escolha é buscar favorecer que o ACS boliviano atenda regiões de maior concentração de patrícios, outras equipes já contratam independente da região a ele atribuída.

características, definidas como o perfil do profissional, que favorecem a interação, as chamadas competências interpessoais. Nesse sentido, foi significativa a experiência vivida em uma das entrevistas: uma libanesa, a qual, apesar de viver há anos no Brasil, ainda não fala fluentemente o português. Esta dizia algumas expressões em árabe intercaladas com as frases em português. A ACS brasileira que nos colocou em contato e que permaneceu na sala durante a entrevista, a entendia, por acompanhá-la há tempo, entendia os gestos, conhecia a história que estava sendo contada pela senhora. Outra ACS, boliviana, disse ser procurada frequentemente por chineses na UBS. Segundo ela, entendem melhor o espanhol. É possível, mas também outros fatores poderiam ser considerados, sendo que ela mesma ressaltou a necessidade da paciência em buscar entender e fazer-se entender.

Se a língua e a cultura definem uma diferença, características essenciais da dimensão social da pessoa são reconhecidas e valorizadas por todos: muito enfatizada a paciência, sensibilidade, escuta, colocar-se no lugar do outro, ir ao encontro do outro na sua necessidade, auto-percepção.

A necessidade de sensibilidade e paciência foi lembrada tanto pelos pacientes quanto pelos ACS bolivianos. Os profissionais reconheceram, também, o que pode prejudicar a interação, descrito na categoria **sentindo-se pressionados**⁶³. Mesmo que os profissionais sejam qualificados, a demanda muito alta pode levar a um atendimento mecânico, além de outros fatores relacionados ao contexto, como estrutura física da unidade, falta de continuidade no tratamento a motivo da rotatividade dos latinos na região. **PERCEBEM A INTERAÇÃO COMO PROCESSO**⁶⁴, sendo que o fator tempo de interação é o grande diferencial.

Além da criação de *símbolos*⁶⁵ que possam ter significado para os dois interlocutores, gerando comunicação (verbal ou não-verbal), o tempo de interação possibilita a reflexão

⁶³ Categoria parte do tema **PERCEBENDO LIMITES**, item 7.2.

⁶⁴ Tema desenvolvido no item 7.3.

⁶⁵ Conceito significativo para o Interacionismo Simbólico, apresentado no item 5.1.1.

consciente do processo da interação⁶⁶. As entrevistas e observação do cotidiano nos fizeram perceber um fator significativo para a experiência do profissional, que se coloca na atitude de *abertura*: enquanto este tem tido contato frequente com os estrangeiros, desenvolvendo estratégias, a experiência da parte dos pacientes imigrantes considerados como um grupo é desigual, podendo ser identificadas várias etapas no processo de interação - alguns recém-chegados ao Brasil; outros há mais tempo, porém interagindo pouco com brasileiros e com o serviço de saúde; outros já avançados no processo de interação / integração. Assim, a interação normalmente exige muito mais a iniciativa do profissional, no momento exato em que acontece. Todavia, mesmo com a experiência, algumas situações de extrema gravidade e dificuldade de comunicação ainda geram conflito: a experiência não elimina a novidade de cada situação, do encontro com cada pessoa, *imprevisível*⁶⁷, que por vezes pode fazer sentir a necessidade de buscar novas estratégias, começar tudo de novo!

Essa ênfase na iniciativa por parte do profissional está relacionada com a categoria **pretendendo reciprocidade**⁶⁸, por esperar ver alguma participação por parte do paciente estrangeiro⁶⁹. Nessa interação, onde os interlocutores precisariam ser ativos para caracterizar a adesão, a possibilidade de transformação do processo saúde-doença, principalmente em se tratando de saúde coletiva, ao notar certa passividade, parece vislumbrar um fracasso. Porém, ainda que a situação ideal seja a participação ativa de todos, se por um lado permanece a questão cultural do significado da interação com um profissional de saúde para cada pessoa⁷⁰,

⁶⁶ Um percurso que vai desde o fechamento e recusa da diferença do outro, passando pela recusa da própria diferença, procurando modelar-se totalmente ao outro (podendo alternar-se, estas duas fases), até uma reformulação da própria identidade (MAZZETTI, 2000).

⁶⁷ Uma das idéias centrais do Interacionismo Simbólico, apresentada no item 5.1.

⁶⁸ Categoria do tema PROCURANDO COMUNICAR-SE, item 7.1.

⁶⁹ De certo modo, definindo como o outro “deveria ser ou agir”, cria-se uma imagem ideal e de certo modo causa uma desilusão pela não coincidência com as situações vividas, bloqueando, por vezes, a busca de estratégias na interação, quase não considerando o outro “merecedor” dos esforços. Em última análise, seria colocar uma condição para reconhecer a dignidade de pessoa humana, fazendo valer os direitos apenas a quem cumpre determinados deveres. Segundo nosso entendimento, um fator que influencia negativamente essa percepção da interação como falta de reciprocidade dos esforços, é a descontinuidade. Encontrando com frequência recém-chegados, da parte dos profissionais é sempre um começar de novo.

⁷⁰ Por exemplo, alguns bolivianos relataram que diante de um “doutor” a atitude é de respeito, na Bolívia não ousavam nem mesmo dirigir a palavra.

em cada contexto sócio-cultural, por outro pesa também a importância, como em qualquer ambiente e situação, apostar em uma mudança e empenhar-se em primeira pessoa, mesmo e principalmente em um contexto contrário, procurando despertar colaboração.

Os profissionais sentem a necessidade tanto de tempo para refletir sobre o quanto vivenciado - metas e estratégias, significados, contexto -, quanto de maior tempo de interação com os pacientes, para criar vínculo e possibilitar maior adesão.

Não podendo interferir diretamente nos fatores externos que interferem na interação, resta aos profissionais a criatividade de buscar estratégias no contexto que se encontram. Foi valorizada, desse modo, a dimensão social também enquanto trabalho de equipe, sendo as competências não apenas de um, mas como articulação de mais pessoas, como quando o profissional permanece em dúvida se o paciente compreendeu as orientações, não tendo condições de resolver na própria consulta, pede, por exemplo, ao ACS que vá visitá-lo em casa, ou o auxiliar de enfermagem retome as orientações e confirme a compreensão. Ações que podem inclusive ir além do exigido ao profissional, mas realizadas pela consciência da finalidade das ações de saúde:

A rigor, ela faltou na consulta, ela faltaria na próxima consulta, ela não faria o exame, mas para você fazer isso acontecer você vai precisar ter uma outra ação, vai precisar um esforço da unidade, porque a gente quer que aquela próxima consulta aconteça, que ela faça o exame, entendeu? Porque se for só na parte burocrática, teoricamente, fiz eu o meu papel, entendeu? [...] Eu finjo que faço consulta, você finge que veio... e nada vai acontecer! Essa é uma dificuldade (E 10, profissional).

Também os pacientes desenvolvem estratégias, indo eles mesmos tirar as dúvidas com outros familiares ou também com os ACS. O momento da consulta, de fato, não propicia um espaço de maiores esclarecimentos, de modo geral.

Além do trabalho em equipe, na unidade local, os profissionais sentem também a necessidade de se articular em rede, para buscar respostas às outras necessidades dos pacientes estrangeiros (além da assistência à saúde, no sentido restrito das ações realizadas

diretamente pela equipe). Os profissionais estão **percebendo limites no contexto**⁷¹, que dificulta o planejamento de ações, pela rotatividade dos latinos, condições de moradia e trabalho, que dificultam uma continuidade, estabelecimento de vínculo, processo de adesão, bem como estão **percebendo limites no conhecimento**⁷², percebendo a necessidade de conhecer a realidade com métodos apropriados, ou seja, a necessidade da pesquisa, da educação continuada⁷³. Referiam-se aos instrumentos que podem ser acionados pelos próprios profissionais da equipe, ainda que limitados pelas diversas atribuições. Podemos ir mais longe: seria um campo aberto para a colaboração com a universidade.

Nogueira et al., conforme trouxemos na introdução, chamam a atenção para a ausência de registros da demanda de estrangeiros, excluindo a possibilidade de um conhecimento mais adequado da realidade, permanecendo no âmbito das opiniões e impressões (NOGUEIRA; SIMIONATTO; SILVA, 2003; NOGUEIRA; DAL PRÁ; FERMIANO, 2007).

Os profissionais percebem, assim, a necessidade de um esforço intersetorial, porque a saúde, sozinha, não pode mudar as condições de vida, moradia e trabalho. Esse esforço tem sido feito por profissionais sensíveis a essa realidade, nos temas do direito, educação, saúde, trabalho⁷⁴.

A presença dos imigrantes tem provocado um questionamento sobre o princípio da universalidade do SUS. Os estrangeiros estariam ou não contemplados? Frente a essa situação, a escolha dos profissionais tem sido pela vida: interpretam a legislação a serviço da vida, da dignidade da pessoa. São sempre pessoas, independentemente de qual lado da fronteira nasceram.

⁷¹ Categoria parte do tema **PERCEBENDO LIMITES**, item 7.2.

⁷² Idem.

⁷³ Como um dos pilares das ações da equipe da Área Sanitária Cáritas Roma, provocados pelas informações infundadas, para “conhecer a realidade a partir de dentro” investiram na pesquisa formando um banco de dados para informações clínicas e sociais, estudaram estratégias de comunicação e relação, perfil epidemiológico, acompanhamento da legislação que regula direitos e deveres dos estrangeiros.

⁷⁴ “Rede imigrantes: que visibilidade queremos?”, ver introdução, página 19.

A escolha de atender a todos, na UBS ou através da busca ativa do PSF, inicialmente motivados pela preocupação com doenças como a tuberculose, provocou a aproximação dos profissionais de saúde à comunidade boliviana, de modo especial (comunidade mais numerosa nas regiões estudadas). Ainda que o acesso tenha sido garantido aos estrangeiros, ainda que os profissionais dos serviços de saúde dos bairros estudados considerem ter o dever de dar assistência a todos indiscriminadamente, as estratégias de enfrentamento dessa realidade ainda estão sendo construídas, como vimos nos resultados.

Não basta, de fato, um estar ao lado do outro, fisicamente. Na interação, “o que importa é experimentar o tu realmente como um tu, isto é, não passar ao largo de suas pretensões e permitir que ele nos diga algo. Para isso é necessário abertura.” (GADAMER, 2008, p. 471) A *abertura*⁷⁵ ao outro requer uma escolha, uma disponibilidade de “permitir que ele nos diga algo”. Aqui surge a diferença fundamental, segundo nossa interpretação, no modo como pode dar-se a interação profissional de saúde – paciente estrangeiro: quando existe a *abertura*, os interlocutores se colocam em jogo e investem suas competências, ou o oposto.

Alguns profissionais sensíveis com a situação dos imigrantes buscaram garantir os direitos dos estrangeiros, mas não é a mesma disponibilidade de todos. Em parte, a dificuldade em dar-se uma *abertura* pode estar relacionada a um conjunto de ideias que circulam nos serviços: não se consegue garantir atendimento nem mesmo para os brasileiros residentes nas áreas de abrangência, quanto mais aos estrangeiros; defende-se um controle mais rígido dos fluxos migratórios. Além da percepção da migração, principalmente boliviana, como sendo “de exploração”: sem o objetivo de permanecer por muito tempo, vêm para trabalhar, depois voltar para sua terra de origem e lá investir o quanto acumularam; percebe-se uma falta de comprometimento com a sociedade que os acolhe, um não

⁷⁵ A *abertura* se dá através da pergunta, desejar saber, reconhecer que não sabe. A arte de perguntar pressupõe a liberdade das opiniões vigentes (GADAMER, 2008, p. 477 – 478).

reconhecimento dos deveres. Essa é uma das bandeiras desses profissionais sensíveis a tal situação: promover a conscientização de ambas as partes, brasileiros e estrangeiros.

Desenvolver ou ativar estratégias vêm após a escolha de estar *aberto* ao outro, de reconhecer sua presença e sentir-se provocado a dar uma resposta: procurar comunicar-se, procurar aprender algumas palavras na outra língua, pedir ou não intérprete. Fazer uso das próprias competências, de certo modo, parece estar relacionado ao processo de *compreensão* da situação do outro.

Perceber o que pode contribuir ou obstacular o processo de compreensão, segundo Gadamer, é tarefa do esforço de explicitar, tornar conscientes as próprias opiniões, preconceitos. A experiência do “choque”, do mal-entendido, é como um alerta que faz perceber as diferenças no uso da linguagem, por exemplo, e que requer um esforço consciente para poder compreender, colher o sentido. Desse modo, o encontro com o estrangeiro pode provocar essa reflexão sobre o processo que acontece na interação, na busca da compreensão. E tal reflexão pode favorecer toda e qualquer relação interpessoal.

Além da discussão sobre a cidadania, da livre circulação de pessoas (GIOVANELLA et al, 2007; SÁNCHEZ, 2007; DAL PRÁ; MENDES; MIOTO, 2007) a partir do momento que se opta pelo livre acesso aos serviços básicos, o foco de discussão se desloca para a interação profissionais dos serviços – pacientes estrangeiros; surge a necessidade de trazer à tona a reflexão sobre os preconceitos.

A equipe dos serviços de saúde e os pacientes **reconhecem preconceitos, buscando estratégias**⁷⁶ diante dessa realidade. Como, por exemplo, ao relacionar o preconceito com o desconhecido, a estratégia seria promover o conhecimento da realidade: “Acho que é a partir do conhecimento que o preconceito vai se desfazendo” (E 4, profissional); “A gente continua com aquela luta de mostrar que o boliviano não é um extra-terrestre, é um ser humano como

⁷⁶ Categorias relativas ao tema **PERCEBENDO INTERAÇÃO COMO PROCESSO**, item 7.3.

qualquer um” (E 15, ACS boliviano); “não ver a gente como se fosse de outro mundo, de outro planeta” (E 16, paciente boliviano).

Os bolivianos com os quais entramos em contato sentem que a eles são dirigidas algumas atitudes agressivas (nos mais variados ambientes, não somente nos serviços de saúde), principalmente pela falta de paciência em deixá-los expressar o que desejam, logo sentem dizer que falam muito rápido, que precisam falar em português, que as pessoas não os entendem. Pelo aspecto físico, logo são reconhecidos como bolivianos e relacionados a toda uma imagem que foi criada sob essa denominação. Entre os profissionais de saúde, muito comum relacionar a eles a falta de higiene, alcoolismo, violência familiar, trabalho excessivo, más condições de moradia e trabalho, dificuldades de acompanhamento do pré-natal e planejamento familiar, alimentação desregrada, elevado índice de cárie. Desconfiam das reais dificuldades de comunicação e compreensão das orientações, ou um possível uso de suposta vulnerabilidade para conseguirem atendimento. Diante de tudo isso, pode-se perceber o peso da escolha de uma atitude de *abertura* diante da novidade de cada pessoa que se apresenta para ser atendida.

O reconhecimento social dos imigrantes depende da possibilidade de se desfazer a imagem negativa dos bolivianos, construída ao longo dos anos 90, como mostra Sidney da Silva, antropólogo:

Esses [os bolivianos] são associados com frequência ao trabalho escravo e ao tráfico de mão-de-obra para as oficinas de costura. Além dessa identificação negativa e que, às vezes, assume um caráter acusativo, eles têm que lidar com outros preconceitos decorrentes do desconhecimento de grande parte dos brasileiros de suas raízes étnicas e culturais. Para esses, eles são vistos como pessoas descendentes de “índios”, “pobres” e de “pouca cultura” (DA SILVA, 2006).

Também a prática abusiva por parte de responsáveis por algumas das oficinas de costura – e os que a eles se submetem –, acaba por tornar-se a imagem negativa atribuída a toda comunidade boliviana (DA SILVA, 2005).

É preciso lidar com esses preconceitos da sociedade local, os quais vêm à tona à medida que o grupo dos imigrados passa a disputar, com os nacionais, espaços no mercado de trabalho no bairro onde eles moram – sobretudo no que diz respeito aos serviços básicos de saúde e educação, nas instâncias de representação pública, e na dinâmica cultural da cidade. Em segundo lugar, a transposição de fronteiras geográficas implica, no limite, o desafio de ser aceito como cidadão pelo país de destino (DA SILVA, 2005).

Estudos recentes têm a preocupação em detectar formas sutis de preconceito, que convivem com as normas e pressões sociais, o “politicamente correto”. Tais estudos normalmente se referem ao preconceito ou racismo em relação aos negros e indígenas (SANTOS et al., 2006; KALCHMANN et al., 2007).

Os resultados de um estudo que pretendia observar a influência do contexto sobre o preconceito automático (sem a intenção consciente) contra os negros, mostram que uma possível estratégia de combate ao preconceito seria estimular as pessoas a refletirem sobre a igualdade nas relações sociais (integração, solidariedade, respeito das diferenças). Isso porque, em tal contexto, verificou-se que o preconceito automático era anulado, enquanto se manteve em um contexto marcado pela competição e pelo mérito (LIMA et al., 2006).

Criar esse ambiente que enfatize a igualdade, também nas unidades de serviço, seria favorável, uma vez que a frequente repetição de comentários degradantes sobre as características e condições de vida dos estrangeiros pode influenciar negativamente.

Em se tratando da interação entre pessoas, o preconceito impediria a *abertura* à totalidade daquilo que é o outro, enquanto pessoa, reduzindo a alguma dimensão. De fato, Machado (2009) apresentou, como desvios da ideia de pessoa, o individualismo, o conformismo, a mediocridade, a hipocrisia, a unidimensionalidade e o “bestismo”.

a) Individualismo seria aproximar a pessoa da ideia de indivíduo, pretendendo compreendê-la fora de sua rede de relações.

b) Conformismo seria abdicar das próprias ações e iniciativas por não acreditar em sua efetividade.

c) Mediocridade seria desconsiderar a vida humana como o desenvolvimento de uma trajetória de projetos, rumo a uma meta, buscando transcender a mera sobrevivência; mediocridade é considerar um meio como um fim.

d) Unidimensionalidade seria reduzir a riqueza e a complexidade do que é a pessoa a uma única dimensão ou qualidade. Por exemplo, quando nos referimos a alguém a partir de determinada característica. Como, no caso, o estrangeiro, o boliviano.

e) Hipocrisia estaria relacionada ao fingimento, à falsidade, à aparência, à falta de autenticidade; relativiza valores, vivendo de imagens: supervaloriza o “parecer”, não mais o “ter” nem o “ser”.

f) “Bestismo”, protagonismo a qualquer preço, busca desenfreada da afirmação pessoal (neologismo originado de “*the best*”⁷⁷).

Não reduzir a pessoa a uma dimensão, pressupõe de algum modo o conhecimento de quais seriam as dimensões que a compõem. Com Gadamer (2008), aprendemos que alguns conceitos podem conduzir a um conhecimento apropriado da realidade; outros preconceitos devem ser revistos. Portanto, se alguns conceitos prévios poderiam reduzir a pessoa na sua dignidade, outros poderiam auxiliar na sua compreensão. Como vimos anteriormente, a estratégia é explicitar, tornar consciente o processo de compreensão e interpretação.

Quando se ouve alguém ou quando se empreende uma leitura, não é necessário que se esqueçam todas as opiniões prévias sobre seu conteúdo e todas as opiniões próprias. O que se exige é simplesmente a abertura para a opinião do outro ou para a opinião do texto. Mas essa abertura implica sempre colocar a opinião do outro em alguma relação com o conjunto das opiniões próprias, ou que a gente se ponha em certa relação com elas. [...] Em princípio, quem quer compreender um texto deve estar disposto a deixar que este lhe diga alguma coisa. Por isso, uma consciência formada hermeneuticamente deve, desde o princípio, mostrar-se receptiva à alteridade do texto. Mas essa receptividade não pressupõe nem uma “neutralidade” com relação à coisa nem tampouco um anulamento de si mesma; implica antes uma

⁷⁷ Termo cunhado por Gardner (1993), trazido por Machado (2009).

destacada apropriação das opiniões prévias e preconceitos pessoais. O que importa é dar-se conta dos próprios pressupostos, a fim de que o próprio texto possa apresentar-se em sua alteridade, podendo assim confrontar sua verdade com as opiniões prévias pessoais (GADAMER, 2008, p. 358).

Essa abertura ao outro, esse percurso de compreensão, apresenta algumas características, segundo Gadamer:

a) regra hermenêutica: “compreender o todo a partir do individual e o individual a partir do todo” (GADAMER, 2008, p. 385);

b) o conceito de *horizonte*, apesar de trazido da fenomenologia de Husserl, é desenvolvido por Gadamer para indicar o âmbito de visão, limitado a partir de um determinado ponto. Quem tem um *horizonte* não supervaloriza o que está próximo, mas vê além disso, podendo atribuir o correto significado às coisas nesse campo de visão, “no que concerne a proximidade e distância, grandeza e pequenez” (GADAMER, 2008, p. 400).

c) a possibilidade de compreensão está relacionada à capacidade de colocar-se no lugar do outro, para conhecer seu *horizonte*⁷⁸, colocando em jogo também o próprio. Os dois interlocutores se colocam em jogo com seus *horizontes*, para que aconteça a compreensão⁷⁹, para que haja a *fusão de horizontes*.

O conceito de *fusão de horizontes*, que nos parece central para nosso estudo, traz consigo o questionamento se de fato existem horizontes diferentes. Gadamer acredita que o horizonte fechado de uma cultura é uma abstração. Considerar um outro *horizonte* é um momento da compreensão, destacando um horizonte distinto ao perceber sua alteridade⁸⁰, honestamente não anulando a tensão de modo ingênuo, mas percorrer o processo de

⁷⁸ O Interacionismo Simbólico traz o conceito de perspectivas, como um ponto de vista da realidade, considerando que a realidade existe *out there*, mas cada um a percebe de modo único e original, como uma *realidade pessoal*. Sendo assim, estamos diante de uma realidade interpretada por várias *realidades pessoais*, dos profissionais de saúde e pacientes estrangeiros entrevistados (ver item 5.1).

⁷⁹ A convivência em um mundo de diferenças se dá com a necessária “tradução”, para favorecer o diálogo e a compreensão. “A possibilidade de universalismo está nesta capacidade comum de alcançar uma eficaz comunicação sem recorrer a significados e interpretações já partilhadas. A universalidade não é inimiga da diferença.” (BAUMAN, 2000, p. 202)

⁸⁰ Gadamer explica o conceito de *horizonte* a partir da compreensão da tradição.

compreensão de modo consciente. Mas, se a tradição da história de um povo, usada como exemplo por Gadamer, no processo se descobre em continuidade com o *horizonte* do presente, o mesmo poderia valer para as culturas diferentes.

Esse ato de deslocar-se não se dá por empatia de uma individualidade com outra, nem pela submissão do outro aos nossos próprios padrões. Antes, significa sempre uma ascensão a uma universalidade mais elevada que supera tanto nossa própria particularidade quanto a do outro. O conceito de horizonte torna-se interessante aqui porque expressa essa visão superior mais ampla que deve ter aquele que compreende. Ganhar um horizonte quer dizer sempre aprender a ver além do que está próximo e muito próximo, não para abstrair dele mas para ver melhor, em um todo mais amplo e com critérios mais justos.” (GADAMER, 2008, p. 403).

A *fusão de horizontes* poderia ser relacionada às categorias **construindo conhecimento**⁸¹, **buscando estratégias**⁸² diante do preconceito, ao tratar da busca do conhecimento, poderíamos dizer, do *horizonte* do outro. Os profissionais, narrando o processo de interação, demonstraram seguir esse percurso de construção a partir do colocar-se no lugar do outro, em buscar conhecer sua perspectiva, ouvindo ou o próprio paciente ou um colega de trabalho, ou o intérprete, ou mesmo a partir de outras fontes de informação, colocando-se também em jogo, ou seja, relacionando com o próprio horizonte, também de formação biomédica.

Como vimos anteriormente, a *fusão de horizontes* poderia ser o novo espaço onde entram o profissional de saúde e o paciente, em uma relação de igual para igual, onde o melhor guia são as palavras do paciente, a expressão do significado que confere às suas vivências, inclusive do processo saúde – doença, no qual o profissional vai interferir (LEININGER, 1991; GERACI; MAISANO; MAZZETTI, 2005; HELMAN, 2003).

Essa *abertura* pode ser bloqueada pelos preconceitos, que não permitiriam a expressão do outro; por isso os profissionais têm buscado estratégias, como já vimos. E sendo uma *fusão de horizontes*, a visão de mundo do profissional também faz parte, bem como a do

⁸¹ Parte do tema **PERCEBENDO PERSPECTIVAS DIFERENTES**, item 7.4.

⁸² Categoria desenvolvida no tema **PERCEBENDO INTERAÇÃO COMO PROCESSO**, item 7.3.

estrangeiro. Por exemplo, a comum afirmação que os bolivianos estariam acostumados com o tipo de trabalho e habitação coletiva em que vivem nas regiões cobertas pelas unidades, não foi confirmada pelos pacientes e Agentes Comunitários de Saúde, nas entrevistas ou conversas informais. De fato, declaravam ter condições diferentes na Bolívia, sendo que muitos são enganados pelos agentes de migração. Sobretudo incomoda o fato de morar todos juntos, com várias famílias, dentro do local de trabalho.

Não tendo a possibilidade de acesso gratuito aos serviços de saúde na Bolívia, também têm dificuldade em se adaptar às “rotinas” de um serviço de saúde pública.

Os coreanos, considerados de aproximação ainda mais difícil que os bolivianos, são ainda um mistério. Conversando informalmente com uma coreana de um serviço de assistência voluntária, esta dizia que seria muito difícil um coreano deixar um ACS entrar em sua casa, a motivo do medo. Principalmente os idosos (faixa que mais necessitaria dos serviços do PSF), porque têm o hábito de guardar dinheiro em casa, e muitos foram roubados por pessoas que encontraram modo de entrar nas casas. Segundo ela, deveriam buscar outras estratégias de aproximação. De fato, soubemos que alguns ACS, em uma das regiões estudadas, foram divulgar uma ação de saúde (campanha de vacinação) em lugares de concentração dos imigrantes coreanos.

Ao se deparar com uma diferença que provoca um “choque cultural”, os profissionais estão **buscando critérios**⁸³ para propor mudança de costume, categoria que traz as experiências e reflexões em situações nas quais os profissionais percebem um limite para a tolerância, buscando critérios para definir tal limite. Nos resultados, surgiram alguns critérios: percepção de um *risco evidente* para a saúde do paciente e um *problema de saúde pública*⁸⁴; poderíamos relacionar o primeiro com a percepção do valor da dignidade da pessoa humana, do valor de promover sua vida diante de um risco, ainda que ela mesma não tenha essa

⁸³ Categoria desenvolvida no tema **PERCEBENDO PERSPECTIVAS DIFERENTES**, item 7.4.

⁸⁴ *Percepção de um risco evidente e reconhecendo um problema de saúde pública* são subcategorias de **buscando critérios**, parte do tema **PERCEBENDO PERSPECTIVAS DIFERENTES**, item 7.4.

percepção; o segundo, algo que se torna um risco para a coletividade, para uma comunidade de pessoas; o bem de cada um, e o bem comum, inseparáveis.

Não se trata de uniformizar todas as culturas, nem mesmo respeitar todas indiscriminadamente, mas sim a busca de identificar alguns valores e direitos que sejam irrenunciáveis, que possam apontar para um critério comum de referência⁸⁵ (PALAZZANI, 2003; CORTINA, 2005). Existem várias teorias neste contexto: principialismo (propõe princípios de valor universal, cujo conteúdo seria elaborado por cada cultura e contexto⁸⁶); negociação (acordo entre indivíduos, sem fundamento absoluto de valores e direitos); objetivista (admite a existência e possibilidade de conhecimento da verdade objetiva).

A teoria objetivista afirma que o homem pode aproximar-se do conhecimento da verdade, através da fenomenologia da natureza humana, da pessoa, além das características específicas da cultura à qual pertence. “A diferença é pressuposto da igualdade: não existe igualdade sem diversidade entre os elementos comparados, mesmo tendo uma característica relevante semelhante (se não fossem diferentes, seriam idênticos, não iguais)”⁸⁷ (PALAZZANI, 2003, p. 37).

Nessa perspectiva, tolerância não significa somente o respeito pelas culturas, mas a condição que reconheça a dignidade humana, ainda que exprimindo em diferentes maneiras. Não se trata de etnocentrismo, por não julgar uma cultura do ponto de vista da outra, mas baseando-se em um critério comum: a dignidade da pessoa humana; justifica-se racionalmente a verdade do homem a partir do homem, buscando o que seja irrenunciável. O diálogo intercultural, assim, é uma busca ativa da verdade, que pode integrar, na abertura da dinâmica da busca, que leva sempre além (PALAZZANI, 2003).

⁸⁵ Seria a proposta do *transculturalismo*, em oposição ao etnocentrismo (absolutizando uma cultura em relação às outras) e ao relativismo.

⁸⁶ Aqui se insere a proposta de Leininger e dos seguidores de sua teoria, no nosso entendimento.

⁸⁷ Tradução da autora do texto original: “La differenza è presupposta dall’uguaglianza: non si dà uguaglianza se non c’è diversità tra gli elementi posti a confronto, pur avendo una caratteristica rilevante simile (se non fossero diversi, sarebbero identici, non uguali)”.

Mesmo ao falar da categoria dos direitos humanos, para que seja realmente uma referência universal, urge uma reflexão sobre o fundamento: qual antropologia⁸⁸? É preciso uma passagem da antropologia individualista à concepção personalista do homem. A pessoa como ser espiritual e corpóreo, como uma unidade, com suas dimensões, principalmente o fato de ser por constituição *aberto* aos outros e ao mundo, um ser de relações. A pessoa existe sempre dentro de uma cultura, mas não se reduz a ela. Além da cultura, há algo de universal e de permanente, critério de avaliação de todas as culturas. As diferenças culturais são parte da identidade subjetiva, mas têm origem em um dado ontológico comum a todas as pessoas (PIANA, 2008).

Portanto, é importante a busca da verdade do homem. Vendemiati (2008) questiona a substituição da verdade com o consenso, fruto do secularismo radical. Afirma a necessidade de a ética valorizar as grandes tradições religiosas, como horizonte interpretativo universal, que podem dar um sentido último à vida e à morte, em diálogo com a busca racional.

Dizer que nossa consciência é condicionada, que ninguém pode conhecer a Verdade absoluta, que existem vários pontos de vista sobre o mesmo argumento, apesar de parecer desvalorizar o pensamento, pode ser interpretado ao inverso: afirmar que nosso modo de conhecer é condicionado, é possível apenas ao ter acesso ao incondicionado, mesmo que como uma larva. A razão, de fato, é capaz de perceber o quão pouco sabe. Lembrando a hermenêutica de Gadamer, relacionando nossa visão a um horizonte, a razão demonstra saber que existe algo mais amplo, além do conhecido, uma verdade universal (VENDEMIATI, 2008).

Seriam essas considerações pouco práticas? Procuramos mostrar as questões que podem bloquear o colocar-se em jogo por parte dos profissionais, a busca criativa de

⁸⁸ Recordando a proposta do Personalismo Ontologicamente Fundado, através do conceito ontológico de pessoa, os direitos são universais, ou seja, valem para todas as pessoas, e incondicionais, em qualquer condição. Para quem se serve do conceito de “existência humana”, a ênfase é dada para as circunstâncias em que a pessoa vive, definindo algumas condições a serem satisfeitas para ser “pessoa humana” (RAMOS; SILVA; CALDATO, 2009).

estratégias diante do desafio da interação com o diferente: o estrangeiro. O que fazer, concretamente, quais estratégias? Pareceu-nos perceber que os profissionais são capazes de definir. A possibilidade de efetivar o que definem como prioridades depende muitas vezes de instâncias superiores, no que tange por exemplo a estrutura física da unidade de serviço, ou a contratação de recursos humanos.

Tantos passos já foram dados, dignos de reconhecimento. Contudo, as equipes dos serviços de saúde ainda precisam refletir, não estão consolidadas as estratégias. Há quem tenha demonstrado, nas entrevistas e conversas informais, a percepção da necessidade de formação nesse âmbito, de interação com estrangeiros. A nosso ver, seria importante retomar um espaço de debates, de reflexões sobre a experiência de cada profissional, na variedade que existe inclusive entre os membros de cada equipe, alguns mais interessados em buscar conhecimento, outros menos. Oferecer a disponibilidade de material formativo⁸⁹ e pessoal qualificado⁹⁰ para colaborar no processo de conhecimento da realidade, de planejamento de ações.

Espaço para refletir, valorizar as tentativas já realizadas, apoiar e subsidiar as iniciativas dos profissionais, promover eventos onde possam compartilhar as várias experiências. Não os deixar sozinhos nesse desafio.

Alguns profissionais estão **percebendo limites em si mesmos**⁹¹, ou seja, estão percebendo a si mesmos no processo da interação como uma experiência de angústia, desespero, stress, frustração, por não conseguir controlar ou encontrar soluções para tuberculose, violência doméstica, pela falta de controle dos fatores do contexto, pela pressão

⁸⁹ Considerando o que tivemos acesso na elaboração dessa tese, proporíamos como possível material para o debate entre os profissionais o quanto apresentado no item 2.3, a experiência da Área Sanitária Cáritas Roma, por trazer subsídios importantes principalmente como chaves de interpretação da realidade. Existem, também, contribuições mais sistemáticas, apresentadas de modo mais objetivo, principalmente quanto às estratégias usadas na interação, elaboradas pelos estudiosos da teoria de Leininger, ou roteiros-guia para os profissionais usarem nas consultas a fim de conhecerem o significado pessoal e social do processo saúde-doença (KLEINMAN *apud* HELMAN, 2003, p. 117ss).

⁹⁰ Alguns profissionais demonstraram interesse e necessidade em serem ajudados por especialistas de áreas como antropologia, outros na questão dos direitos e deveres dos estrangeiros, por exemplo.

⁹¹ Categoria desenvolvida no tema **PERCEBENDO LIMITES**, item 7.2.

da demanda, pela dificuldade de planejamento e continuidade. A ação intersetorial pode ser uma ajuda, ainda que a longo prazo. Uma “chave de leitura” já foi encontrada por alguns: “a gente não pode ficar sem ver a pessoa, o ser humano” (E 2, profissional). A partir dessa chave, muito já se tentou. Que tantos outros possam se colocar ao lado dessas equipes, disponibilizando seus conhecimentos na área da pesquisa, das migrações, das estratégias.

Não podemos deixar de ressaltar o que significa dentro do SUS o desenvolvimento das citadas estratégias de interação com os estrangeiros, principalmente por parte dos profissionais. É proposta do SUS que os profissionais sejam co-gestores do processo de trabalho, com condições dignas e que possibilitem a criação de novas ações. As ações nascem de uma troca de saberes, entre os profissionais e pacientes, familiares, na equipe, construindo e atuando propostas (BRASIL, 2004).

Esse espaço de protagonismo e valorização das ações dos profissionais, junto à ação em rede intersetorial, é de fundamental importância para que possam surgir respostas adequadas ao contexto, no caso específico de nossa pesquisa, considerando a presença dos imigrantes. Nosso estudo quer contribuir para tornar visível algumas dessas iniciativas, desenvolvidas pelas equipes das UBSs – PSF do Brás, Bom Retiro e Pari.

De fato, essas unidades de serviço têm sido, para alguns dos estrangeiros, o único espaço de convivência com brasileiros ou outras nacionalidades. Espaço de descoberta de algo sobre a própria humanidade, de um horizonte mais amplo.

O caminho da saúde é o caminho da aceitação, né? Você oferecer a saúde indiscriminadamente. Esse é o caminho. Por isso, é inegável que isso aqui é um espaço de convivência. Pelo sim pelo não, eles vão estar ouvindo alguém falar o português, e em outros idiomas, o grosso vai ser o português porque nós estamos no Brasil, né? Mas... pelo sim pelo não é um espaço de convivência. É um espaço que favorece a integração, vamos dizer que não vai ter aquela integração maciça, aquela coisa né, de você ficar 24 h por dia escutando programa brasileiro, conversando com brasileiro, vivendo dentro da casa do brasileiro, entretanto, é um espaço de integração (E 2, profissional).

E para quem aceita a aventura cotidiana da interação, nossa admiração e agradecimento! Assumindo em primeira pessoa os passos necessários para ir ao encontro do outro, vivendo a *abertura*, começando em si a transformação desejada.

9 CONCLUSÃO

Nosso estudo se insere em um contexto bem mais amplo e complexo, de dimensões mundiais. De fato, as migrações internacionais estão sujeitas a forças de atração e expulsão, fortemente influenciadas por fatores econômicos, pelas políticas nacionais e acordos entre os países. Toca, ainda, a questão da cidadania social, dos direitos básicos, como o direito à saúde, garantido não apenas aos cidadãos de um Estado, mas a partir do reconhecimento da dignidade da pessoa humana.

O recorte de nosso estudo, nesse contexto, limita o tema em uma específica interação: entre o profissional de saúde e o paciente estrangeiro, em um serviço de atenção básica. Mesmo não podendo interferir diretamente nas questões internacionais ou mesmo de ordem nacional, nas diversas instâncias de governo (ainda que seja importante buscar uma participação), o que está diretamente ao alcance do profissional e o que nos propusemos a enfrentar como tema é o modo como interagir com o paciente em uma condição na qual se reforça a diferença: o estrangeiro.

Na busca de compreender o processo de interação profissional – paciente estrangeiro, percebemos que o percurso se deu a partir de uma escolha, que se tornou uma posição assumida pela Secretaria Municipal de Saúde: atender a todos indiscriminadamente; e de um acontecimento, em âmbito mais pessoal: o encontro face a face com os imigrantes.

Surge, então, a questão bioética: reconhecer o estrangeiro como pessoa humana. *Reconhecer*, palavra densa de significado. Ser ou não pessoa humana de fato não depende do reconhecimento, todavia a possibilidade de relação sim. Na perspectiva dos profissionais, o modo como compreendem o outro, o usuário / paciente estrangeiro, parece determinar a *abertura* na interação face a face, a disponibilidade de buscar estratégias.

Nesse processo surgem muitas angústias, frustrações, questionamentos, junto a estratégias bem sucedidas e projetos em gestação. O protagonismo das equipes dos serviços de saúde tem sido e poderia ser ainda mais incentivado, apoiado, subsidiado inclusive pela Academia, através da pesquisa e formação permanente.

REFERÊNCIAS¹

Bauman Z. La solitudine del cittadino globale. Milano: Feltrinelli; 2000.

Beach et al. Relationship-centered care: a constructive reframing. J Gen Intern Med 2006;21:S3-8.

Blumer H. Symbolic Interactionism. Perspective and Method. New Jersey: Prentice-Hall; 1969.

Bonassi M. Canta América sem fronteiras! Imigrantes latino-americanos no Brasil. São Paulo: Loyola; 2000.

Braga EM. Competência em comunicação: uma ponte entre o aprendizado e o ensino de Enfermagem [Tese de Doutorado] São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização. A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. Disponível em: URL: <http://www.saude.gov.br/humanizasus> [2009 mar. 20]

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. 4^a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. Disponível em: URL: <http://www.saude.gov.br/dab> [2009 abr. 16]

Bruno T. Pastoral quer dar voz aos imigrantes de todo o mundo. Oboré 2003 mar.13 Disponível em: <http://www.obore.com.br> [2006 jun. 22]

Canesqui AM. Os estudos de antropologia da saúde/doença no Brasil na década de 1990. Ciên Saúde Coletiva 2003;8(1):109-24.

Carmo M. Cresce o número de imigrantes em busca do ‘sonho brasileiro’. 2008 mar. 27 Disponível em: URL: <http://www.bbcbrasil.com> [2009 mar. 22]

Charmaz K. Grounded theory. Objectivist and constructivist methods. In: Denzin NK, Lincoln IS, editors. Handbook of qualitative research. 2nd ed. Thousand Oaks: Sage; 2000. p. 509-22.

¹ De acordo com Estilo Vancouver. Abreviatura de periódicos segundo base de dados MEDLINE.

Charon JM. Symbolic interactionism. 3rd ed. New Jersey: Prentice Hall;1989.

Chubaci RYS, Merighi MAB. A comunicação no processo da hospitalização do imigrante japonês. *Rev Latino-am Enfer* 2002;10(6):805-12.

Colasanti R, Geraci S. I livelli di incomprensione medico – paziente migrante. In: Geraci S, organizador. *Approcci transculturali per la promozione della salute: argomenti di medicina delle migrazioni*. 2^a ed. Roma: Anterem; 2000. p. 213-20.

Cooper LA, Beach MC, Johnson RL, Inui TS. Delving below the surface. Understanding how race and ethnicity influence relationships in health care. *J Gen Intern Med* 2006;21:S21-S7.

CPI – Trabalho Escravo. Câmara Municipal de São Paulo. Relatório Final. Processo nº 0024/2005: Comissão Parlamentar de Inquérito para Apurar a Exploração de Trabalho Análogo ao de Escravo nas Empresas, Regular ou Irregularmente Instaladas em São Paulo. Publicado em fevereiro de 2006. Disponível em: URL: http://www.camara.sp.gov.br/central_de_arquivos/vereadores/CPI-TrabalhoEscravo.pdf [2008 out. 28]

Cortina A. Cidadãos do mundo. Para uma teoria da cidadania. Trad. de Silvana Cobucci Leite. São Paulo: Loyola; 2005.

Cymbalista R, Xavier IR. A comunidade boliviana em São Paulo: definindo padrões de territorialidade. In: *Cadernos Metrópole / Observatório das Metrópoles*. n 17. São Paulo: EDUC; 2007. p. 119-33.

Dal Prá KR, Mendes JMR, Mioto RCT. O desafio da integração social no MERCOSUL: uma discussão sobre a cidadania e o direito à saúde. *Cad Saúde Pública* 2007;23(Suppl 2):S164-S73.

Da Silva S. A migração dos símbolos: diálogo intercultural e processos identitários entre os bolivianos em São Paulo. *São Paulo Perspec* 2005;19(3):77-83.

Da Silva S. Bolivianos em São Paulo: entre o sonho e a realidade. *Estudos Avançados* 2006;20(57):157-69.

De Leo A. La mediazione culturale e i mediatori. In: Compagnoni F, D'Agostino F, editores. *Dinamiche multiculturali e servizi sociosanitari in Italia*. Bioetica, Diritti Umani e Multietnicità. Milano: San Paolo; 2003. cap. 4, p. 83-112.

Duarte LFD, Leal OF, organizadores. Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998.

Efe, Roma. Médicos na Itália podem delatar ilegais. O Estado de São Paulo [periódico online]; 2009 fev. 06. Disponível em: URL: <http://www.estadao.com.br> [2009 mar. 18]

El-Hamad I, Scarcella C, Pezzoli MC, Scolari C, Geraci S. Untori o unti: focus su malattie infettive e migrazione. Migrazione, salute, cultura, diritti. Um lessico per capire. Studi Emigrazione CSER 2005;42(157):133-51.

Estatuto do Estrangeiro. Lei nº 6.815, de 19/08/80. Disponível em: URL: <http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual> [2009 mar.18]

Fontanella BJB, Campos CJG, Turato ER. Coleta de dados na pesquisa clínico-qualitativa: uso de entrevistas não-dirigidas de questões abertas por profissionais da saúde. Rev Latino-am Enfer 2006;14(5). Disponível em: URL: <http://www.eerp.usp.br/rlae> [2007 ago. 15]

Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad Saúde Pública 2008;24(1):17-27.

Gadamer HG. Verdade e método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. 9ª ed. Trad. de Flávio Paulo Meurer. Revisão da trad. de Enio Paulo Giachini. Petrópolis: Vozes, Bragança Paulista, SP: Editora Universitária São Francisco; 2008.

Gaeta R. Projeto somos hermanos. Travessias na desordem global. Fórum Social das Migrações. São Paulo: Paulinas; 2005. p. 337-48.

Garcia R. Tuberculose entre latino-americanos mobiliza Secretaria da Saúde. Oboré. 2003 mar. 18. Disponível em: URL: <http://www.obore.com.br/aconteceIntegra.asp?cd=277> [2006 jun. 22].

George JB. Madeleine M. Leininger. In: George J e colaboradores. Teorias de Enfermagem: os fundamentos à prática profissional. 4ª ed. Trad. de Ana Maria Vasconcellos Thorell. Porto Alegre: Artmed; 2000. cap. 21, p. 297-309.

Geraci S. Salute senza esclusione. Roma Caritas 1. Bimestrale Caritas di Roma 2002;1(3):3-6.

Geraci S, Maisano B, Mazzetti M, organizadores. Migrazione, salute, cultura, diritti. Um lessico per capire. Studi Emigrazione. CSER 2005;42(157).

Geraci S, Marceca M, Mazzetti M. Itinerari formativi sulla medicina delle migrazioni. Note a margine di una decennale esperienza. In: Geraci S, Maisano B, Mazzetti M. Migrazione, salute, cultura, diritti. Un lessico per capire. Studi Emigrazione. CSER 2005;42(157):105-16.

Giacca F. L'interazionismo simbolico. Una riflessione sull'analisi qualitativa e le sue applicazioni nello studio della devianza minorile. Rivista Elettronica di Scienze Umane e Sociali 2004;2(4) Disponível em: URL: <http://www.analisiqualitativa.com/magma> [2009 mar. 19]

Giovanella L, Guimarães L, Nogueira VMR, Lobato LVC, Damacena GN. Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do MERCUSUL na perspectiva dos secretários municipais de saúde. Cad Saúde Pública 2007;23(Supl 2):S251-S66.

Glaser BG, Halton J. Remodeling Grounded Theory. Forum: Qualitative Social Research FQS 2004;5(2) Disponível em: URL: <http://www.qualitative-research.net> [2009 mar. 19]

Glaser BG, Strauss AL. The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research. New York: Aldine de Gruyter;1967.

Gualda DM, Bergamasco RB. Processo Saúde – Doença: evolução de um conceito. In: Gualda DM, Bergamasco RB, organizadoras. Enfermagem, cultura e o processo saúde-doença. São Paulo: Ícone; 2004. p. 25-37.

Gusmão JL, Mion Júnior D. Adesão ao tratamento – conceitos. Rev Bras Hipertens 2006;13(1):23-5.

Helman C. Cultura, saúde & doença. 4ª ed. Trad. de Cláudia Buchweitz e Pedro M. Garcez. Porto Alegre: Artmed; 2003.

Houaiss A. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva; 2007.

Kalchmann S, Santos CG, Batista LE, Cruz VM. Racismo Institucional: um desafio para a equidade no SUS? Saúde Soc São Paulo 2007;16(2):146-55.

Langdon EJ, Diehl EE, Wiik FB, Dias-Scopel RP. A participação dos agentes indígenas de saúde nos serviços de atenção à saúde: a experiência em Santa Catarina, Brasil. Cad Saúde Pública 2006;22(12):2637-46.

Leininger M, editora. Culture care diversity and universality: a Theory of Nursing. New York: National League for Nursing Press; 1991

Leininger M, editora. Care, the essence of Nursing and health. Detroit: Wayne State University Press; 1998.

Leininger M, McFarland MR. Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research and Practice. 3ª ed. McGraw-Hill Companies; 2002. p. 80-84, 271-83.

Lima MEO, Machado C, Ávila J, Lima C, Vala J. Normas sociais e preconceitos: o impacto da igualdade e da competição no preconceito automático contra os negros. Psicologia: Reflexão Crítica 2006;19(2):309-19.

Lipsman N, Skanda A, Kimmelman J, Bernstein M. The attitudes of brain cancer patients and their caregivers towards death and dying: a qualitative study. BMC Palliative Care. 2007. Disponível em: URL: <http://www.biomedcentral.com/1472-684X/6/7> [2008 julho 14]

Lopes F. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. Cad Saúde Pública 2005;21(5):1595-601.

Machado NJ. Conhecimento e valor. São Paulo: Moderna; 2004.

Machado NJ. Seis desvios da idéia de pessoa. In: Educação: competência e qualidade. São Paulo: Escrituras Editora; 2009. cap. 4, p. 161-81. [Coleção Ensaio Transversais, n. 37].

Maisano B. La mediazione come relazione di un corpo. In: Geraci S, organizador. Approcci transculturali per la promozione della salute: argomenti di medicina delle migrazioni. 2ª ed. Roma: Anterem; 2000. p. 244-56.

Maisano B. La medicina transculturale sarà la medicina. Nuovi percorsi interculturali in sanità. Migrazione, salute, cultura, diritti. Um lessico per capire. Studi Emigrazione CSER 2005;42(157):75-85.

Marshall C, Rossman G. Designing qualitative research. Newbury Park: Sage Publication; 1989.

Mazzetti M. Come curare il paziente immigrato? I percorsi della relazione terapeutica. In: Geraci S, organizador. *Approcci transculturali per la promozione della salute: argomenti di medicina delle migrazioni*. 2^a ed. Roma: Anterem; 2000a. p. 221-30.

Mazzetti M. Il dialogo transculturale in medicina. In: Geraci S, organizador. *Approcci transculturali per la promozione della salute: argomenti di medicina delle migrazioni*. 2^a ed. Roma: Anterem; 2000b. p. 231-43.

Mazzetti M. *Il dialogo transculturale: manuale per operatori sanitari e altre professioni d'aiuto*. Roma: Carocci; 2003.

Mazzetti M. Migrazioni, cultura e salute. In: Geraci S, Maisano B, Mazzetti M, organizadores. *Migrazione, salute, cultura, diritti. Um lessico per capire*. Studi Emigrazione. CSER 2005;42(157):117-23.

Mead GH. *Mind, Self and Society*. Chicago: University of Chicago Press; 1932.

Mele V, Pennacchini M. Elementi di bioetica transculturale. In: Sgreccia E, Spagnolo AG, Di Pietro ML, organizadores. *Bioetica. Manuale per i Diplomi Universitari della Sanità*. Milano: Vita e Pensiero; 2002. cap. 11, p. 169-87.

Mercosul. MERCOSUL/XXVIII SGT N° 11/P.RES. N° 01/07. Pauta Negociadora do SGT n° 11 “saúde”. 2007. Disponível em: www.mercosul.int [2008 jun. 20]

Minayo MC. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 9^a ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 2006.

Minayo MC, organizadora. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 21^a ed. Petrópolis: Vozes; 2002.

Ministério da Saúde. *SIS FRONTEIRAS: Sistema Integrado de Saúde nas Fronteiras*. [2009?] Disponível em: <http://www.portal.saude.gov.br> [2009 mar. 20]

Moser A, Bruggen H, Widdershoven G, Spreeuwenberg C. Self-management of type 2 diabetes mellitus: a qualitative investigation from the perspective of participants in a nurse-led, shared-care programme in the Netherlands. *BMC Public Health*. 2008. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/8/91> [2008 julho 14]

Morse JM, Richards L. *Readme first for a user's guide to qualitative methods*. Thousand Oaks, California: Sage; 2002.

Nogueira-Martins MCF. Humanização das relações assistenciais: a formação do profissional de saúde. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.

Nogueira VMR, Dal Pra KR, Fermiano S. A diversidade ética e política na garantia e fruição do direito à saúde nos municípios brasileiros da linha de fronteira do MERCOSUL. *Cad Saúde Pública* 2007;23(Suppl 2):S227-S36.

Nogueira VMR, Simionatto I, Silva MG. Fronteira Mercosul – processos de Inclusão/exclusão no Sistema Único de Saúde brasileiro. *Serviço Social Rev* 2003;6(1). Disponível em: <http://www.ssrevista.uel.br> [2008 junho 3]

Oliveira FA. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. *Interface Comunic Saúde Educ* 2002;6(10):63-74.

Pacquiao DF. Cultural competence in ethical decision-making. In: Andrews M, Joyceen SB, editores; Carr TJ, editor canadense. 4^a ed. *Trasncultural concepts in nursing care*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002. cap. 15, p. 503-32.

Palazzani L. Problemi bioetici e biogiuridici nella società multietnica. In: Compagnoni F, D'Agostino F. *Il confronto interculturale: dibattiti bioetici e pratiche giuridiche*. Bioetica, diritti umani e multietnicità. Milano: Edizioni San Paolo; 2003. cap. 1, p. 11-42.

Perotti A. Diritto alla diversità culturale e diritto alla somiglianza universale: componenti indivisibili dei diritti umani. In: Battistella G, organizador. *Migrazioni e diritti umani*. Roma: Urbaniana University Press; 2004. p. 49-78. [Quaderni SIMI, n. 1].

Pessini L, Barchifontaine CP. *Problemas atuais de bioética*. 6^a ed. São Paulo: Loyola; 2002.

Piana G. Dai diritti dei singoli ai diritti delle culture. In: Battistella G, organizador. *Migrazioni e questioni etiche*. Roma: Urbaniana University Press; 2008. p. 121-32. [Quaderni SIMI, n. 6].

Ramos DLP, Silva MMP, Caldato MCF. A pessoa e a vida humana: um fundamento para a Bioética. In: Ramos DLP, organizador. *Bioética: pessoa e Vida*. São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora, 2009. cap. 2, p. 39-55.

Roma Caritas 4. Bimestrale Caritas di Roma. La salute nella valigia: 20 anni di Medicina Transculturale. 2003;4(4).

Sánchez DM. Processos de integración en salud: una reflexión sobre los desafíos del MERCOSUR en salud. *Cad Saúde Pública* 2007;23(Suppl 2):S155-S63.

Santos WS, Gouveia VV, Nava SMS, Pimentel CE, Gusmão EES. Escala de racismo moderno: adaptação ao contexto brasileiro. *Psicologia em estudo*, Maringá 2006;11(3):637-45.

Schneider N, Dierks ML, Seidel G, Schwartz FW. The federal government commissioner for patient issues in Germany: initial analysis of the user inquiries. *BMC Health Services Research*. 2007. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/7/24> [2008 julho 10]

Sgreccia E. Manual de Bioética. I - Fundamentos e ética biomédica. 2ª ed. Trad. de Orlando Soares Moreira. São Paulo: Loyola; 2002.

Silva ECC. Andare verso. *Sulle strade dell'esodo* 2003;28(6):21-3.

Silva MJP. Comunicação tem remédio. A comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Loyola; 2002.

Silveira LMC, Ribeiro VMB. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes. *Interface Comunic Saúde Educ* 2004/2005;9(16):91-104.

Strauss A, Corbin J. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2ª ed. Trad. de Luciane Oliveira da Rocha. Porto Alegre: Artmed; 2008.

Taylor C. El multiculturalismo y “la política del reconocimiento”. Trad. Mónica Utrilla de Neira. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica; 1993. p. 43-107.

Tresolini CP and the Pew-Fetzer Task Force. Health Professions Education and Relationship-centered Care. San Francisco, CA: Pew Health Professions Commission; 1994. Disponível em: URL: <http://www.fetzer.org/rcc> [2006 out. 20]

Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev Saúde Pública* 2005;39(3):507-14.

Vendemiati A. La specificità bio-etica. Soveria Manelli: Rubettino; 2002.

Vendemiati A. Migrazioni, globalizzazione e pluralismo etico. In: Battistella G, organizador. Migrazioni e questioni etiche. Roma: Urbaniana University Press; 2008. p. 135-48. [Quaderni SIMI, n. 6].

Yen IH, Stewart AL, Scherzer T, Pérez-Stable EJ. Older adults' perspectives on key domains of childhood social and economic experiences and opportunities: a first step to creating a multidimensional measure. Epidemiologic Perspectives & Innovations. 2007. Disponível em: URL: <http://www.epi-perspectives.com/content/4/1/14>. [2008 jul. 5]

ANEXO A – Guia de serviços

Saúde - São Paulo Capital

Para o tratamento de doenças, orientação para a prevenção de enfermidades, planejamento familiar, distribuição gratuita de medicamentos, vacinas e preservativos, orientação para controle de roedores, insetos, pombas e outros animais, existe no Brasil um Sistema de Saúde chamado - **Sistema Único de Saúde - SUS**.

- Todos os seus serviços são gratuitos
- Não existe discriminação
- Todos têm direito ao uso de todos os serviços
- Pode ser usado independentemente de qualquer situação de relação de trabalho
- A finalidade é de promoção e recuperação de saúde
- Não há exigências do CPF

Como encontrar

Procure o local de atendimento mais próximo de sua casa, ligue gratuitamente para 156 ou acesse o site: <http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude>

Horários de funcionamento - São Paulo Capital

Unidades de Saúde - segunda a sexta feira das 7 às 17 horas.

Urgências nos Hospitais (todos os dias – manhã e noite)

Serviço Público de Remoção de Doentes
(ambulância) ligação gratuita -192

Cuidados com a saúde

Você está num país tropical com clima que pode ser diferente do seu país de origem por tanto:

- Tome muito líquido diariamente, não esqueça de oferecer também para as crianças.
- Evite consumir frituras e doces diariamente, substitua por assados, grelhados e consuma mais legumes, verduras e frutas.
- Cuidados diários com a higiene, como banhos são necessários para sua saúde e de suas crianças lembre-se, você está vivendo num país tropical!
- As crianças necessitam estar com a vacinação em dia e o trabalho infantil no Brasil é proibido, lugar de criança é na escola!
- Mulheres grávidas têm o direito e necessitam acompanhar toda gestação nas unidades de saúde, o chamado pré-natal, estes atendimentos irão beneficiar você e seu bebê não falte nas consultas! Atenção no Brasil o aborto é crime!
- Caso algum trabalhador tenha tosse persistente por três semanas procurar Unidade Básica de Saúde mais próxima (UBS).

Extraído do “Guia de Serviços”

Disponível em: URL:

<http://www.projetofabrica.com.br/i-migrantes/guia-de-servicos.htm>

ANEXO B – TCLE profissionais

Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do estudo: Contribuição do modelo da Medicina Transcultural na humanização da relação terapêutica em uma realidade brasileira

Pesquisador responsável: Elaine Cristina Camillo da Silva

Instituição/Departamento: Faculdade de odontologia USP / Odontologia Social

Telefone para contato: 3091-7891

e-mail: elainecris@usp.br

Local da coleta de dados:

☐ UBS Brás	☐ UBS Belenzinho
☐ UBS Pari	☐ Centro de Saúde Escola
☐ UBS Bom Retiro	

Prezado(a) Senhor(a):

- O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa, através de uma entrevista e de um grupo focal (de discussão) de forma totalmente **voluntária**.
- Antes de concordar em participar desta pesquisa, é muito importante que o(a) senhor(a) compreenda as informações e instruções contidas neste documento.
- Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes que se decida a participar.
- O(a) senhor(a) tem o direito de **desistir** de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade.

Estamos realizando uma pesquisa, na qual estudaremos a relação entre os profissionais de saúde e os pacientes, quando pertencentes a culturas diferentes, com suas línguas, costumes, etc.

Queremos conhecer melhor esta realidade, através de vocês, profissionais e usuários, que a vivem diretamente, para juntos podermos fazer propostas a fim de melhorar a qualidade do atendimento.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em uma entrevista, de duração de uma hora a uma hora e meia, na qual será pedido que fale sobre a experiência em atender pessoas de culturas diferentes. A entrevista será gravada. Além da

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas
Área de Concentração em Odontologia Social

entrevista, o (a) senhor(a) será convidado a participar de um "grupo focal", com outros profissionais, na própria Unidade Básica de Saúde, para discutir sobre um texto que trata da questão do tratamento de pessoas de culturas diferentes (Medicina transcultural); a discussão também será gravada. As gravações serão transcritas, e se o(a) senhor(a) desejar ver o texto, a pesquisadora poderá disponibilizar. O texto final do estudo será entregue à Unidade Básica de Saúde, e o(a) senhor(a) poderá ter acesso.

Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, sem benefício direto para o(a) senhor(a).

Participar da entrevista e do grupo não representará qualquer risco de ordem física ou psicológica o(a) senhor(a), a não ser a lembrança das experiências. Se, contudo, algum tema ou pergunta provocar algum constrangimento, tem total liberdade de se negar a responder ou interromper a atividade.

As informações fornecidas pelo(a) senhor(a) serão confidenciais e de conhecimento apenas dos pesquisadores responsáveis. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma, seja em artigos em revistas científicas, seja em congressos ou outra atividade acadêmica.

Qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos desta pesquisa, favor entrar em contato com: Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo – Rua General Jardim, 36 - 2º andar
Telefone: 3218-4043; e-mail: smscep@prefeitura.sp.gov.br.

Assinatura do sujeito de pesquisa

Assinatura da pesquisadora

São Paulo, ____ / ____ / 2007.

ANEXO C - TCLE pacientes

Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do estudo: Contribuição do modelo da Medicina Transcultural na humanização da relação terapêutica em uma realidade brasileira

Pesquisador responsável: Elaine Cristina Camillo da Silva

Instituição/Departamento: Faculdade de odontologia USP / Odontologia Social

Telefone para contato: 3091-7891

e-mail: elainecris@usp.br

Local da coleta de dados:

☐ UBS Brás	☐ UBS Belenzinho
☐ UBS Pari	☐ Centro de Saúde Escola
☐ UBS Bom Retiro	

Prezado(a) Senhor(a):

- O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa, através de uma entrevista, de forma totalmente **voluntária** - quer dizer que pode escolher se quer participar ou não.
- Antes de concordar em participar desta pesquisa, é muito importante que compreenda as informações e instruções contidas neste documento.
- Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes que o(a) senhor(a) se decida a participar, ou mesmo durante a entrevista, se surgirem outras dúvidas.
- O(a) senhor(a) tem o direito de **desistir** de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito. Aquilo que disser na entrevista não trará nenhuma consequência direta para a continuidade do seu tratamento, porque não será identificado o seu nome. Se, durante a entrevista, for feita alguma pergunta ou citado algum tema sobre o qual o(a) senhor(a) não desejar responder ou comentar, tem total liberdade para se negar.

Estamos realizando uma pesquisa, na qual estudaremos a relação entre os profissionais de saúde e os pacientes de culturas diferentes (com suas línguas, costumes, etc.) para conhecer melhor esta realidade e juntos podermos fazer propostas a fim de melhorar a qualidade do atendimento.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas
Área de Concentração em Odontologia Social

Sua participação nesta pesquisa consistirá apenas em uma entrevista, que será gravada. Deverá durar aproximadamente uma hora, ou uma hora e meia, e desejamos ouvir sobre como são as consultas aqui no Brasil, como tem sido o tratamento. A entrevista será realizada na própria Unidade Básica de Saúde, em uma sala. Depois, a gravação será copiada por escrito (transcrita), integralmente. Se desejar ler o texto final da entrevista, a pesquisadora poderá fornecer, combinando então onde e como deseja receber (pelo correio, através do Agente Comunitário de Saúde ou na recepção do serviço de saúde). O texto final do estudo (tese) será fornecido à Unidade Básica de Saúde, e o(a) senhor(a) poderá ter acesso.

Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema estudado, sem benefício direto para o(a) senhor(a). Realizar a entrevista não representará qualquer risco de ordem física ou psicológica para o(a) senhor(a), a não ser trazer recordações sobre as experiências de consultas, tratamento de doenças. Se, durante a entrevista, desejar parar a conversa ou retirar-se da pesquisa, tem total liberdade.

As informações fornecidas pelo(a) senhor(a) serão confidenciais e de conhecimento apenas dos pesquisadores responsáveis. O senhor(a) não será identificado(a) em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma, seja em artigos em revistas científicas, seja em congressos ou outra atividade acadêmica.

Qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos desta pesquisa, favor entrar em contato com: Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo – Rua General Jardim, 36 - 2º andar
Telefone: 3218-4043; e-mail: smscep@prefeitura.sp.gov.br.

Assinatura do sujeito da pesquisa

Assinatura da pesquisadora

Assinatura do intérprete
(quando necessário)

São Paulo, ____ / ____ / 2007.

ANEXO D – Atividades de campo

DATA	ATIVIDADE	LOCAL
12/04/07	Apresentação da pesquisa para gerente da unidade. Conversa informal com pacientes na sala de espera: Angolano e boliviana.	UBS Brás
19/04/07	Nova conversa com gerente e vice, que deixarão o cargo. Passarão informações para novo gerente. Marquei entrevista com dois profissionais.	UBS Brás
20/04/07	Entrevista com dois profissionais	UBS Brás
25/04/07	Observação. Marquei entrevista com profissional.	UBS Brás
26/04/07	Entrega da transcrição da primeira entrevista para profissional que solicitou	UBS Brás
27/04/07	Observação, conversa informal com profissionais.	UBS Brás
04/05/07	Entrevista com profissional.	UBS Brás
15/05/07	Observação. Conversa informal com pacientes. Ainda não foi possível conhecer pessoalmente o novo gerente da unidade.	UBS Brás
18/05/07	Participação em grupo de gestantes. Marquei entrevista com profissional.	UBS Brás
19/05/07	Participação de ação de saúde em escola próxima da Unidade	UBS Brás
22/05/07	Apresentação do projeto para gerente	UBS Pari

continua

continuação

25/05/07	Visita a 3 oficinas de costura de bolivianos com Agente Comunitária de Saúde, apresentando a pesquisa e convidando para entrevista. 2 aceitaram e marcamos data.	UBS Brás
05/06/07	Entrevista a dois pacientes bolivianos	UBS Brás
14/06/07	Observação. Marquei entrevista com profissional.	UBS Brás
19/06/07	Apresentação da pesquisa para gerente da unidade.	UBS Bom Retiro
21/06/07	Apresentação da pesquisa para novo gerente da unidade. Conversa informal com profissionais. Entrevista a profissional. Marquei entrevista com paciente (através de ACS)	UBS Brás
22/06/07	Participação de uma reunião de equipe PSF	UBS Bom Retiro
28/06/07	Entrevista a paciente da Jordânia	UBS Brás
29/06/07	Participação de uma reunião geral (profissionais e gerente). Conversa informal com profissionais.	UBS Pari
02/07/07	Observação, conversa informal com profissionais. Marquei visitas com ACS.	UBS Bom Retiro
05/07/07	Visitas a 3 oficinas de costura de bolivianos com ACS.	UBS Bom Retiro

continua

continuação

05/07/07	Entrega da transcrição da entrevista para paciente que solicitou.	UBS Brás
12/07/07	Conversa informal com gerente e outros profissionais.	UBS Brás
13/07/07	Participação de reunião de equipe PSF.	UBS Bom Retiro
19/07/07	Entrevista com profissional.	UBS Pari
20/07/07	Entrevista com profissional.	UBS Bom Retiro
24/07/07	Entrevista com profissional.	UBS Bom Retiro
31/07/07	Participação de reunião de equipe PSF	UBS Bom Retiro
14/08/07	Participação de reunião de equipe PSF. Conversa informal com profissionais.	USB Bom Retiro
03/09/07	Conversa informal com profissionais.	UBS Bom Retiro
05/09/07	Entrevista com profissional.	UBS Bom Retiro
10/09/07	Observação	UBS Bom Retiro
11/09/07	Observação. Entrevista com profissional.	UBS Bom Retiro.
13/09/07	Participação de reunião com profissionais e moradores da região para fomentar participação no Conselho Gestor.	UBS Bom Retiro
14/09/07	Participação de reunião de equipe PSF	UBS Bom Retiro
21/09/07	Observação.	UBS Bom Retiro
19/10/07	Observação	UBS Bom Retiro
26/10/07	Participação de reunião de equipe PSF	UBS Bom Retiro
31/10/07	Conversa informal com profissionais.	UBS Brás
06/11/07	Entrevista a profissional.	UBS Bom Retiro
09/11/07	Participação de reunião de equipe PSF. Começar a fechar a presença.	UBS Bom Retiro
14/11/07	Conversa informal com profissionais.	UBS Brás
22/11/07	Conversa informal com profissionais	UBS Pari

ANEXO E – Parecer do CEP/SMS

Prefeitura do Município de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde
Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde – CODEPPS
Comitê de Ética em Pesquisa

São Paulo, 12 de Dezembro de 2006

Parecer nº353/2006/CEP/SMS

I - Identificação:

1-Título do projeto: "Contribuição do Modelo da Medicina Transcultural na Humanização da Relação Terapêutica em uma Realidade Brasileira."

2-Número do Projeto: CAAE 0245/2006

3-Pesquisadora responsável: Elaine Cristina Camillo da Silva

II - Objetivos:

Geral:

Verificar a possibilidade de adequação do modelo romano da Medicina Transcultural na prática assistencial das UBSs, PSF e entidades não-governamentais, que atendem pessoas de culturas diferentes, tendo por hipótese que esta reflexão pode contribuir para a humanização das relações terapêuticas, de modo geral.

Específicos:

- Conhecer e avaliar a experiência desenvolvida pelas equipes (PSF, UBSs), que já atuam em uma realidade de culturas diferentes;
- Elaborar propostas visando a incorporação das ferramentas do modelo da Medicina Transcultural, no formato original ou modificado, que propiciem um percurso em direção à melhoria da qualidade do atendimento nesses serviços;
- Contribuir para a definição de conteúdos de possíveis cursos de formação e atualização sobre Medicina Transcultural para os profissionais de saúde;
- Elaborar propostas para a reorganização dos serviços, tanto na estrutura física dos ambientes quanto nas relações profissionais.

III - Sumário do Projeto:

Pesquisa qualitativa, tendo como referencial teórico o modelo da equipe do ambulatório Cáritas Roma. Para conhecer o contexto dos atores sociais do processo, pretende a Pesquisadora frequentar as Unidades Básicas de Saúde, antes de realizar as entrevistas, visando identificar quem poderia ser entrevistado, segundo os objetivos do estudo. Será efetuada uma amostra de conveniência. Sujeitos da pesquisa são maiores de idade. Serão ouvidos profissionais da equipe de saúde, para saber qual o significado os mesmos dão para a relação no processo terapêutico, que peso dão para a cultura, visando entender qual a relação entre os profissionais de saúde e os pacientes de culturas diferentes (com suas línguas e costumes, etc.), para conhecer melhor esta realidade e juntos podermos fazer propostas a fim de melhorar a qualidade do atendimento.

IV - Comentários do relator, frente à Resolução CNS 196/96 e complementares em particular sobre:

1-Estrutura do protocolo: adequada

2-Justificativa de suspensão terapêutica (Wash – out.): não se aplica.

3-Análise de riscos e benefícios: Não oferece riscos e os benefícios serão importantes para os serviços e para serem fomentados em congressos, seminários, artigos, cursos, etc.

4-Retorno de benefícios para sujeito e/ou para comunidade: Assinado na inserção do projeto no Comitê e descrito no projeto de Pesquisa.

5-Adequação do termo de consentimento e forma de obtê-lo: adequado

6-Informação adequada quanto ao financiamento: Adequada

7-Outros centros, no caso de estudos multicêntricos: Não se aplica.

Prefeitura do Município de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde
Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde – CODEPPS
Comitê de Ética em Pesquisa

Parecer nº 0353/2006 Projeto nº 0245/2006

V - Parecer do CEP: APROVADO COM RECOMENDAÇÃO

Recomendamos incluir no TCLE o endereço/telefone do CEP/SMS.
O TCLE deverá ser em duas vias (do usuário e pesquisador).

Como procedimento adotado por este Comitê de Ética em Pesquisa, solicitamos a inclusão, no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do seguinte: qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos dessa pesquisa, favor entrar em contato com: Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo – Rua General Jardim, 36 – 2º andar – Telefone: 3218-4043 – e-mail: smscep@prefeitura.sp.gov.br.

Lembramos que este parecer não basta para que seu estudo possa se realizar dentro da unidade, é necessária também a permissão administrativa da autoridade sanitária.

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma ou sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – item IV. 1f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (item IV.2.d).

O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. O relatório final deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.

Atenciosamente,

Dra. IARA COELHO ZITO GUERRIERO
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Secretaria Municipal da Saúde – CEP/SMS

Ilustríssimo(a) Senhor(a) Doutor(a)
Elaine Cristina Camillo da Silva
NESTA

ANEXO F – Declaração do CEP-FOUSP

**Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia
Comitê de Ética em Pesquisa**

DECLARAÇÃO

Informamos a Vossa Senhoria, que diante de Pareceres dos Comitês de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo sob o parecer no. 353/2006/CEP/SMS e da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo sob o projeto no.037/07, estamos cientes da aprovação do projeto de pesquisa intitulado "Contribuição do modelo da Medicina Transcultural na humanização da relação terapêutica em uma realidade brasileira" de autoria de Elaine Cristina Camillo da Silva sob a orientação do Prof. Dr. Dalton Luiz de Paula Ramos, não havendo nenhuma oposição por parte deste CEP, com relação a sua realização.

Sendo o que se nos apresentava, valemo-nos da oportunidade para reiterar-lhe os nossos protestos de elevada estima e distinta consideração.

São Paulo, 10 de junho de 2008.

Prof. Dr. João Gualberto de Cerqueira Luz
Coordenador do CEP-FOUSP

ANEXO G – Carta ao CEP/SMS

A/C de Dra. Iara Coelho Zito Guerriero
Coordenadora do
Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde – CEP/SMS
Rua General Jardim, 36
01223-010

Relatório do pesquisador, relativo ao projeto número 256: “Contribuição do Modelo da Medicina Transcultural na Humanização da Relação Terapêutica em uma Realidade Brasileira”, parecer 0353/2006.

Adaptação do projeto: no decorrer da pesquisa de campo, percebemos a necessidade de rever o projeto inicial. A fim de valorizar a experiência dos profissionais encontrados, optou-se pela abordagem da Teoria Fundamentada nos Dados, ao invés da Análise Temática de Conteúdo, e o referencial teórico Interacionismo Simbólico, não mais a Medicina Transcultural. Foi necessário, portanto, rever os objetivos, redimensionar o campo de pesquisa (reduzir o número de instituições e sujeitos), bem como aprofundar o conhecimento na referida abordagem. Optou-se ainda por restringir a coleta de dados às entrevistas e observação, excluindo o grupo focal, por estar já encontrando informações satisfatórias com os outros instrumentos, bem como pela dificuldade encontrada ao propor o grupo nas instituições (a motivo de ter de reunir um determinado número de profissionais, com certas características, ao mesmo tempo, por uma hora e meia).

Restringiu-se às Unidades Básicas de Saúde: Brás, Bom Retiro e Pari, excluindo, portanto, o Centro de Saúde Escola Barra Funda, da Santa Casa. Foi retirada, portanto, a solicitação de avaliação do projeto pelo Comitê de Ética da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

Pesquisa de campo: foram realizadas 17 entrevistas, entre profissionais de saúde e usuários estrangeiros (todas com TCLE). Sendo a abordagem da Teoria Fundamentada nos Dados caracterizada por amostra teórica, a análise foi realizada simultaneamente à coleta dos dados. Por enquanto, consideramos suficiente o número de entrevistas. No momento em que surgir alguma lacuna no desenvolvimento de uma ou mais categorias em suas propriedades e dimensões, voltaremos a campo.

Título do projeto: avaliamos que será necessário rever o título, ainda que o tenhamos mantido até o momento, a motivo de estar assim registrado no CEP SMS e TCLE. A necessidade se justifica pelos objetivos, metodologia e mudança de referencial teórico, logo nos primeiros passos da pesquisa de campo: não trabalharemos com a hipótese de contribuição e adequação de um determinado modelo, mas o objetivo é conhecer a experiência das equipes das Unidades Básicas de Saúde, construindo a partir dessa uma teoria.

Principais referências do Interacionismo Simbólico e Teoria Fundamentada nos Dados (Grounded Theory):

Charon JM. Symbolic interactionism. New Jersey: Prentice Hall. 1989 (3a. edição).

Glaser BG, Strauss AL. The discovery of Grounded Theory. New York: Aldine de Gruyter. 1967.

Glaser BG. Advances in the Methodology of Grounded Theory. California: The Sociology Press. 1978.

Strauss A, Corbin J. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2ª ed. Trad. de Luciane Oliveira da Rocha. Porto Alegre: Armed. 2008.

São Paulo, 17 de abril de 2008.

Pesquisadora responsável: Elaine Cristina Camillo da Silva
doutoranda FOU SP

ANEXO H – Carta ao CEP da ISCMSP

São Paulo, 25 de setembro de 2007.

Projeto de pesquisa n. 037/07

“Contribuição do modelo de Medicina Transcultural na humanização
da relação terapêutica em uma realidade brasileira”

Ao Comitê de Ética em Pesquisa ISCMSP

Prezados senhores,

Tendo avaliado com o orientador do projeto, prof. Dr. Dalton Luiz de Paula Ramos, consideramos que a coleta de dados, através das entrevistas semi-estruturadas, trouxe a necessidade de repensar o projeto inicial.

Até o presente momento, foram realizadas 14 entrevistas, nas UBSs Brás e Bom Retiro, uma na UBS Pari. Servindo-nos da abordagem da Teoria Fundamentada nos Dados (houve uma alteração, não mais análise temática de conteúdo), a escolha poderia ser aprofundar o conhecimento destas realidades, redimensionando a extensão da pesquisa.

Sendo assim, solicitamos a retirada do pedido de realização do projeto de pesquisa no Centro de Saúde Escola Barra Funda, sob vossa responsabilidade. A pesquisa se limitará às UBSs da Secretaria Municipal, avaliando se serão duas, três, ou quatro, no decorrer da análise e coleta dos dados (definindo a amostra teórica).

Elaine Cristina Camillo da Silva
doutoranda FOU SP
pesquisadora responsável

ANEXO I – Carta da Coordenadoria Regional de Saúde

COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE SUDESTE
Rua Padre Marchetti nº 557 - Ipiranga CEP 04266-000
Telefone: 6163-8112 6163.0622 / ramais 256 / 288 / 279

São Paulo, 13 de junho de 2007.

Memo Nº 148/2007 - CRS SUDESTE/RH - Desenvolvimento

A STS de Saúde Aricanduva/Mooça, Gerentes da UBS Brás, Pari, Belenzinho

Tem o presente a finalidade de comunicar que a Sra Elaine Cristina Camillo da Silva, da Faculdade de Odontologia USP/Odontologia Social realizará uma pesquisa junto aos usuários da UBS acima referida e juntos a outros profissionais para o Projeto de Doutorado sob a orientação do Prof Dr. Dalton Luiz de Paula Ramos com a pesquisa 'Contribuição do modelo da Medicina Transcultural na humanização da relação terapêutica em uma realidade brasileira com o parecer do CEP: Aprovado com recomendação, assinado pela Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal da Saúde-CEP/SMS com o início em 18 de junho de 2007

Atenciosamente

Marilda Silva de Sousa Tormenta

RH - Desenvolvimento

Coordenadoria Regional de Saúde - SUDESTE

Regina Célia Batistella Magri

RH - Desenvolvimento

Coordenadoria Regional de Saúde -SUDESTE

elainecris

Data: Wed, 20 Jun 2007 13:30:03 -0300

De: Evaldo Shinji Kunyoshi <evaldok@PREFEITURA.SP.GOV.BR>

Para: "elainecris@usp.br" <elainecris@usp.br>

Cc: "usfbomretiro@terra.com.br" <usfbomretiro@terra.com.br>

Assunto: RES: pesquisa UBS Bom Retiro

Oi, Dra. Elaine

Com a aprovação da pesquisa "Contribuição do modelo da medicina transcultural na humanização da relação terapêutica em uma realidade brasileira" pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde (CEP/SMS) a Coordenadoria Regional de Saúde Centro Oeste não tem restrições para que o projeto seja realizado na USF Bom Retiro.

Em estando tudo acertado, também, com a gerência da USF Bom Retiro, Dra. Maria Ângela, o projeto pode ser iniciado.

Até mais!

Evaldo.