Marcia Ernani de Aguiar

**Tecnologias e cuidado em saúde:
a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o caso do imigrante boliviano
e coreano no bairro do Bom Retiro - SP**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Mestre em Ciências

Programa de Medicina Preventiva

Orientador: Prof. Dr. André Mota

São Paulo

2013

Marcia Ernani de Aguiar

**Tecnologias e cuidado em saúde:
a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o caso do imigrante boliviano
e coreano no bairro do Bom Retiro - SP**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Mestre em Ciências

Programa de Medicina Preventiva

Orientador: Prof. Dr. André Mota

São Paulo

2013

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Aguiar, Marcia Emani de

Tecnologias e cuidado em saúde : a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o caso do imigrante boliviano e coreano do bairro do Bom Retiro - SP / Marcia Emani de Aguiar. -- São Paulo, 2013.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Programa de Medicina Preventiva.

Orientador: André Mota.

Descritores: 1.Comunicação em saúde 2.Etnia e saúde 3.Coréia (geográfico)/etnologia 4.Bolívia/etnologia 5.Programa saúde da família 6.História 7.Tecnologia em saúde/História 8.Diversidade cultural 9.Serviços urbanos de saúde 10.Saúde coletiva 11.Imigrantes

USP/FM/DBD-211/13

À minha avó Amélia, minha mãe, Marlene e minhas tias, Yolanda, Therezinha e Marli, pessoas que foram fundamentais nas minhas batalhas e conquistas e sem as quais jamais seria possível chegar até aqui.

AGRADECIMENTOS

Agradecer deveria, antes de tudo, ser um ato espontâneo, não uma formalidade. Para a conclusão deste trabalho vou tentar alcançar esse ideal, sobretudo reconhecendo que faz-se necessário a lembrança e agradecimento às pessoas especiais e importantes que me acompanharam durante esse longo percurso.

À minha família pelo apoio e estímulo para prosseguir no árduo caminho de construção desse trabalho, sempre muito compreensiva diante de minha ausência. Um especial agradecimento aos meus irmãos, Claudia e Tiago pelo incentivo constante.

Ao Prof.Dr. André Mota, pelo privilégio de tê-lo como meu orientador, usufruindo de sua competente orientação, grande disponibilidade e pela gentileza e firmeza com que me reconduziu a caminhos mais acertados.

À Profa.Dra. Lilia Blima Schraiber, pelo estímulo e apoio desde o início desse trabalho.

À banca de qualificação composta pela Profa.Dra. Lilia Blima Schraiber, pela Profa.Dra. Maria Gabriela S.M. da Cunha Marinho e pela Profa.Dra. Maria Cristina da Costa Marques, pelas valiosas sugestões nessa ocasião.

A todos os profissionais de saúde e usuários da USF do Bom Retiro, sem os quais essa pesquisa não seria possível, pois concordaram em participar da investigação e demonstraram extrema boa vontade ao serem entrevistados.

À equipe de Saúde da Família da qual fiz parte durante os anos nos quais trabalhei na USF do Bom Retiro, pelos ensinamentos e tantas construções feitas em conjunto.

À Lilian, secretária da Pós-Graduação, pela paciência com que esclareceu as minhas dúvidas burocráticas.

À Graça e Clebison, funcionários do Museu Histórico “Prof. Carlos da Silva Lacaz” que me auxiliaram, com gentileza, em vários momentos.

Ao Felipe Oliveira, que me deu inestimável suporte no manuseio das imagens utilizadas no trabalho.

Aos funcionários do Museu de Saúde Pública Emílio Ribas, que muito me auxiliaram na obtenção de documentos sobre o bairro do Bom Retiro e sobre o serviço de saúde.

À Leda, que competentemente cuidou da revisão de meu trabalho.

Aos componentes do GEHER _ Grupo de Estudos História da Educação e Religião _ Paula, Waldir, Fernando, Cidinha e Thiago _ que generosamente me acolheram em seu grupo.

À Melinha, pelo permanente companheirismo, pelo doce sentimento de estar junto e compartilhar, pelo apoio constante e paciência. Agradeço pela disposição em escutar minhas divagações, devaneios, receios e além disso ler todo o material e fazer sugestões.

Aos amigos Dorozinha, Paula, Lucy, Paulinho, Vanessa e Andréa que sempre estiveram comigo. Agradeço pelos momentos que compartilhamos, saindo da

imersão do estudo e desanuviando a cabeça. E também pelas importantes reflexões conjuntas, a disponibilidade para ouvir meus desabaços e me acalmarem.

Por fim, estendo minha gratidão a tantas outras pessoas que aqui não foram mencionadas, mas certamente contribuíram para que esse trabalho fosse concluído.

Muito obrigada a todos!

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências : adaptado de International Committee of Medical Journal Editors (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A.L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campo Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviatura dos títulos dos periódicos de acordo com Lista of Journal Indexed in Index Medicus.

SUMÁRIO

Lista de siglas

Lista de mapas

Lista de gráficos

Lista de figuras

Lista de fotos

Lista de tabelas

Resumo

Summary

1 INTRODUÇÃO	1
1.1 Objetivos.....	10
1.1.1 Objetivo geral.....	10
1.1.2 Objetivos específicos.....	10
1.2 Referencial Teórico-Conceitual.....	12
1.3 Método.....	15
2 RESSIGNIFICANDO O BAIRRO DO BOM RETIRO:	
 PROCURANDO PISTAS E SINAIS NA LONGA DURAÇÃO.....	23
2.1 A chegada das Chácaras ao “Campos do Guaré”: do Bom Retiro rural ao fabril.....	23
2.2 Hospedaria dos Imigrantes e Desinfectório Central: do mercado de mão de obra ao controle sanitário.....	31
2.3 O “Bó Ritiro dos italianos.....	36

2.4 Bom Retiro : o pequeno <i>shtetl</i> dos judeus	40
2.5 A chegada dos coreanos em busca do Bom Retiro em 1960.....	51
2.6 Bom Retiro como um “território circulatório”: a chegada dos bolivianos.....	63
2.7 As oficinas de costura como ponto de encontro entre coreanos e bolivianos: rastros de uma longa história	81
3 DO DESINFECTÓRIO CENTRAL À UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA DO BOM RETIRO: RESTOS DE MEMÓRIA, VESTÍGIOS DA HISTÓRIA.....	90
3.1 A institucionalização do sanitarismo paulista: entre miasmas e bactérias.....	91
3.2 Desinfectando o Bom Retiro: os eflúvios da várzea	95
3.3 Educando o Bom Retiro: da coerção à educação sanitária	101
3.4 O Centro de Saúde chega ao Bom Retiro: a que será que se destina?..	106
3.5 Do Centro de Saúde ao Dispensário do Bom Retiro.....	115
3.6 O Centro de Saúde do Bom Retiro “sob nova direção”: Programação em Saúde.....	119
3.7 Abrindo as portas para a demanda espontânea.....	125
3.8 “Receita para fazer um Programa Saúde da Família”: exigências econômicas, interesses organizados e dimensão política.....	130
3.9 Do Programa Consultório Médico de Família, passando pelo Qualis, convivendo com o Plano de Assistência à Saúde e chegando a Unidade de Saúde da Família no Bom Retiro.....	138
3.10 Breves reflexões sobre o Programa Saúde da Família	141

4 O PSF DO BOM RETIRO E O CASO DOS IMIGRANTES

COREANOS	151
4.1 Da Coreia ao Bom Retiro _ uma imigração familiar.....	152
4.2 Da Vila Coreana, na Liberdade, ao Bom Retiro _ espaço onde “circulam” várias gerações de coreanos.....	157
4.3 A “invisibilidade” dos coreanos aos olhos do PSF	163
4.4 Uma compreensão ampliada dos adoecimentos dos coreanos no Bom Retiro	166
4.4.1 Doenças crônico-degenerativas e os idosos coreanos no Bom Retiro.....	166
4.4.2 Sofrimento psíquico e a condição de imigrante	171
4.5 Os coreanos e as normatizações do PSF _ um diálogo difícil.....	174
4.6 A comunicação entre os imigrantes coreanos e o PSF	181
4.6.1 Estratégias para mediar a comunicação	189

5 O PSF DO BOM RETIRO E O CASO DOS IMIGRANTES

BOLIVIANOS	194
5.1 Diferentes olhares sobre o Bom Retiro	197
5.2 Do altiplano boliviano ao Bom Retiro	199
5.3 Oficinas de costura (conjugação de moradia e trabalho) e o Programa Saúde da Família.....	201
5.4 A “visibilidade” do boliviano por meio do PSF	208
5.5 A mobilidade dos imigrantes bolivianos do Bom Retiro e a cartografia do Programa Saúde da Família	210
5.6 O PSF se adaptando ao movimento “circulatório” dos bolivianos.....	211

5.7 A comunicação entre os imigrantes bolivianos e a equipe de Saúde da Família	213
5.8 Contextualizando os adoecimentos dos bolivianos	227
5.8.1 Tuberculose	229
5.8.2 Dores musculares	232
5.8.3 Queixas digestivas	233
5.8.4 Queixas alérgicas	235
5.8.5 Queixas psíquicas	235
5.8.6 Vulnerabilidade da mulher boliviana	236
5.8.7 Doenças sexualmente transmissíveis	238
5.9 As “prioridades do PSF” e as necessidades de cuidado dos bolivianos	239
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	249
7 REFERÊNCIAS	255
8 ANEXOS	288
Anexo A _ Roteiro da entrevista com trabalhadores da Unidade	288
Anexo B _ Roteiro da entrevista com usuários bolivianos e coreanos	292
Anexo C _ Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	295
Anexo D _ Aprovação do Comitê de Ética da CaPPesq	296
Anexo E _ Aprovação do Comitê de Ética da SMS/SP	297

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
AMA	Assistência Médica Ambulatorial
APS	Atenção Primária à Saúde
CAP	Caixa de Aposentadoria e Pensões
CAPPesq	Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa
CPDOC-FGV	Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil – Fundação Getúlio Vargas
CEP	Comissão de Ética em Pesquisa
CONASP	Conselho Nacional de Saúde Previdenciária
DSTs	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EqSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
FCB	Facilitador Cultural Bilingue
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IAP	Instituto de Aposentadoria e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada

NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OS	Organização Social
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAS	Plano de Assistência Médica
PCMF	Programa Consultório Médico de Família
PAMT	Programa de Assistência Médica Transcultural
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PPA	Plano de Pronto Ação
PSF	Programa Saúde da Família
QUALIS	Qualidade Integral em Saúde
RMSP	Região Metropolitana de São Paulo
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SEAD	Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SUDS	Sistema Único e Descentralizado de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNIBES	União Brasileira Israelita do Bem-Estar Social
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para Infância
USAID	United States Agency International Development

USF	Unidade Saúde da Família
WHO	World Health Organization

LISTA DE MAPAS

Mapa 1-	Planta da cidade de São Paulo, 1810.....	25
Mapa 2-	Planta da capital do Estado de São Paulo e seus arrabaldes, 1890.....	30
Mapa 3-	Distribuição da população nascida na Coreia por local de residência na região metropolitana de São Paulo em 2000	60
Mapa 4-	Localização da população nascida na Bolívia, segundo município de residência em 2000.....	65
Mapa 5-	Distribuição da população nascida na Bolívia, residente na região metropolitana de São Paulo, em 2000.....	70

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Distribuição dos idosos coreanos por tipo de assistência médica	171
-----------	--	-----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Rotas de chegada dos bolivianos a São Paulo.....	64
------------	--	----

LISTA DE FOTOS

Foto 1-	Desinfetório Central, 1910.....	35
Foto 2-	Museu Emílio Ribas.....	36
Foto 3-	Judeu Mascate.....	45
Foto 4-	Loja coreana no Bom Retiro em 1964.....	58
Foto 5-	O comércio judeu ao lado do coreano no Bom Retiro.....	61
Foto 6-	Bolivianos na rua Coimbra.....	75
Foto 7-	Feira Kantuta.....	77
Foto 8-	Oficina de costura boliviana no Bom Retiro.....	86
Foto 9-	Visitadora domiciliar da organização feminina israelita de assistência social (Ofidas) em 1949, no Bom Retiro.....	114

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Descrição dos profissionais selecionados.....	21
Tabela 2-	Descrição dos imigrantes coreanos e bolivianos selecionados.....	22
Tabela 3-	Distribuição por nacionalidade de imigrantes que chegaram pelo porto de Santos, 1882-1891.....	39
Tabela 4-	Migração coreana na América Latina.....	54
Tabela 5-	Coreanos residentes na América do Sul _ 1985.....	55
Tabela 6-	Distribuição de coreanos residentes no Brasil _ 1989.....	56
Tabela 7-	Dez municípios brasileiros com maior concentração de bolivianos residentes.....	66
Tabela 8-	Distribuição da população nascida na Bolívia, residente na região metropolitana de São Paulo, em 2000.	71
Tabela 9-	Cadastros no cartão SUS de usuários bolivianos distribuídos pelos bairros da cidade de São Paulo	73
Tabela 10-	Distribuição da população do Município de São Paulo, subprefeituras e distritos municipais nos anos de 1950, 1960, 1970, 1980, 1991, 2000 e 2010	81

RESUMO

Aguiar ME. *Tecnologias e cuidado em saúde: a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o caso dos imigrantes bolivianos e coreanos no bairro do Bom Retiro – São Paulo* [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2013.

O Programa Saúde da Família, proposto em 1994 pelo Ministério da Saúde, definiu-se como uma estratégia de reorganização da Atenção Primária à Saúde no Brasil. Gradualmente, ele foi sendo implantado também em grandes centros urbanos, até que, em 2001, ocorreu a municipalização da saúde na cidade de São Paulo, com a implantação desse modelo no bairro do Bom Retiro, região central da capital paulista. Esse bairro constitui uma paisagem única, marcado, desde sua origem, no final do século XIX, pela presença de diversas etnias, constituindo um microcosmo social, tendo recebido, ao longo de sua história, grandes contingentes de imigrantes com características culturais bastante particulares. Atualmente, entre a população que o frequenta e habita, os coreanos e os bolivianos passaram a constituir os dois grupos de imigrantes com presença marcante no bairro, ambos inseridos na base material da indústria de confecção, uma vez que a produção têxtil é um dos eixos econômicos estruturantes do Bom Retiro. A inserção de uma Unidade de Saúde da Família nesse bairro provocou a reflexão sobre as potencialidades e as dificuldades do Programa Saúde da Família em grandes centros urbanos; trouxe para discussão questões relativas à presença desses imigrantes; e exigiu análises diversas, em torno da interação entre profissionais dos serviços de saúde e seus usuários. Assim, o objetivo deste trabalho é analisar a interação entre o Programa Saúde da Família e os imigrantes coreanos e bolivianos localizados no bairro do Bom Retiro na cidade de São Paulo, redundando em uma experiência particular. Trata-se de uma pesquisa de referencial qualitativo, que utilizou a técnica de entrevistas semiestruturadas com três coreanos, três bolivianos e seis trabalhadores da saúde da Unidade de Saúde da Família do Bom Retiro. Para a análise das entrevistas, utilizou-se a técnica de análise temática de conteúdo, considerando as conjunturas, as razões e as lógicas, bem como as ações e as inter-relações estabelecidas com o coletivo e as instituições. Os resultados exibem as particularidades da inserção desses dois grupos de imigrantes no bairro do Bom Retiro e flagram, particularmente, dimensões do mundo do trabalho e de moradia e grande mobilidade espacial migratória, exigindo a flexibilização da lógica cartográfica do Programa Saúde da Família, com a ampliação do conceito de família, e as diversas estratégias comunicativas de que a equipe de Saúde da Família lançou mão para implementar a comunicação com os imigrantes coreanos e bolivianos.

Descritores: Comunicação em saúde; Etnia e saúde; Coreia (geográfico)/ etnologia; Bolívia/etnologia; Programa Saúde da Família; História; Tecnologia em saúde/ História; Diversidade cultural; Serviços urbanos de saúde; Saúde Coletiva; Imigrantes.

SUMMARY

Aguiar ME. *Technologies and Health Care: The Family Health Strategy (FHS) and the case of Bolivian and Korean immigrants in neighborhood of Bom Retiro - São Paulo* [Dissertation]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2013.

The Family Health Program, proposed in 1994 by the Ministry of Health, was defined as a strategy for reorganizing Primary Health Care in Brazil. It was gradually implemented in major urban areas. In 2001, health care services in the city of São Paulo were municipalized, with the implementation of this model in Bom Retiro, in the downtown area of the city of São Paulo. Such neighborhood has a unique landscape, marked since its beginnings, at the end of the 19th century, by the presence of several ethnic groups. It is a social microcosm, which received large groups of immigrants throughout its history, bringing their own unique cultural characteristics to the area. Nowadays, Koreans and Bolivians have become the two most significant immigrant groups among the population living and working in the area. Both groups are integrated into the material base of clothing industry, since textile manufacture is one of the economic structural axes of Bom Retiro. The establishment of a Family Health Unit in Bom Retiro, besides evoking a reflection on the potential and difficulties for the Family Health Program in large urban areas, also brings issues related to the presence of these immigrants to the discussion, requiring various analyses on the theme of interaction between health care professionals and users. Thus, the purpose of this work is to analyze the interaction between the Family Health Program and Korean and Bolivian immigrants located in the neighborhood of Bom Retiro, in the city of São Paulo, which results in a unique experience. This is a qualitative research, which used the technique of semi-structured interviews with three Koreans, three Bolivians and six health care workers from the Bom Retiro Family Health Unit. With regard to the analysis of the interviews, the technique of thematic content analysis was used, considering the conjunctures, reasons and logic, as well as actions and interrelations established between the collective and the institutions. The results show the particularities of the insertion of these two immigrant groups in Bom Retiro, and highlight in particular the dimensions of the world of work, housing and the large spatial mobility of immigrants, requiring Family Health Program's map-based logic to become more flexible, with the enlargement of the concept of family and several communication strategies used by the Family Health team to establish communication with the Korean and Bolivian immigrants.

Descriptors: Health communication; Ethnicity and health; Korean; Bolivia/ethnology; Family health program; History; Technology in health / History; Cultural diversity; Urban health services; Public health; Immigrants.

1 INTRODUÇÃO

*“...que a importância de uma coisa
não se mede com fita métrica
nem com balanças nem
com barômetros. Que a importância
de uma coisa há de ser medida
pelo encantamento que a coisa
produza em nós.”
(Manoel de Barros)*

O Programa de Saúde da Família (PSF), proposto em 1994 pelo Ministério da Saúde, definiu-se como uma estratégia de reorganização da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, baseado na atuação de equipes multiprofissionais, responsáveis pelo acompanhamento de uma população adscrita, localizada em uma área definida, incorporando e reafirmando os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS) – universalidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade (Brasil, 2006).

Desde a sua proposição, houve uma franca expansão do PSF, tendo atingido, em setembro de 2012, cerca de 105 milhões de habitantes (54 %), com 34 mil Equipes de Saúde da Família (EqSF) implantadas (Brasil, 2012). Entretanto, devemos ressaltar que este cenário está longe de ser homogêneo, sinalizando para a

difficuldade de um único modelo responder a situações de saúde tão diversificadas e complexas como as da população brasileira (Paim, 2001; Merhy, 2001).

Foi nesse contexto de expansão do PSF como estratégia de substituição do modelo tradicional de atenção também em grandes centros urbanos, que, em 2001, ocorreu a municipalização da saúde na cidade de São Paulo, com a implantação desse modelo no bairro do Bom Retiro, região central da capital paulista. Esse bairro constitui uma paisagem única, marcado, desde o final do século XIX, quando se originou, pela presença de diversas etnias, constituindo um microcosmo social que recebeu, ao longo de sua história, grandes contingentes de imigrantes com características culturais bastante particulares (Truzzi, 2001). A permanência e a circulação de grupos de diversas procedências, por acréscimos, substituições e inclusões, configurou uma paisagem escrita sobre a outra, uma confluência de camadas socioculturais, definidas como um palimpsesto, nas palavras de Milton Santos (2008).

A conformação desse palimpsesto teve início com os imigrantes italianos, os primeiros a chegar ao bairro no final do século XIX, fruto da imigração subsidiada pelo governo da Província, destinados a compor a mão de obra nas fazendas de café no Oeste paulista. O processo de constituição do bairro prosseguiu, quando, a partir da I Guerra Mundial, inúmeros estrangeiros, originários da Europa Oriental, em sua maioria de origem judaica, chegaram ao Bom Retiro. Ali geraram as primeiras confecções e lojas, e o bairro passou a assumir uma função mais comercial. A partir de 1970, chegaram os coreanos, fugindo de uma situação de guerra em seu país, e se inseriram nesse setor. A partir de 1980, o bairro começou a receber grandes levas de

latino-americanos, sobretudo bolivianos, que, motivados pela crise econômica em seu país (Silva, 1997), também se inseriram na cadeia de produção de roupas.

Atualmente, entre a população que lá frequenta e habita, os coreanos e os bolivianos passaram a constituir os dois grupos de imigrantes que têm presença marcante no bairro, ambos inseridos na base material da indústria de confecção, uma vez que a produção têxtil é um dos eixos econômicos estruturantes do Bom Retiro (Truzzi, 2001; Póvoa, 2007; Silva, 2008; Freitas, 2009; Marum e Gomes, 2009; Xavier, 2010; Mangili, 2011).

A inserção de uma Unidade de Saúde da Família (USF) no Bom Retiro, além de provocar a reflexão sobre as potencialidades e as dificuldades do PSF em grandes centros urbanos, também traz para discussão questões relativas à presença desses imigrantes, exigindo análises diversas em torno da temática da interação entre profissionais dos serviços de saúde e os seus usuários.

Desenho da Pesquisa

Desde o final do século XX, muitos autores (Berridge, 1999; Berridge, 2000; Berridge, Gorsky, 2004; Fee, Brown, 1997) sinalizam para a necessidade de incorporar a história no campo da saúde coletiva, possibilitando o alargamento do olhar sobre o passado, potencializando a compreensão dos processos sociais e culturais (Pires-Alves et al., 2008, p. 820). Desse modo, “a explicação histórica não revela como a história *deveria* ter se processado, mas porque se processou dessa

maneira, e não de outra; que o processo não é arbitrário, mas tem sua própria regularidade e racionalidade” (Thompson, 1981, p.61). Nesse sentido, a justificativa para a realização deste estudo se baseia no fato de ser uma realidade o incremento dos movimentos migratórios internacionais no cenário mundial, sobretudo a partir de 1980, e, portanto, na possibilidade de vir a ser cada vez maior a possibilidade de utilização dos serviços de saúde pelos imigrantes.

Nesse contexto, as noções de raça/etnia e etnicidade no campo da saúde coletiva ganham relevância no contexto histórico da universalização das políticas públicas de saúde, desafio crucial nas proposições de intervenções “culturalmente sensíveis e adaptadas ao contexto no qual vivem as populações às quais são destinadas” (Massé¹,1995 apud Trad e Bastos,1998, p. 430). Nessa perspectiva, a pesquisa proposta nesta dissertação busca estudar a relação entre os imigrantes coreanos e bolivianos e os profissionais de saúde, no contexto de surgimento e organização do PSF no bairro do Bom Retiro.

Para potencializar a compreensão de várias questões levantadas a partir do material empírico resultante da pesquisa, associamos um olhar para o passado, entendendo que a história ampliará a análise da relação entre os imigrantes coreanos e bolivianos e os profissionais de saúde no contexto do PSF no bairro do Bom Retiro. Sendo assim, descreveremos a formação do bairro, buscando identificar como se estabeleceu uma circularidade de vivências entre os diversos grupos historicamente ligados à sua formação e a suas particularidades; e entender como o particular e o geral se entrelaçam, conformando um tecido social de complexidade bastante interessante para essa área da cidade de São Paulo.

¹ Massé R. *Culture et Santé Publique*. Montréal: Gaëtan Morin Éditeur; 1995.

Abordaremos os modelos da organização tecnológica das práticas de saúde² em São Paulo e seu reflexo no bairro do Bom Retiro, partindo do final do século XIX até os dias atuais. Visamos identificar vestígios dessas tecnologias utilizadas nas organizações anteriores dentro da proposta do PSF, que norteia o funcionamento da Unidade de Saúde da Família do Bom Retiro, e, portanto, do modelo tecnológico segundo o qual trabalhadores da saúde e seus usuários coreanos e bolivianos ali residentes interagem.

Para isso, esta pesquisa fundamentou-se no método qualitativo, sendo a definição da amostra determinada pela saturação dos temas, ou seja, o número de participantes foi considerado suficiente quando os dados da pesquisa refletiram a totalidade das múltiplas dimensões do objeto deste estudo e se tornaram repetitivos (Minayo, 2006). Quanto à composição da amostra entre os usuários, utilizamos a seleção do tipo “bola de neve” (*snowball*), na qual um participante indica outro e assim por diante; porém, entre os profissionais de saúde, o critério foi de “tempo de serviço”.

Para a coleta dos dados, empregamos a entrevista semiestruturada, com 12 entrevistados: três usuários bolivianos, três usuários coreanos e seis profissionais de saúde da Unidade (a gerente, um médico, uma enfermeira, um técnico de enfermagem e dois agentes comunitários de saúde, um deles boliviano). As entrevistas foram gravadas e transcritas e seguiram um roteiro com questões abertas. Para os profissionais de saúde, elas abordaram: o bairro do Bom Retiro e sua

² Sobre as transformações dos modelos tecnológicos na organização social das práticas de saúde paulista, sugerimos acompanhar discussões em Mendes-Gonçalves (1994), *Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas dos processos de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo*. Cabe ressaltar que esse autor chama atenção para a dimensão tecnológica do saber no trabalho médico.

composição étnica, dando espaço para análise dos imigrantes bolivianos; a aceitação do cadastro pelo ACS; a adesão e o vínculo com a Unidade; as necessidades e as demandas desses usuários; as facilidades e as dificuldades na interação com eles e as estratégias usadas para superar estas últimas; e as atividades desenvolvidas com esses grupos de usuários.

A dissertação foi estruturada em quatro capítulos. No capítulo 1, faremos uma incursão sobre a formação do bairro do Bom Retiro, a partir da urbanização do cinturão de chácaras nas últimas décadas do século XIX e dos principais grupos de imigrantes que ali se instalaram desde sua origem, tais como os italianos, os judeus, os coreanos e os bolivianos, esses dois últimos predominantes no bairro atualmente. Pretendemos construir a ideia do palimpsesto dessa rede de experiências culturais diversas, que vão deixando suas marcas no território em questão. Veremos como, ao longo do tempo, a paisagem do Bom Retiro, de início predominantemente industrial, com fábricas de tecidos e a presença marcante dos imigrantes italianos, foi dando lugar a um cenário marcado pelo comércio de roupas, onde os judeus tiveram papel preponderante. Os coreanos foram, paulatinamente, ocupando o espaço comercial do Bom Retiro, em substituição aos judeus. E, gradualmente, o ramo de confecção de roupas paulistana foi se reestruturando, com a aparição de oficinas de costura, subcontratadas, muitas vezes clandestinas, ocupadas inicialmente por coreanos e posteriormente por imigrantes latino-americanos, sobretudo bolivianos, seja como ajudantes, seja como donos. Houve uma concentração no setor de atividade da confecção, no qual, ao longo dos anos, foram se estabelecendo relações de complementaridade, através de parcerias complexas, configurando um nicho de atividade econômica para os imigrantes no Bom Retiro.

Já o capítulo 2 tratará das diversas formas de organização das práticas de saúde exercidas a partir do final do século XIX, tendo o Bom Retiro como espaço delimitado por essas ações. Desse modo, iniciaremos com o primeiro modelo tecnológico da saúde pública paulista, em 1892, pautado por campanhas e pela polícia sanitária, tendo, no Desinfectório Central instalado no bairro em 1882, seu principal marco. A seguir abordaremos a Reforma Paula Souza, que em 1925 resultou na implantação de um dos três primeiros Centros de Saúde da cidade de São Paulo, um deles no Bom Retiro, tendo na educação sanitária seu instrumento privilegiado. Chegamos, então, a 1967, quando Walter Leser implantou a Programação em Saúde, passando o centro de saúde a ter, no atendimento médico individual, seu principal instrumento de trabalho. E, finalmente, será discutida a chegada do PSF ao Bom Retiro, em 2001, fruto da municipalização da saúde na cidade de São Paulo. A partir de então, um novo processo de trabalho foi implementado, centrado na matriz teórica da vigilância à saúde e no deslocamento do saber e do poder, anteriormente centrado no médico para a Equipe de Saúde da Família, composta por médico de família ou generalista, enfermeira, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, que tinha a família como seu objeto de atenção. A territorialização com a adscrição de clientela foi o núcleo estrutural desse modelo. Percorreremos esse caminho, em longa duração, visando identificar vestígios de tecnologias utilizadas nas organizações anteriores, dentro do próprio PSF.

No capítulo 3 discutiremos a interação entre os imigrantes coreanos e a Unidade de Saúde do Bom Retiro, que funciona sob a lógica do PSF desde 2001. Para tanto, iniciaremos descrevendo o início e a manutenção de sua inserção no bairro,

inicialmente como mascates, depois em oficinas de costura familiares e a sua gradual ascensão econômica, passando a dominar o comércio de roupas femininas do Bom Retiro. Para tanto, será abordada a relação que estabeleceram com os imigrantes bolivianos dentro da cadeia de produção de roupas. Chamamos atenção para a importância da família e da Igreja como instituições essenciais para a preservação da identidade étnica dos imigrantes coreanos, expressa na manutenção do uso da língua coreana. Um aspecto interessante envolve a predileção dos idosos coreanos por esse bairro e as consequências desse fato, no que se refere aos seus adoecimentos e à utilização de serviços de saúde. É assinalada a marcante “invisibilidade” dos coreanos aos olhos do PSF, além do difícil diálogo entre as normatizações desse serviço e esses imigrantes, com especial atenção para a comunicação necessária entre eles e os trabalhadores da saúde inseridos no PSF. São descritas as estratégias utilizadas para superar as dificuldades.

Por fim, o capítulo 4 analisará a interação entre os imigrantes bolivianos e o PSF do Bom Retiro. Nessa direção, abordaremos inicialmente a inserção dos imigrantes bolivianos no bairro, em 1980, estabelecendo-se nas inúmeras oficinas de costura, até então ocupadas pelo coreanos. Discorreremos sobre como gradualmente os coreanos passaram a ocupar outros patamares dentro da cadeia de vestuário, abrindo espaço para os imigrantes bolivianos, que chegavam em uma condição de clandestinidade. Essas oficinas de costura passaram a conjugar o espaço de trabalho e moradia. O capítulo abordará o modo como o PSF se relacionou com essa organização, adaptando-se também ao movimento “circulatório” dos imigrantes bolivianos pelo bairro; seus principais adoecimentos, relacionando-os com o dia a dia nas oficinas de costura; e o diálogo estabelecido entre as normatizações do PSF e as

necessidades de cuidado desses imigrantes. Por fim, trataremos da condição de aparente “invisibilidade” dos imigrantes bolivianos no bairro, em oposição a sua presença marcante no dia a dia do PSF, e de aspectos relacionados com a comunicação entre eles e os trabalhadores da saúde, identificando as estratégias propostas para implementá-la.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

- ❖ Compreender, em sua historicidade, como diferentes grupos, no caso bolivianos e coreanos, percebem e expressam suas necessidades de saúde e como o serviço as toma.

1.1.2 Objetivos Específicos:

- ❖ Descrever a formação do bairro do Bom Retiro, desde sua origem até os dias atuais, sobretudo os grupos de imigrantes que o compõem.
- ❖ Descrever os diversos modelos de organização tecnológica das práticas de Saúde Pública que ocorreram no Bom Retiro desde o final do século XIX até os dias de hoje.
- ❖ Analisar as representações que a Equipe de Saúde da Família tem sobre as necessidades de saúde dos imigrantes bolivianos e coreanos residentes no território de abrangência da Unidade, tentando identificar o quanto o modelo hegemônico de atendimento ainda é ou não dominante na prática diária.

- ❖ Delinear as representações que os diversos agentes (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde) envolvidos no processo de trabalho têm sobre a diversidade de necessidades de saúde da clientela que atende. Tais representações não se constroem de modo alheio à realidade, elas servirão para formar um quadro descritivo dessa realidade, tomando ao mesmo tempo como premissa que o que permite esse não alheamento, o que organiza essas descrições sejam concepções prévias a respeito da ordem real. A análise das primeiras leva à identificação dessas últimas, que equivale neste contexto ao saber tecnológico operante.

- ❖ Identificar as representações que os bolivianos e coreanos tem sobre a Unidade de Saúde do Bom Retiro, suas demandas e necessidades de cuidado.

1.2 REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL

Tomando como ponto de partida os objetivos desta pesquisa, buscaremos referenciais teóricos que auxiliem na demarcação e compreensão do objeto de estudo em questão. Tais referenciais se encontrarão trabalhados nos capítulos propriamente ditos, como os capítulos 1 e 2, apresentados.

I - Processo de trabalho em saúde e Pesquisa Qualitativa

Para auxiliar no entendimento do Programa Saúde da Família, enquanto proposta do Ministério da Saúde na reorganização da atenção básica, recorreremos a documentos oficiais do Ministério da Saúde (1994, 1997) e a autores que discutem esse modelo, tais como: Paim (2001), Merhy (2001), Franco e Merhy (1999) Viana e Dal Poz (1998). Será de relevância nesse processo, a discussão sobre o processo de trabalho no PSF, quando nos apoiaremos em Mendes- Gonçalves (1992, 1994) e sua discussão sobre o processo de trabalho em saúde. Ressaltamos a importância da discussão do conceito de tecnologia em saúde, uma vez que esse autor possibilitou uma compreensão mais ampliada desse conceito, promovendo uma ruptura com o entendimento de que somente tecnologias materiais estariam envolvidas no processo de trabalho em um serviço de saúde, resgatando a dimensão tecnológica do saber. Isso será importante quando analisarmos o modo como os profissionais de saúde da Unidade de Saúde da Família do Bom Retiro percebem e/ou identificam as necessidades de saúde dos usuários bolivianos e coreanos, e como se organizam para atendê-las.

Uma vez que se trata de uma abordagem qualitativa, considerações sobre as representações sociais, que serão reconhecidas nas entrevistas semi-estruturadas que faremos, tornam-se necessárias. Para tanto recorremos a Minayo (2006), para quem as representações sociais são definidas , no campo das ciências sociais, como categorias de pensamento que expressam a realidade, possibilitando explicações que a justificam ou questionam. Elas permitem uma aproximação dos significados atribuídos, pelos sujeitos, às práticas sociais e as suas relações nessas práticas, uma vez que são expressão do simbólico, do imaginário, impregnadas da singularidade e da sociabilidade desses sujeitos, sendo perpassadas por pontos de vista particulares, ideológica e culturalmente dados. Essas representações permeiam o dia-a-dia desses grupos sociais e expressam as contradições e os conflitos presentes nas condições em que foram engendradas. Da mesma forma o contexto institucional em que os profissionais de saúde exercem cotidianamente seus trabalhos influenciará as representações que esses sujeitos terão sobre seu trabalho, no caso um trabalho coletivo, e no caso em questão sobre as necessidades de saúde que serão o objeto do processo de trabalho estabelecido.

II - A História das práticas médicas e de saúde em São Paulo

Para termos uma melhor compreensão do modelo tecnológico que vigora na Unidade de Saúde da Família do Bom Retiro nos dias de hoje, iniciaremos pelo resgate dos diversos modelos de organização tecnológica das práticas de Saúde Pública em São Paulo, e seus reflexos no bairro do Bom Retiro. Para isso,

recuperaremos as origens do bairro do Bom Retiro, desde o século XIX, com especial atenção para os diversos grupos de imigrantes que compuseram sua história. Para nos auxiliar nessa proposta recorreremos à historiografia produzida em torno da cidade de São Paulo, tratando das alterações urbanas, espaciais e sócio-culturais sofridas especialmente pela região do Bom Retiro. Para isso utilizaremos os seguintes autores: Prado Jr (1983), Bruno (1954), Morse (1970), Langenbuch (1971) Glezer (1993), Evaso (2003), Fina (1976), Dertônio (1971), Mangili (2011), Póvoa (2007), Decol (1999) Hutter (1972), Silva (1995), Xavier (2010), Truzzi (2001), Buechler (2004), Cacciamali(2008), Mera (2006), Souchaud(2011) e Choi (1991).

Ainda nesse percurso historiográfico, privilegiaremos autores que realizaram estudos sobre a institucionalização da saúde pública paulista e sua repercussão em sua capital, buscando compreender como foram se estabelecendo os modelos tecnológicos de saúde pública, com suas rupturas e permanências até os dias atuais, possibilitando as análises sobre o PSF no bairro do Bom Retiro, através das premissas históricas dessas análises. Para isso citamos: Almeida (2003), Gambeta (1988), Telaarolli Jr.(1996), Ribeiro (1993), Mascarenhas (1949), Rocha (2003), Nemes (1990), Hochman (1998), Castro Santos e Faria (2010) e Mota (2005).

1.3 MÉTODO

Esta pesquisa fundamentou-se no método qualitativo por possibilitar uma aproximação essencial entre sujeito e objeto, permitindo a melhor exploração da subjetividade como objeto de conhecimento (Schraiber, 1995, p.73; Minayo, Sanches, 1993, p.244). Portanto, a subjetividade não será conceituada como um lugar inacessível ao pensamento e à ação, mas formada pelas relações estabelecidas por cada homem com suas partes e sua totalidade, mediadas por “desejos, afetos, paixões, repulsas, ódios, normatividade e trabalho” (Mendes-Gonçalves, 1992, p.28).

A abordagem qualitativa tem, segundo Nogueira-Matins e Bógus (2004, p.48), interesse no peculiar, visando uma compreensão particular do fenômeno investigado. Portanto essa abordagem se aplica a essa pesquisa, onde objetivou-se a compreensão do modo como imigrantes bolivianos e coreanos expressam suas necessidade de cuidado e como os profissionais integrantes de equipes de Saúde da Família as toma.

Com relação à técnica para a coleta do material empírico a ser trabalhado, optou-se pelo uso de entrevistas semiestruturadas, conduzidas a partir de um roteiro preestabelecido³ diante dos objetivos do estudo, preservando a possibilidade de adição de novas questões e exploração de novos conteúdos que emergissem no ato da entrevista.

O roteiro da entrevista semiestruturada (Anexo A) com os usuários bolivianos e coreanos está dividida nos seguintes blocos temáticos:

³ Foram elaborados roteiros distintos para entrevistar os imigrantes coreanos e bolivianos e os trabalhadores de saúde. Vide o Anexo A e B.

- Informações gerais
- Necessidade de saúde / demandas / raça-etnia
- Tecnologias em saúde / cuidado

O roteiro da entrevista semiestruturada (Anexo B) com os trabalhadores da Unidade está dividida nos seguintes blocos temáticos:

- Informações Gerais
- Representações sobre o bairro do Bom Retiro
- Necessidades de saúde / demandas / raça-etnia
- Tecnologia em saúde / cuidado

Todas as entrevistas foram gravadas após prévio consentimento dos participantes, a partir da leitura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)⁴, e transcritas com o intuito de manter a integralidade das narrativas.

Com relação as transcrições das entrevistas com o imigrantes bolivianos e coreanos, cabe assinalar que além da habitual edição visando aliviar o texto de certos desdobramentos parasitas, de redundâncias verbais ou de tiques de linguagem (os “bom”, “né”), que pode torná-lo completamente ilegível para quem não ouviu o discurso original, foi também realizada a tradução para o português de algumas

⁴ Ver anexo C

expressões em espanhol ou coreano. Concernente a essa questão, Bourdieu (2011, p. 709) comenta:

O processo verbal do discurso recolhido que o autor da transcrição produz está submetido a dois conjuntos de obrigações frequentemente difíceis de conciliar: as obrigações de fidelidade a tudo que se manifesta durante, e que não se reduz ao que é realmente registrado na fita magnética, levariam a tentar restituir ao discurso tudo que lhe foi tirado pela transcrição para o escrito e pelos recursos ordinários da pontuação, muito fracos e pobres, e que fazem, muito amiúde, todo o seu sentido e o seu interesse; mas as leis de legibilidade que se definem em relação com destinatários potenciais com expectativas e competências muito diversas impedem a publicação de uma transcrição fonética acompanhada das notas necessárias para restituir tudo que foi perdido na passagem do oral para o escrito, isto é, a voz, a pronúncia (principalmente em suas variações socialmente significativas), a entonação, o ritmo (cada entrevista tem seu tempo particular que não é o da leitura), a linguagem dos gestos da mímica e de toda a postura corporal, etc.

No que se refere ao processo de análise dos depoimentos coletados, iniciamos utilizando o método de análise de conteúdo do tipo temático, o qual gerará categorias empíricas ou núcleos temáticos, que foram analisados com base nas categorias de análise formuladas no quadro teórico-conceitual. Este tipo de análise busca compreender o pensamento do sujeito através do conteúdo do texto e permite tanto aprofundar os temas propostos pelo roteiro das entrevistas, quanto identificar temas emergentes (Schraiber, 1995; Caregnato, Mutti, 2006; Minayo, 2006). Ainda com relação a essa técnica, Minayo e Sanches (1993, p. 246) assinalam a importância de que uma análise qualitativa completa recorra a um quadro referencial para interpretar o conteúdo dos discursos ou fala cotidiana, ultrapassando assim a mensagem manifesta e capturando os significados latentes. Para tal utilizou-se a

interpretação de sentido, a qual considera as conjunturas, as razões e as lógicas de fala, bem como as ações e inter-relações estabelecidas com o coletivo e instituições. A interpretação dos sentidos se baseia em uma perspectiva socioantropológica, tendo como foco o fenômeno cultural (Gomes et al., 2005 p. 203-204), tomando como base o conceito de cultura de Geertz (2012, p.4), que concebe o ser humano como “um animal amarrado a teias de significados que ele mesmo teceu”, e a cultura são essas intrincadas teias e a sua interpretação pelos que a vivem e ao mesmo tempo produzem estruturas de significados socialmente estabelecidos. A interpretação seria, portanto, a compreensão dessas estruturas, dentro de sua base social e material.

Para a análise interpretativa percorremos as seguintes etapas:

- ❖ Leitura individual de cada entrevista produzida, seguindo o critério de impregnação (Schraiber, 1995; Minayo, 2006), em que se lê o material empírico de modo a apreender o pensamento de cada sujeito em seu todo, e capturar as particularidades do material de pesquisa;
- ❖ Identificação e o recorte dos temas emergentes;
- ❖ Identificação e problematização das idéias implícitas e explícitas nos depoimentos;
- ❖ Ampliação dos sentidos (socioculturais) expressos nas falas dos participantes;
- ❖ Promoção do diálogo entre as idéias problematizadas, dados oriundos de estudos semelhantes e referenciais teórico-conceituais da pesquisa;
- ❖ Composição de síntese interpretativa, relacionando o objetivo do estudo, fundamentação teórica adotada e dados empíricos;

Em relação aos campos de estudo, o lócus da pesquisa foi a Unidade de Saúde da Família(USF) localizada no bairro do Bom Retiro, na cidade de São Paulo, com 4 Equipes de Saúde da Família (EqSF), tendo 12292 usuários cadastrados, dos quais 2939 (23,9%) são bolivianos, 274 (2,2%) são coreanos, e 70 (0,57%) são peruanos (dados obtidos do SIAB _Sistema de Informação da Atenção Básica do mês de janeiro de 2010). Há portanto um grande predomínio de usuários bolivianos, enquanto que os coreanos estão em menor quantidade. Cada EqSF era constituída por: um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem, e 6 agentes comunitários de saúde. Esta Unidade é exclusivamente da ESF, e começou a funcionar sob essa lógica em 2001, quando ocorreu a municipalização da saúde na cidade de São Paulo.

Em relação aos participantes, no caso dos usuários coreanos e bolivianos utilizou-se a seleção tipo “bola de neve” (*snowball*), na qual um participante indica outro e assim por diante. Enquanto que entre os profissionais de saúde o critério de escolha foi o de antiguidade no serviço, visando ter no mínimo um representante de cada categoria profissional que compõe a equipe de Saúde da Família (EqSF). A respeito do tamanho da amostra, o número final de entrevistas não será estipulado a priori, na medida em que o principal critério usado para determinar se as entrevistas realizadas são suficientes para a investigação de um determinado assunto é a saturação da informação. A saturação ocorre quando, após um certo número de entrevistas, o entrevistador começa a ouvir, de novos entrevistados, relatos muito semelhantes àsquelas que já ouviu, havendo uma rarefação de informações novas (Fontanella et al., 2008).

A coleta de informações seguiu as seguintes etapas:

Primeiramente, com a realização de entrevistas-pilotos com uma enfermeira da equipe Saúde da Família, um imigrante boliviano e um imigrante coreano. Essas entrevistas tiveram a finalidade de possibilitar ajustes à versão preliminar do roteiro de entrevistas ao identificar questões que poderiam comprometer a compreensão e, consequentemente, a qualidade de resposta do entrevistado.

Em um segundo momento, foram entrevistados integrantes de equipes de Saúde da Família na Unidade de saúde da Família do Bom Retiro. Todas as entrevistas foram previamente agendadas e ocorreram na própria Unidade.

Em um terceiro momento foram entrevistados os imigrantes coreanos e bolivianos. Os primeiros entrevistados, boliviano e coreano, foram indicados pelos Agentes Comunitários de Saúde que tinham maior concentração desses usuários em suas microáreas. Posteriormente, os próprios imigrantes indicavam os próximos entrevistados. A pesquisadora estabelecia contato pessoal com os mesmos em suas moradias ou trabalhos. Nessa circunstância, era feito o convite para a participação no estudo após apresentar a proposta de pesquisa de forma simples e de fácil compreensão. De acordo com a disponibilidade e conveniência, alguns idosos foram entrevistados nessa mesma ocasião; outros foram agendados para outra data.

Por fim, foram realizadas 12 entrevistas: a gerente da Unidade, uma enfermeira, dois agentes de saúde, sendo um deles boliviano, um médico, um auxiliar de enfermagem, três imigrantes bolivianos e três imigrantes coreanos. As entrevistas foram gravadas e transcritas, e tiveram média de duração de 38 minutos no caso dos integrantes da EqSF, 15 minutos com os imigrantes coreanos e 26 minutos com os imigrantes bolivianos. Os participantes foram identificados com legendas — PS-

Profissional de Saúde; UB-Usuário Boliviano; UC-Usuário Coreano —, mantendo-se seu anonimato.

Tabela 1 _ Descrição dos profissionais de saúde selecionados

Entrevistado	Idade	Sexo	Local da entrevista	Nº encontros	Duração da entrevista (min)	Tempo de atuação na USF Bom Retiro (anos)
PS1	54	F	USF	1	34	2
PS2	52	M	USF	1	37	2
PS3	43	F	USF	1	36	8
PS4	63	F	USF	1	40	8
PS5	39	F	USF	1	48	2
PS6	56	M	USF	1	30	6

FONTE: Próprio autor

Tabela 2 _ Descrição dos imigrantes coreanos e bolivianos selecionados

Entrevistado	Idade	Sexo	Local da entrevista	Nºencontros	Duração da entrevista (min)	Tempo que reside no bairro (anos)
UC1	50	F	Trabalho	1	13	15
UC2	32	M	Residência	1	9	28
UC3	39	F	Trabalho	1	23	2
UB1	37	M	Oficina de costura	1	27	10
UB2	39	F	Oficina de costura	1	24	3
UB3	35	F	Oficina de costura	1	26	9

FONTE: Próprio autor

É importante ressaltar que de um modo geral todos os participantes acolheram de forma muito positiva a proposta de investigação.

2 RESSIGNIFICANDO O BAIRRO DO BOM RETIRO:

PROCURANDO PISTAS E SINAIS NA LONGA DURAÇÃO

*“Bom Retiro, Bó Ritiro dos italianos,
o “pequeno sthel” dos judeus,
bairro dos letrados em coreano,
do football dos ingleses, dos sinos da igreja armênia,
da identidade sul-americana dos bolivianos,
da “Acrópole” dos gregos, dos nordestinos,
dos comerciantes e dos sacoleiros,
do café e da ferrovia que tornaram São Paulo uma metrópole.
O Bom Retiro é um mapa-mundi encravado na cidade de São Paulo.
(Projeto IPHAN⁵, 2005)*

2.1 A chegada das chácaras ao “campos do Guaré”: do Bom Retiro rural ao fabril

A cidade de São Paulo⁶ chegou aos meados do século XIX mantendo o aspecto acanhado dos tempos coloniais, ou seja, como um núcleo adensado, aglomerado no topo de uma colina, entre os vales do Anhangabaú e Tamanduateí e confinado aos limites de uma área conhecida como “Triângulo”, formado pelas Ruas Direita, XV de Novembro e São Bento (Prado Jr., 1983, p.65).

Quanto à economia, a cidade consistia num entreposto comercial, interligando o porto de Santos aos núcleos agrícolas no Interior, onde prosperava a lavoura

⁵ Projeto IPHAN - Multiculturalismo em Situação Urbana: Inventário das Referências Culturais do Bairro do Bom Retiro. 9a Superintendência Regional do Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional em São Paulo. Departamento de Patrimônio Histórico da Secretaria da Cultura da Prefeitura do Município de São Paulo, 2005, p. 01.

⁶ O povoado de São Paulo de Piratininga surgiu em 1554, a partir da construção do colégio jesuíta, sendo promovido à condição de Vila de São Paulo em 1560, quando a Vila de Santo André da Borda do Campo foi transferida para esta região, que atingiu a categoria de cidade em 11/06/1711 (Prado Jr., 1983).

canavieira e, posteriormente, o café, oriundo da expansão no Vale do Paraíba, fundamentada no trabalho de base escravista⁷ (Matos, 1958, p.61). Com relação à densidade populacional, Glezer (1993, p.164) ressalta que, mesmo tendo obtido o título de vila em 1560 e de cidade em 1711, São Paulo manteve por longo tempo a fisionomia de um pequeno povoado, com uma população escassa, de cerca de 5 mil habitantes em 1766, e 9.500 habitantes em 1794. Em censo realizado por Müller⁸ em 1836, foram registrados 21.933 habitantes na cidade, sendo que, desse total, 9.391 se concentravam nas três freguesias (Sé, Santa Ifigênia e Brás) que compunham o centro urbano (Langenbuch, 1971, p.8). Outro registro importante do século XIX foi o primeiro censo geral ocorrido no Brasil, que data de 1872 e contabilizou 31.385 habitantes (IBGE, 1950). O aumento da população nesse período foi decorrência, sobretudo, da instalação da Faculdade de Direito, resultando na vinda de muitos estudantes para a cidade e constituindo o que Ernani Silva Bruno (1991) chamou de “burgo de estudantes”.

⁷ A escravidão indígena só passou a ter importância comercial no século XVII, como mão de obra. No final do século XVII teve início a utilização do escravo negro, de tal modo que, durante o século XVIII, esta passou a ser a mão de obra principal (Silva, 1958).

⁸ Recenseamento feito na Província de São Paulo, em 1836, pelo Marechal Daniel Pedro Müller.

Mapa 1- Planta da Cidade de São Paulo, 1810

FONTE: Arquivo Aguirra do Museu Paulista - USP

A partir de 1860, ao redor do “Triângulo”, constituiu-se um verdadeiro “cinturão de chácaras”⁹, que tinha basicamente duas funções: a de residência de fazendeiros e a do cultivo de frutas e legumes, para consumo próprio e para abastecimento da cidade (Langenbuch, 1971, p.76). A aproximadamente três quilômetros do centro, avistava-se o “Campos do Guaré” ou Guarepe (caminho do rio, várzea ou baixada do rio), que, no final do século XIX, daria lugar ao bairro do Bom Retiro. Essa região preservou, nesse período, uma paisagem caracterizada por uma extensa planície junto às várzeas dos rios Tietê e Tamanduateí, com uma vegetação rala e arbustiva, aproveitada para o pastoreio e para a pequena atividade agrícola (Santos, 2000, p.36). Havia três marcos importantes nesse local: o Horto Florestal (futuro Jardim da Luz), com obras iniciadas em 1790 e concluídas em 1825; a Casa de Correção; e o Convento da Luz (Matos, 1958, p.50).

Com o intenso processo de urbanização dessa área, forçou-se o desmanche das chácaras¹⁰ para formação de ruas, onde seriam edificadas casas (Bruno, 1991, p.555) e construída a Estrada de Ferro. Isso porque a influência de uma elite cafeeira de grande prestígio político, interessada em implementar o escoamento de sua produção para o exterior através do porto de Santos, foi determinante na construção de ferrovias em São Paulo, o que vinha ao encontro de seus interesses. Portanto, a construção de uma rede de ferrovias no estado de São Paulo foi financiada, principalmente, pelos recursos gerados por essa lavoura (Camargo, 2004, p.140). Um

⁹ O estudo de Jurgen R. Langenbuch (1971) sobre os arredores do núcleo paulistano em meados do século XIX revela a formação de dois círculos concêntricos ao redor da cidade. Um de menor raio, onde predominavam as chácaras, “cinturão de chácaras”; e outro, externo: havia uma faixa de propriedades mais extensas, denominadas sítios ou fazendas, que compunham o “cinturão caipira”, voltado basicamente para a agropecuária, destinada ao abastecimento da capital.

¹⁰ Dentro da proposta de periodização da história da cidade de São Paulo, de Maria Adélia Aparecida de Souza (1994, p.52), o período entre 1840 e 1865 se caracterizou pela “despedida das chácaras”, que sucumbiram à expansão da urbe.

marco desse período foi a inauguração do primeiro trecho da Estrada de Ferro “São Paulo Railway”, também conhecida como “a inglesa”, cujas obras se iniciaram em 1860 e terminaram em 1867. Esta ferrovia ligava as estações da Luz e do Brás ao Porto de Santos e depois foi estendida até Jundiaí, passando a ser chamada “Ferrovia Santos-Jundiaí” (Santos, 2000, p.30). Esta estrada de ferro, juntamente com a Estrada de Ferro Sorocabana (1875), cujo traçado era paralelo ao da “inglesa”, gerou grande transformação na cidade como um todo e, com maior intensidade, ao longo de seus eixos.

Outra questão que se colocava era a necessidade de mão de obra. E, nesse sentido, havia projetos relacionados ao estímulo ao trabalho livre, pois, com o final do tráfico de escravos e a posterior abolição da escravidão, no final do século XIX, haveria o aumento do fluxo de imigração (Camargo, 2004, p.134).

Cabe ressaltar que os projetos de imigração revestiam-se também de um caráter ideológico¹¹, defendendo a ideia de que a incorporação de elementos étnicos superiores, de origem europeia, resultariam, pela miscigenação, em um “branqueamento” da população brasileira. E isso seria, então, uma solução para extinguir suas “más características” – como a apatia e a indolência determinadas pela cor negra de seu povo –, camuflando o fato de que o atraso brasileiro em relação às outras nações se pudesse dever ao seu passado de práticas econômicas e sociais de caráter escravista (Hasenbalg, 2005, p.247). O trabalhador livre nacional era marginalizado, pois pairava sobre ele a pecha de indisciplinado e “ocioso” (Ribeiro, 1993, p.16). A incorporação do imigrante europeu, branco, considerado

¹¹ O termo “ideologia”, segundo Marilena Chaui (2008, p.96), significa um mascaramento da realidade social, que permite a legitimação da exploração e da dominação.

geneticamente superior, resultaria no branqueamento da população mestiça brasileira, possibilitando uma limpeza racial, segundo o pensamento sanitário e eugênico, basicamente paulistano e carioca, nas primeiras décadas do século XX (Mota, 2003).

A vinda dos imigrantes ao Brasil na segunda metade do século XIX foi, para as concepções eugênicas, de extremo valor. Isso porque era depositado no estrangeiro, principalmente no europeu, um enorme dispositivo a ser usado na “fabricação do brasileiro ideal” (Mota, 2003, p.69, grifo do autor).

O loteamento de sítios e de chácaras localizados entre a linha férrea da “inglesa” e as várzeas do Tietê e do Tamanduateí originou o bairro do Bom Retiro. Entre essas propriedades estavam: o Sítio do Carvalho, a Chácara do Bom Retiro e a Chácara Dulley (Mendes, 1958, p.196). Segundo Dertônio (1971, p.12), é relevante pontuar que, por ser uma área de várzea, havia muitas olarias, a primeira das quais se alojou exatamente no “Campos do Guaré”¹², pertencente a um judeu alsaciano chamado Manfred Meyer¹³. Meyer teria adquirido, em fins do século XIX, a Chácara do Bom Retiro¹⁴, que também foi loteada¹⁵, em razão da grande valorização das terras,

¹² A primeira ocupação das várzeas do “Campos do Guaré” foi feita pela Olaria de Manfred Meyer, judeu alsaciano, por volta de 1860 (Dertônio, 1971, p.12). A instalação dessa olaria se deu num momento em que ocorreu, de fato, uma grande proliferação de olarias nas várzeas do rio, motivada pela substituição da taipa de pilão por tijolos na construção civil. Foi, portanto, das olarias instaladas nas várzeas do Bom Retiro que saíram as telhas, os tijolos e as manilhas que ergueram as fábricas, as casas e as outras edificações do bairro do Bom Retiro. A importância dessa atividade é demonstrada pelo fato de que, em 1836, já existiam 40 “oleiros” na cidade, que naquela ocasião faziam tijolos para ladrilhar os pisos das construções. Contudo, em 1857, passaram a fabricar telhas e tijolos, pois, após 1850, quando houve grave inundação na cidade, a taipa de pilão passou a ser gradualmente substituída por tijolos nas construções (Jorge, 2006).

¹³ Em muitos documentos históricos, consta o nome Manfredo, em vez de Manfred.

¹⁴ Em consulta ao Arquivo Municipal da cidade de São Paulo, encontramos o documento, datado de 1916, em que Victor Mercado, advogado, faz breve relato histórico, topográfico e evolutivo do bairro do Bom Retiro, de 1600 até aquela data. Nesse documento consta que em 1756 havia, no “Campos do

resultante da instalação da ferrovia, que atraiu indústrias e imigrantes. A planta da capital de São Paulo e seus arrabaldes, feita por Jules Martin em 1890, já mostra o arruamento do Bom Retiro no trecho compreendido entre a linha férrea e o Jardim da Luz.

Guaré”, a Chácara do Bom Retiro, pertencente ao Dr. Luiz de Campos, e que, ao longo dos anos subsequentes, essa propriedade passou por várias transferências, até que, em 13/11/1878, foi vendida para Manfredo Meyer e sua mulher, Elvira de Souza Queiroz Meyer, e a Veríssimo Ferreira de Paiva e sua mulher, Adele Seide de Paiva. Na verdade, nessa transação foram vendidas três chácaras: a Chácara do Bom Retiro, a Chácara das Palmeiras e a Chácara da Casa Verde. Está relatado também que o terreno da Chácara do Bom Retiro estava localizado entre os trilhos da Estrada de Ferro Sorocabana e a Estrada de Ferro a “inglesa”, e nele havia uma olaria e uma moradia, que posteriormente seria ocupada pelo Desinfectório Central. Informa também que, em 1875, já existia a rua do Imigrante, que posteriormente iria chamar-se rua José Paulino, a principal do bairro. Cabe destacar que, segundo Fina (1976, p.130), alguns historiadores indicam a Chácara do Bom Retiro como de propriedade do barão de Três Rios.

¹⁵ Isso se confirma nos registros do Arquivo Aguirra – disponível no Museu Paulista da USP –, onde constam transações de venda de propriedades por Manfred Meyer a partir de 1881.

Mapa 2 – Planta da Capital do Estado de S. Paulo e seus arrabaldes (1890), por Jules Martin

FONTE: Arquivo Aguirra do Museu Paulista da USP

Segundo Fina (1976), as regiões do Brás, Pari, Canindé, Luz e Campos Elísios foram interligadas pelo eixo das Ruas João Teodoro, Ribeiro de Lima e Helvetia, porém ainda de forma precária, uma vez que a passagem se encontrava no nível da linha da Inglesa. Essa situação de isolamento foi mais bem resolvida pela construção de um viaduto unindo a Rua José Paulino, principal via de acesso ao bairro, à Rua Couto Magalhães, em 1884, e pela abertura da passagem inferior da Alameda Nothmann, sob as linhas da estrada de Ferro Santos-Jundiaí e a Rua Silva Pinto, em 1890 (Santos, 2000, p.46).

2.2 Hospedaria dos Imigrantes e Desinfectório Central: do mercado de mão de obra ao controle sanitário urbano

A Hospedaria dos Imigrantes do Bom Retiro situava-se na porção final da antiga Rua dos Imigrantes, hoje Areal (continuação da Rua José Paulino) com a Tenente Pena e com a Mamoré (Paiva, 2000, p.8). Estava subordinada à Secretaria da Agricultura e foi a segunda¹⁶ instalada na cidade de São Paulo, inaugurada em 1882. Ocupava um sobrado de dois andares, com repartições desiguais em tamanho, onde os imigrantes dormiam em colchões estendidos sobre tábuas apoiadas em cavaletes toscos.

¹⁶ A primeira Hospedaria de Imigrantes na cidade de São Paulo – Hospedaria de Sant’Ana – foi instalada no bairro de Santana, na zona norte da cidade, onde funcionou entre 1878 e 1880, e constituiu a primeira tentativa de sistematizar e racionalizar os serviços de recepção, hospedagem e encaminhamento dos imigrantes que chegavam. Entre 1880 e 1882, os imigrantes se alojavam em vários lugares, entre eles o Areal, que era um rancho às margens do rio Tamanduateí e a Mançom d’Ouro, uma pousada no bairro da Luz (Paiva, 2000, p.8; Paiva, 2008, p.20).

Quando o imigrante desembarcava na Estação Ferroviária Norte, no Brás, os homens percorriam a pé esse percurso, enquanto as mulheres e as crianças eram transportadas de bonde até o largo da Luz, de onde andavam um quilômetro, a pé, até o Bom Retiro. O sobrado onde se instalou provisoriamente a Hospedaria já existia no terreno vendido por Manfred Meyer para a Fazenda Municipal.¹⁷ Em 1885 foram feitos melhoramentos no prédio, porém visavam apenas a mascarar as péssimas instalações (Hutter, 1972, p.83).

Em maio de 1887, ou seja, antes de o novo prédio da Hospedaria do Imigrante no Brás ficar pronto (junho/1887), o serviço de imigração foi transferido do Bom Retiro para lá, em função de uma epidemia de varíola e difteria. Apesar de estar, nessa ocasião, concluído apenas 1/3 do estabelecimento, as condições higiênicas e de acomodação eram melhores do que na hospedaria do Bom Retiro, que tinha capacidade para 500 imigrantes e logo ficou sobrecarregada. Até 1889, as duas hospedarias funcionaram simultaneamente, mas no Bom Retiro ficaram os imigrantes que aguardavam o seu restabelecimento ou de pessoa da família, para seguir seu destino. Sendo assim, a Hospedaria do Imigrante do Bom Retiro era utilizada como alojamento de enfermos, além de, quando a nova Hospedaria do Brás estivesse lotada, receber imigrantes que continuavam a chegar (Hutter, 1972, p.80).

O final do século XIX assistiu à transformação que ocorreu na cidade de São Paulo, que pretendia alcançar uma “modernização europeizante” (Mota, 2005, p.78).

¹⁷ Em consulta ao acervo do Museu de Saúde Pública Emílio Ribas, encontramos o documento do 3º Cartório de notas da capital, onde está declarado que Manfred Meyer e sua mulher, Elvira Isabel de Souza Queiroz Meyer, venderam, em 04/03/1882, ao governo provincial, um prédio denominado Bom Retiro, de frente para Rua do Imigrante. Evaso (2003, p.263), também em consulta ao acervo do mesmo museu, descobriu segundas vias de escrituras (requisitadas em 1953 pelo filho de Emílio Ribas, Félix Ribas) que comprovam que o terreno foi adquirido do casal Manfred e Elvira Meyer pela Fazenda Municipal, em março de 1882.

Além disso, como bem observou Santos¹⁸ (2008), se nem todos eram italianos, somava-se a eles um grande contingente de pobres nacionais (pretos, pardos, mestiços, caipiras, caboclos, etc.). Dessa forma, os nacionais e os imigrantes compartilhavam os mesmos espaços de moradia, trabalho e exclusão dentro desse modelo e, portanto, habitavam os bairros populares, como o Bom Retiro.

As epidemias de febre amarela no oeste paulista colocavam em risco a expansão cafeeira e a política de imigração em massa. Na cidade de São Paulo havia falta de habitação, falta de água salubre e de esgoto; elevada mortalidade infantil; tuberculose; e epidemias de febre tifoide. O grande sinal de alerta foi quando, em 1886, as autoridades italianas passaram a não recomendar que seus habitantes emigrassem para o Brasil, principalmente para a província de São Paulo, qualificada de inóspita e insalubre (Ribeiro, 1993, p.26).

Diante da ameaça de ver interrompida a chegada de imigrantes europeus e buscando alcançar a desejada construção de uma nacionalidade branca, tendo São Paulo como exemplo de desenvolvimento econômico, social e racial, era necessário sanear a cidade, pois as condições sanitárias da província eram muito ruins; e, para isso, as intervenções das instituições médico-sanitárias paulistas, a partir de 1892, foram de grande utilidade e importância (Mota, 2005, p.15).

Sendo assim, no início da República¹⁹ se iniciou a institucionalização da saúde pública paulista, resultado de um processo de descentralização determinado pela Constituição de 1891, que definiu que seria atributo dos governos estaduais a execução dos serviços terrestres de saúde pública. O Serviço Sanitário do Estado de

¹⁸ Ver Santos CJFD, 2008.

¹⁹ Em 15/11/1889, iniciou-se a era republicana (Mascarenhas, 1949, p.38).

São Paulo e o Serviço Geral de Desinfecção foram criados em 1892, e a promulgação do primeiro código sanitário estadual ocorreu em 1894 (Mascarenhas, 1949). Vale ressaltar que tudo isso se deu em meio a epidemias de febre amarela, febre tifoide, varíola, malária e cólera. Nesse cenário instituiu-se o primeiro modelo tecnológico na Saúde Pública Paulista, baseado na epidemiologia²⁰ enquanto saber, que apoiava suas ações em campanhas e na polícia sanitária. Esse modelo está associado à figura de Emílio Ribas, que foi diretor do Serviço Sanitário do Estado entre 1898 e 1917 (Mendes-Gonçalves, 1994, p.110). O Desinfectório Central é um marco desse modelo, e inicialmente dividiu com a Hospedaria do Imigrante o exíguo espaço no sobrado onde foi instalado no Bom Retiro, em 1882. Isso se deu por pouco tempo, pois, já em 1893, o Desinfectório Central foi transferido para suas instalações definitivas, na esquina da atual Rua General Flores com a Rua Tenente Pena, no bairro do Bom Retiro.

²⁰ A Epidemiologia teve como base as descobertas de Pasteur, pelo que se convencionou chamar de “era bacteriológica”. Não havia a possibilidade apenas de identificar os agentes causais microbianos, mas era preciso também desvincular a ocorrência de doenças infecciosas de seus determinantes sociais. A identificação do modo de transmissão dessas doenças permite ações no ambiente, cortando o nexo entre a organização social e a doença (Mendes-Gonçalves, 1994, p.111).

Foto 1 – Desinfectório Central _1910

FONTE: Museu Emílio de Saúde Pública “Emílio Ribas

A rotina desse serviço era a de desinfetar instalações sanitárias em prédios públicos e privados, ralos, bocas de lobo, ruas e praças públicas, fazendo também a remoção de mortos e o isolamento dos doentes. Mantinha um serviço especial na Hospedaria de Imigrantes, onde eram desinfetadas as roupas, na estufa, e os objetos, nas câmaras de enxofre, mantendo fornos de incineração de objetos e roupas. Os imigrantes eram os mais visados nas desinfecções (Ribeiro, 1993)²¹.

²¹ Tal modelo tecnológico vigorou até 1925, quando o médico Geraldo H. Paula Souza empreendeu uma reforma do Serviço Sanitário que resultaria no Segundo Modelo Tecnológico da Saúde Pública Paulista, sobre o qual falaremos mais adiante. Com isso, o Desinfectório Central passou a ser dependência da Inspectoria de Profilaxia de Moléstias Infecciosas, a qual se transformaria em Seção de Epidemiologia e Profilaxia Geral, em 1938, ligada ao Departamento de Saúde. Até que, em 1965, por meio de um decreto do governador do Estado, foi criado o Museu de Saúde Pública “Emílio Ribas” (Figura 2), instalado no prédio do Desinfectório Central, tendo sua inauguração ocorrido em 1979 (Oliveira, 2006, p.47).

Foto 2 – Museu Emílio Ribas

FONTE: Museu Emílio de Saúde Pública “Emílio Ribas

2.3 O “Bó Ritiro” dos italianos

São Paulo, entre o final do século XIX e o início do XX, se constituiu em uma das maiores cidades de imigrantes do mundo. De modo que, em 1893, os estrangeiros já representavam 54,6% da população. Em 1920, após vários anos de imigração reduzida, a proporção de estrangeiros era de 35%. E, em 1934, os

imigrantes representavam 28% da população total, sendo 67% dos moradores da capital paulista formados por estrangeiros ou filhos de estrangeiros. Mesmo com a redução progressiva da imigração ao longo do tempo, essa proporção atingiu 22% da população em 1940 e 14 % em 1950 (Hall, 2004, p.122).

O Bom Retiro seria um dos bairros da cidade de São Paulo que participaria desse momento histórico de fluxo de pessoas e de transformações das atividades econômicas, em função de estar localizado na área central da cidade de São Paulo, entre as duas principais linhas de transporte da época: a Estação Sorocabana (1875) e a Estação da Luz (1867) (Marum, 2009, p.7). Ao mesmo tempo, a Hospedaria dos Imigrantes permaneceu funcionando até 1889 e, conjuntamente com o Desinfectório, se configurou como um polo imigratório. Soma-se a esse fato a possibilidade de trabalho oferecida pelas indústrias nessa área, o que fez do Bom Retiro um bairro de imigrantes, de feição proletária (Truzzi, 2001, p.3). Entre esses grupos, destacavam-se os gregos, os armênios e os sírios; entretanto, a presença italiana foi dando a esse quadro colorações cada vez mais marcantes.

Entre 1880 e 1889, chegaram à província de São Paulo 144 mil italianos, seguidos de mais 430 mil, na década seguinte, representando 34% da população da capital. Já no começo do século XX, eles eram 50% (Hall, 2004, p.124). No caso dessa massa de imigrantes italianos do Bom Retiro, podemos falar de um franco processo de “italianização”, reflexo do que ocorria em toda a cidade de São Paulo, fruto, sobretudo, do contínuo êxodo dos colonos italianos, que deixavam as fazendas do interior de São Paulo para sobreviver de pequenos expedientes na cidade (Pinto, 1994, p. 69). Segundo Hall (2004, p.130), houve, inclusive, o desenvolvimento de uma língua distinta, a ítalo-paulistana, fala popular que inspirou os versos de um

poema do escritor Alexandre Ribeiro Marcondes Machado (1892-1933), estudante da Escola Politécnica da Rua Três Rios, que, com o pseudônimo Juó Bananére, escrevia em *La Divina Incrência*, retratando a marca da presença italiana:

Ai chi me dera

Chi o meu úrtimo sospiro

Fosse lá nu Bó Retiro

I o meu tumbolo també

Fica p'ra sempre

Giunto das intalianigna

Cada quar mais bunitigna

Maise bó non podi avê... (Dertônio, 1971, p.51)

Tabela 3 – Distribuição, por nacionalidade, de imigrantes no porto de Santos, 1882-1891

NACIONALIDADE	NÚMEROS
Italianos	202.503
Portugueses	25.925
Espanhóis	14.954
Alemães	6.196
Austríacos	4.118
Russos	3.315
Franceses	1.922
Dinamarqueses	1.042
Belgas	851
Ingleses	782
Suecos	685
Suíços	219
Irlandeses	201
Outros	483
Total	263.196

FONTE: Morse, 1970, p.241

A chegada desses imigrantes ao Bom Retiro foi acompanhada pelo crescimento de vilas, quintalões e cortiços ao lado das fábricas, dos galpões, dos depósitos e das oficinas (Santos, 2000, p.57). Portanto, a exemplo de outros bairros operários, a maior parte das casas era modesta, e os poucos casarões foram, com o tempo, sendo transformados em cortiços (Truzzi, 2001, p.4). Havia um discurso médico e científico que tentava impor um padrão de vida ao operário, com intuito de discipliná-lo para o trabalho e reduzir tensões sociais. E, dessa forma, se mascarava o fato de que a especulação imobiliária²² levaria os trabalhadores a se aglomerarem em pequenas unidades habitacionais (Siqueira, 2002, p.29). Enquanto bairro

²² Mangili (2011, p.45) chamou a atenção para o fato de que a caracterização do Bom Retiro como bairro operário foi determinada pelo tipo de loteamento das chácaras da região, definindo lotes com dimensões pequenas e com notória precariedade da infraestrutura. Padrão bem diferente do bairro vizinho, Campos Elíseos, que visava a atrair uma população de alta renda por meio de um desenho urbano, de infraestrutura e dimensões de lotes diferenciados.

operário localizado próximo ao centro, o Bom Retiro abrigava um grande número de oficinas de fundo de quintal e outros estabelecimentos a meio termo entre comércio e indústria — tendas de sapatarias, marcenarias, fábricas de massas, de graxa, de óleos, de frutas, fundições, tinturarias, fábricas de calças, manufaturas de roupas e chapéus, etc. (Truzzi, 2001, p.4).

Apesar da dificuldade para construir uma vida coletiva, a vida cultural era muito ativa, de modo que, no início do século XX, havia muitos círculos associativos, grêmios dramáticos e duas escolas italianas no bairro, demonstrando a apropriação desse território pelos italianos. Atualmente, a presença de italianos no Bom Retiro se concentra na região que se estende da Rua Sólon em direção à várzea, onde encontramos a maioria das vilas remanescentes do período em que serviam aos operários das fábricas – eram as vilas operárias. Com a chegada do imigrante judeu, a partir dos anos de 1920, lentamente o caráter operário do bairro foi cedendo lugar a uma função mais comercial. Ocorreu mais uma metamorfose do espaço, conferindo ao Bom Retiro um caráter distinto de outros bairros operários congêneres da capital paulista (Truzzi, 2001, p.4).

2.4 Bom Retiro: o pequeno *shtetl* dos judeus²³

Não podemos iniciar a apresentação da inserção dos judeus no bairro do Bom Retiro, sem antes esclarecer que estamos longe de nos reportarmos a um grupo de

²³ *Shtetl*, diminutivo de *shtot*, cidade ou vila, em iídiche (de *Stadt*, em alemão), significa cidadezinha ou aldeia, pequena comunidade (Póvoa, 2007, p.269).

origem nacional comum. Tratamos aqui de um grupo de indivíduos unidos por uma identidade judaica, de caráter religioso, independentemente da sua origem étnica, de sua tradição e de sua nacionalidade. Historicamente, a emigração significou para essa comunidade a possibilidade de manutenção de seus valores. E sua dispersão pelo mundo levou a uma perda de referenciais como: “país”, “estado”, “território”, pois gradualmente ocorria uma assimilação à terra de chegada, o que favorecia a sua permanência no lugar (Póvoa, 2007). Outro aspecto a ser considerado, para entendermos a inserção dos judeus no bairro do Bom Retiro, é a sua vocação urbana, fruto da sua concentração ancestral em cidades, o que era uma vantagem competitiva, num mundo cada vez mais urbanizado (Decol, 1999, p.13).

A primeira referência histórica à figura judaica no Bom Retiro refere-se a Manfred Meyer, que fazia parte de um grupo de judeus franceses, quase todos da Alsácia, que vieram para o Brasil no século XIX, em decorrência da guerra de 1870, que anexou a Alsácia à Alemanha. Este judeu alsaciano e comissário do consulado francês carioca foi autorizado, em 1871, a aceitar subscrições em Jundiaí para as vítimas da guerra franco-prussiana. Terminou por fixar-se na cidade de São Paulo, onde instalou, no Bom Retiro, a primeira grande olaria da cidade e comprou grandes terrenos na região, que foram posteriormente loteados e vieram a constituir o futuro bairro do Bom Retiro. Nessa ocasião ainda havia no bairro poucos judeus, e era a época da chegada dos italianos, pelos idos de 1880 (Wolff, Wolff, 1988, p.69).

Sobre Manfred Meyer, Hilário Dertônio escreve o seguinte:

Por volta de 1860 o Bom Retiro passará a contar com a primeira grande olaria da cidade, que utilizava as argilas da várzea, a Olaria Manfred, e em fins do século XIX o capitalista Manfred Meyer adquiriu e loteou uma enorme área, abrindo ruas. Os italianos, a partir de 1880, e os israelitas, a partir de 1900, encontraram para si um “bom retiro” no bairro (Dertônio, 1971, p.12).

Bruno (1954, p.1035) também menciona Manfred Meyer, citando um texto de Henrique Raffard, de 1890: “Bem andou o Manfredo Meyer abrindo ruas e vendendo lotes nos seus vastos terrenos do Bom Retiro”, indicando o seu forte caráter empreendedor. Freidenson (2006, p.185), em artigo sobre a integração dos judeus em São Paulo, cita a fala de uma entrevistada em sua pesquisa, em 2003, sobre a imigração judaica em São Paulo, que também menciona o nome de Manfred Meyer como uma figura que auxiliou a inserção dos judeus no bairro do Bom Retiro: “No Bom Retiro tinha um senhor que se chamava Manfredo Meyer, que era judeu, e que construiu uma vila de casas e as alugava a um preço baratíssimo e algumas pessoas que não podiam pagar e ele não cobrava nada”. Desse modo, ressaltamos que, mesmo antes da chegada da primeira grande leva de judeus ao bairro do Bom Retiro, a presença de judeus como Manfred Meyer foi determinando a conformação de um espaço que inicialmente teria feições fabris e, futuramente, tomaria características essencialmente comerciais, imprimindo ao bairro características distintas de outros bairros operários da capital paulista.

Há registro de imigrantes judeus em São Paulo desde o século XIX, porém as levadas mais significativas chegaram nas primeiras décadas do século XX. Onze mil judeus entraram entre 1900 e 1920 no Brasil; na década de 1920, trinta mil; e, na década seguinte, 28 mil (Lesser, 1995, p.316). Na segunda década do século XX, os judeus encontraram um país que se urbanizava, na transição de uma economia sob a

hegemonia do café para uma sociedade industrial. E, nesse contexto, a falta de experiência na agricultura e a vocação urbana desses imigrantes determinaram sua fixação nos grandes centros urbanos emergentes. O recenseamento de 1940 identificou 17.219 judeus na cidade de São Paulo (IBGE, 1940) e, em 1950, havia 22.808²⁴ (IBGE, 1950).

Um ponto distintivo da imigração judaica foi a formação de instituições de assistência econômica, social e moral que atuavam como uma rede dentro e fora do Bom Retiro, possibilitando contatos, oportunidades e recursos que facilitaram a inserção e o estabelecimento de famílias judaicas nesse bairro. Dessa forma, os imigrantes recém-chegados eram acolhidos com alojamento, quando não tinham parentes ou amigos em São Paulo, recebendo orientações sobre documentos, aulas de português, emprego e escola para os filhos. Eles trabalhavam como mascates ou ambulantes e eram empregados por comerciantes judeus já estabelecidos (Truzzi, 2001, p.6-7).

Por volta de 1915, judeus asquenazitas²⁵ começaram a organizar as primeiras instituições religiosas e de auxílio aos imigrantes, tendo sido fundada, em 1916, a

²⁴ Devemos sublinhar que, somente a partir do censo de 1940, as categorias religiosas foram pela primeira vez enumeradas separadamente pelo IBGE e, portanto, passou a existir a categoria de judeus. Outro aspecto é que, como se trata de um censo de religião e não de país de origem, inclui imigrantes e seus descendentes, que se identificavam aos recenseadores como judeus. Esse autor lembra também que, no período do Estado Novo, Getúlio Vargas impôs restrições à entrada de judeus no Brasil, e a identificação destes, enquanto categoria religiosa, pelo Censo do IBGE, se iniciou no censo de 1948 (Decol, 1999).

²⁵ A cidade de São Paulo recebeu imigrantes judeus de várias procedências, e entre eles havia dois grupos predominantes: os asquenazitas e, em menor número, os sefaraditas. Essas denominações se referem à origem geográfica. Ashkenazitas ou asquenazitas foram o grupo mais numeroso de judeus. O termo aplica-se aos israelitas da Europa centro-oriental de fala iídiche (língua de origem alemã recheada de palavras hebraicas e eslavas). Sefaraditas são os judeus de origem espanhola e portuguesa, que se espalharam pelo norte da África, império otomano, parte da América do Sul, Itália e Holanda, após a expulsão dos judeus da Península Ibérica no final do século XV. Eles falam ladino, um tipo de “portunhol” medieval, com expressões hebraicas e turcas. Com o tempo, esses judeus abandonaram o ladino e passaram a falar o idioma local (Póvoa, 2007). Os judeus sefaraditas, majoritariamente da Esmirna e da Turquia, eram, muitos deles, abastados comerciantes e financistas

Sociedade Brasileira de Beneficência EZRA, sem envolvimento político, que tinha função assistencial (Freidenson, 2006, p.185). Havia também a Sociedade Cooperativa de Crédito Popular do Bom Retiro, fundada em 1928, que visava a apoiar os recém-chegados, conduzindo-os aos trabalhos temporários e, mais tarde, absorvendo-os no quadro de funcionários de estabelecimentos comerciais e fábricas pertencentes à comunidade e fornecendo amparo significativo ao novo imigrante (Póvoa, 2007, p.189).

Os judeus que começaram a chegar ao Bom Retiro a partir de 1920 ocuparam a parte alta do bairro, mais próxima da ferrovia e mais distante da várzea. Uma primeira leva procedia do Leste europeu e era composta de “judeus russos”²⁶, que vinham de regiões do Império russo em desagregação e ficaram conhecidos como os “russos de prestação”, pois praticavam o comércio ambulante pelas ruas do centro da cidade e do próprio bairro. Gradualmente, ascenderam economicamente, tornando-se comerciantes (Truzzi, 2001, p. 5).

Os judeus russos (em sua maioria askenazim) tinham experiência na confecção de roupas e foram responsáveis pela introdução de um fator tecnológico, a máquina de costura, que precipitou grandes transformações socioeconômicas nesse setor. O aparecimento das primeiras fábricas de algodão capazes de produzir roupas em escala industrial levou ao desemprego judeus que viviam da produção artesanal de vestuários, que se viram diante da alternativa de migrar para as cidades grandes, onde

ou profissionais liberais de classe média, que emigraram para fugir da decadência e da instabilidade do Império Otomano. Em São Paulo, dedicaram-se ao comércio, alguns já com estabelecimentos comerciais e outros como mascates, e instalaram-se principalmente na Mooca, mas também no Cambuci e no Ipiranga (Hall, 2004, p.145).

²⁶ Decol (1999, p.15), citando a periodização clássica das imigrações judaicas feita por Hersch (1946), aponta que o período da imigração dos judeus do Leste europeu (russo) começou no último quarto do século XIX e se estendeu até 1920.

havia demanda de mão de obra para a indústria nascente, ou de emigrar (Decol, 1999, p.18).

Foto 3 - Judeu mascate

FONTE: wallacemelobarbosa.blogspot.com.br/2011_07_01_archive.html

Logo em seguida, após a Primeira Guerra Mundial, sobretudo entre o ano de 1920 e as vésperas da Segunda Guerra Mundial, ocorreu um fluxo mais denso de judeus asquenazi da Europa Oriental, principalmente da Polônia, para o Brasil, sobretudo porque os Estados Unidos e a Argentina estabeleceram restrições à imigração, o que fez com que esses imigrantes passassem a vir para o Brasil. Eram, em sua maioria, provenientes da classe trabalhadora, falavam iídiche e, quando

religiosos, eram tradicionalistas. Fixaram-se no Bom Retiro, principalmente nas Ruas da Graça, Três Rios, Guarani, Joaquim Martinho, José Paulino, Corrêa de Mello e Prates, dedicando-se ao comércio varejista e de atacado, abrindo pequenos negócios e indústrias de fundo de quintal, onde revendiam os produtos manufaturados (Lesser, 1995, p.153).

No decorrer da década de 30, o Bom Retiro foi gradualmente assumindo ares cada vez mais judaicos, embora o censo de 1934 apontasse que os italianos ainda representavam cerca de um terço da população residente. Devemos ressaltar que esse censo distinguiu apenas nove nacionalidades (portugueses, italianos, espanhóis, alemães, austríacos, húngaros, russos, japoneses e sírios) e, desse modo, aqueles que não se agrupavam nessas nacionalidades foram enquadrados sob o item “outras nacionalidades”, como é o caso de muitos judeus de origem não russa. Os valores da imigração dessa categoria no bairro do Bom Retiro são extremamente elevados, chegando a alcançar, na parte alta do bairro, cifras acima de 40% da população residente, indicando a forte presença judaica.

Essa década constituiu, de fato, um momento de transição, em que conviviam judeus e outras nacionalidades (sobretudo italianos) no comércio do bairro. De tal modo que, em sua primeira metade, a maior parte das famílias de origem judaica do bairro ainda trabalhava no comércio ambulante, embora vários já tivessem estabelecido lojas ali (lojas de tecidos, sapatarias, joalherias, armarinhos, chapelaria, etc.). No início da década de 40, a parte alta do bairro já era um ambiente francamente judeu, com sinagogas²⁷, filmes falados e cantados em iídiche, vestuários

²⁷ Póvoa (2007, p.188) registra que a construção das duas primeiras sinagogas no Bom Retiro marcaram o início legítimo do uso do território pela comunidade judaica, por meio da religiosidade. A

característicos e estabelecimentos que comercializavam alimentos próprios consumidos pela colônia, assumindo características de um enclave étnico.

Para compreendermos melhor o que se passava na década de 1930, recorreremos a Eliezer Levin, judeu, autor do livro *Bom Retiro* (1972), que descreve suas memórias e vivências enquanto menino de 8 anos que, em 1938, se mudou com a família para o Bom Retiro.

Quando mudamos para o Bom Retiro, por volta de 1938, eu tinha oito anos e não supunha que existisse qualquer motivo especial para morarmos nesse bairro[...] Não sei, em verdade, quando é que fui compreender que a mudança ocorrera apenas para que pudéssemos ficar perto da escola e da sinagoga, e sobretudo por ser o bairro dos judeus (Levin, 1972, p.7).

Ao chegarmos ao ano de 1945, o predomínio dos judeus no comércio na parte alta do Bom Retiro já era absoluto (Truzzi, 2001, p.7). Gradualmente os imigrantes judeus foram substituindo os imigrantes italianos, trazendo uma outra concepção do espaço e, sobretudo, do seu uso, como a organização dos comércios e dos negócios, ampliando, assim, o uso do território, bem como uma observação mais ampliada da paisagem, pois recebeu a construção de sinagogas e estabelecimentos comerciais (Póvoa, 2007, p.187, 190).

Truzzi (2001, p.11) chama atenção para o cuidado de fugir ao discurso semipronto, com forte conteúdo ideológico, que evita a insinuação de conflitos, ameaças e divergências entre diferentes grupos étnicos e se associa a um discurso

primeira sinagoga na capital paulista foi inaugurada em 1912, na Rua da Graça. E, em 1916, um desentendimento entre os membros da pequena comunidade levou à fundação da segunda sinagoga na cidade, na Rua Newton Prado. Esses fatos fazem parte das transformações do espaço e das relações sociais que estavam em curso no Bom Retiro nessa ocasião.

hegemônico, com forte conteúdo assimilacionista, que anula e dilui antagonismos étnicos ou raciais. Nesse sentido, esse autor aborda as relações entre italianos e judeus e descreve essa convivência como baseada em laços de vizinhança, os quais, ainda que pouco estreitos, em função das diferenças culturais, tampouco eram hostis. Esse autor entende que um dos pontos fortes de integração entre esses grupos étnicos se operou pela comida, sobretudo pela forte influência italiana, pautada pelas casas de fabrico de massas, *pizzas* e padarias, de modo que a insinuante culinária peninsular aos poucos infundiu novos hábitos na rígida dieta dos judeus.

Recorreremos ao relato dos pesquisadores Egon e Frieda Wolff (1988, p.70) para exemplificar o modo como a passagem dos diversos grupos de imigrantes pelo Bom Retiro deixava marcas em seu cotidiano:

Povoado inicialmente por portugueses, depois pelos italianos e, em seguida pelos judeus, cada etnia deixou uma série de expressões da sua língua no dia-a-dia de Bom Retiro onde não foi estranho ouvir um português ou italiano dizer mazeltov (parabéns), ou falar de bar mtizvá do filho do amigo judeu. A penetração na gíria culinária foi talvez mais expressiva quando um italiano falou de kreplach em vez de seus ravióli. Borcht (sopa de beterraba), gefilte fich (bolinho de peixe), varenike (pastel cozido), continuam a ser servidos nos restaurantes especializados do bairro até os dias de hoje[...].

É importante ressaltar que, conforme Mangili (2011, p.86) bem identificou, a associação entre moradia e trabalho no mesmo lote ou edificação era uma constante no Bom Retiro, repetindo-se na história dos imigrantes italianos e judeus que por lá passaram. Isso fica evidente no depoimento de Abram Szajman, ex-morador do bairro:

[...]onde eu me lembro, seria mil novecentos, eu sou de 1939, vamos dizer que 1943, eu me lembro, devia ter quatro anos. A gente morava na Rua Ribeiro de Lima, Bom Retiro, e na frente tinha uma família que tinha ainda, naquela época existiam muitos italianos que moravam no Bom Retiro, que o Bom Retiro foi em primeiro lugar um bairro que trouxe a primeira imigração, vamos dizer, italiana do século passado, final do século passado, começo desse século, e nessa casa na Rua Ribeiro de Lima morava a família Solito, que eles trabalhavam com laticínios e tinha um negócio de queijo. Eles traziam queijo do exterior e também queijo que vinha de Minas etc. Então eles moravam na parte da frente, na parte inferior tinha o depósito de queijos etc., e lá no fundo tinha uma edícula né: era um quarto, um banheiro, uma cozinhezinha e a gente morava lá [...] Depois nós fomos morar é, na Rua da Graça, isso foi logo depois da guerra, não, no final da guerra, 45, que eu me lembro ainda que tinha, ainda, o toque de recolher e precisava entrar em fila para comprar pão, eu me lembro ainda da cena de ter que ficar na fila. Mas o meu pai, na frente da nossa casa tinha uma padaria muito grande, era Padaria Savoy, que era de uma família também de imigrantes italianos, né, e o meu pai era amigo desse senhor, o dono da padaria. Então, como o meu pai era amigo dele, não precisava ficar na fila para comprar pão, porque senão eu tinha que entrar na fila de madrugada para conseguir pão, isso foi em 1945. Então, e a gente morava lá na Rua da Graça, era uma casa um pouco maior, e nessa época é, foi aí que meu pai começou a comprar essas duas máquinas e começou a costurar dentro de casa, né? Então a gente morava num quarto, todo o mundo num quarto só, meu pai, minha mãe, minha irmã e eu, tinha a fabriquinha do meu pai, tinha uma cozinha e tinha um quintal grande, e tinha um banheiro lá embaixo[...] (Szajman, s.d.).

Buscando inspiração em Ginzburg²⁸ (2006), observamos que, nesse convívio entre italianos e judeus no Bom Retiro, ocorreu uma circularidade de aspectos culturais, muitas vezes identificados nas expressões da língua falada no Bom Retiro, no dia a dia, e exemplarmente revelados na brincadeira entre meninos de origem judaica e italiana, nas ruas não asfaltadas, onde jogavam futebol nos campos de

²⁸ Carlo Ginzburg é um ícone da micro-história italiana, autor do conceito de circularidade cultural e reconhecido por fazer uso do método indiciário com grande habilidade (Vainfas, 2002). O conceito de circularidade cultural se refere ao que existiu entre a cultura de classes dominantes e a das classes subalternas, na Europa pré-industrial, onde se deu um relacionamento circular feito de influências recíprocas, que se movia de baixo para cima, bem como de cima para baixo (Ginzburg, 2006, p.10). Já o método indiciário é discutido em sua obra: *Mitos, emblemas e sinais* (2007).

várzeas e mergulhavam no rio Tietê; de modo que o forte da convivência interétnica eram os laços de vizinhança entre crianças, nos terrenos baldios das ruas que abrigavam as brincadeiras. Entretanto, esse também podia ser um espaço de discriminação, conforme o trecho abaixo:

Sentia um grande alívio quando as aulas se encerravam na sexta-feira. Tinha um sábado e um domingo, totalmente meus, livre para fazer o que quisesse. Livre, totalmente, é modo de dizer. Nas manhãs de sábado, acompanhava meu pai ao templo; só após o almoço é que podia me despojar das roupas sabáticas, dos sapatos apertados, e me jogar no grande mundo[...] Havia, não muito longe de nossa rua, um terreno baldio no qual jogávamos futebol. Eram jogos disputados com muito entusiasmo... estávamos a jogar, quando surgiram: - Vão dando o fora, Judeuzinhos - gritou um deles. – O campo é nosso [...]. (Levin, 1972, p. 15).

Já na década de 1950, o desenvolvimento da atividade comercial mudou a paisagem do bairro. De modo que o aspecto residencial, antigamente representado por habitações modestas, em maior parte de caráter coletivo (pensões, cortiços e casas de cômodos), foi substituído, em algumas áreas, por edifícios residenciais. Apenas na parte mais baixa do bairro, próxima à várzea, ainda se encontram vilas e ruas residenciais, onde ainda mora o que restou da colônia italiana. A partir desse ano, os judeus começaram a perceber a desvantagem de residir em um bairro misto, isto é, residencial e comercial-industrial, e então a maior parte foi migrando para outros bairros, à medida que prosperaram (Truzzi, 2001, p.8). Além desse aspecto relacionado à expansão urbana, havia também o fato de que as novas gerações de origem judaica, constituídas de profissionais liberais, não se dispunham a dar

continuidade aos negócios da família; ou, mesmo seguindo como comerciantes, buscaram um avanço social e espacial no final de 1970 e início de 1980.

A maior parte das famílias experimentou uma forte mobilidade ascensional, primeiro no próprio bairro e, depois, quando se deslocou para outras regiões da cidade de São Paulo. A acumulação econômica dos judeus foi um impulso para migrarem para outros bairros mais residenciais e mais “caros”. Esse processo ocorreu lentamente, de modo que apenas os mais bem-sucedidos saíram para as mudanças. A população judaica descendente dos primeiros imigrantes judeus no Bom Retiro se mudou para Santa Cecília, Higienópolis, Jardins, Pinheiros e Morumbi. Porém há também famílias judias morando no Ipiranga, em Perdizes, Sumaré, Vila Mariana, na Aclimação e no próprio Bom Retiro (Póvoa, 2007, p.176). Apesar dessa movimentação dos judeus para outros bairros da cidade de São Paulo, ao caminharmos pelo bairro, ainda encontraremos muitos indícios da presença judaica, representada por sinagogas, estabelecimentos comerciais e instituições como a União Brasileiro-Israelita do Bem-Estar Social (UNIBES).

2.5 A chegada dos coreanos em busca do Bom Retiro em 1960

De acordo com os historiadores da migração coreana para a América Latina²⁹ (Choi³⁰, 1991; Galetti, 1996; Buechler, 2004; Mera³¹, 2006), a chegada dos coreanos

²⁹ Em 1905, os primeiros coreanos (1031) chegaram à América Latina e foram para o México, onde trabalharam nos canaviais. Porém os primeiros coreanos vieram para o Brasil em 1918 e constituíam quatro famílias naturalizadas japonesas. Supõe-se que outros tenham vindo nessas condições. Na

ao Brasil se iniciou entre 1963 e 1966, com cinco levas de imigrantes. Nesse período, o governo militar sul-coreano, com o primeiro Plano Nacional de Desenvolvimento³², estabeleceu e organizou esse fluxo, com a justificativa oficial de buscar reduzir sua densidade demográfica e, assim, alcançar uma estabilidade política e econômica, pois havia alto nível de desemprego. Dessa forma, seria possível iniciar o processo de industrialização e urbanização do seu país. Essa política de emigração do governo coreano³³ veio ao encontro dos interesses do governo brasileiro, no sentido de instalar imigrantes em terras virgens no território nacional, ou seja, em várias fazendas localizadas nos estados de São Paulo, Espírito Santo, Goiás e Paraná (Choi, 1991).

A situação de “super-população” na Coreia do Sul era resultado da entrada de um milhão de norte-coreanos que se refugiaram no sul antes de se instalar a Guerra da Coreia nos anos de 1950, do retorno de 2,3 milhões de sul-coreanos depois da Segunda Guerra Mundial e do aumento da expectativa de vida concomitante aos processos de desenvolvimento econômico e social. Portanto, os norte-coreanos que viviam na Coreia do Sul enfrentavam uma situação de forte discriminação, o que os

época, os coreanos eram obrigados a adotar um nome japonês, exigência que vigorou durante todo o período em que a Coreia foi colônia do Japão (Choi, 1991).

³⁰ Choi (1991) fez o primeiro trabalho acadêmico sobre a imigração coreana no Brasil.

³¹ Mera (2006, p.16) ressalta que o modo como se deu a dispersão dos coreanos pelo mundo se caracterizou desde o início por um alto nível de mobilidade e rotas de reemigração, individuais e familiares, caracterizando um processo diaspórico, em que a estrutura familiar é o centro da cadeia migratória. E uma das características específicas de todas as correntes de coreanos que chegaram à América Latina foi o elevado percentual de reemigração para outros países, principalmente os Estados Unidos e o Canadá.

³² Nessa ocasião, a Coreia do Sul ainda não estava industrializada, com boa parte do desenvolvimento industrial coreano concentrado na região norte da península coreana, que concentrava também muitos dos recursos naturais. A região sul da península era uma região farta em recursos agrícolas e força de trabalho (Freitas, 2009, p.93).

³³ Os convênios internacionais de emigração estabelecidos pela Coreia do Sul, durante a década de 1960, incluíam, principalmente, o Brasil, a Argentina, o Paraguai e a Bolívia; e, a partir de 1970, também foram feitos com o Peru e o Chile. Ao final da década de 1960, em torno de 30 mil imigrantes coreanos vieram para a América Latina (Mera, 2006, p.9).

tornava mais propensos a migrar. Havia também um forte envolvimento de missionários da Igreja Católica como promotores da cadeia migratória, e os norte-coreanos eram, na maioria, adeptos ao catolicismo (Mera, 2006, p.8).

Após uma viagem de 54 dias, em fevereiro de 1963³⁴, chegou ao porto de Santos a primeira leva — com 103 componentes — de coreanos, de uma série de cinco. Vieram, ao todo, 1.352 imigrantes coreanos, distribuídos em 228 famílias e 11 ex-militares. Tratava-se, portanto, de uma migração familiar, voltada para o trabalho agrícola, a partir da compra prévia de terras³⁵. Eles foram levados à Hospedaria do Imigrante, no Brás, tendo sido essa a última leva de imigrantes estrangeiros na Hospedaria, que, na ocasião, estava repleta de migrantes, sobretudo nordestinos (Paiva, Moura, 2008, p.59). Os imigrantes do primeiro e do segundo grupo foram instalados em fazendas no estado de São Paulo.

Importante ressaltar que, desde o início da vinda dessas cinco primeiras levadas de imigrantes coreanos para o Brasil, já ocorria a entrada de imigrantes coreanos na Bolívia e no Paraguai, por intermédio dos convênios internacionais de emigração estabelecidos pela Coreia do Sul. Era comum que os coreanos usassem a estratégia de entrar por esses países, para, posteriormente, alcançarem o Brasil ou a Argentina, os destinos realmente desejados (Buechler, 2004; Mera, 2006). Soma-se ao fato a chegada, em 1971, de 1.400 técnicos coreanos, contratados através da companhia oficial de desenvolvimento exterior da Coreia no exterior. Dessa forma terminou a fase de imigração oficial para o Brasil.

³⁴ A primeira leva de imigrantes coreanos que chegou de modo oficial ao Brasil, em 12 de fevereiro de 1963, saiu da Coreia em 18 de dezembro de 1962 (Choi, 1991, p.28). Por esse motivo, encontramos na literatura alguma referência apontando o ano de 1962 como o de início dessa imigração, uma vez que se considerou a data de partida da Coreia.

³⁵ Segundo Park (1999, p.675), alguns imigrantes coreanos acabaram descobrindo, ao chegar ao Brasil, que as terras que haviam comprado inexistiam ou eram incultiváveis.

Além disso, a partir de 1972, uma medida restritiva brasileira interrompeu esse fluxo. Mesmo assim, entre os anos de 1972 e 1980, ocorreu a entrada de grande número de imigrantes clandestinos, vindos do Paraguai, da Bolívia e da Argentina; e, em 1980, se iniciou uma “imigração em cadeia”, inclusive de coreanos, cuja vinda estava vinculada ao fato de já existirem familiares instalados no Brasil.

Tabela 4 _ Migração Coreana na América Latina

Ano	Brasil	Bolívia	Paraguai	Argentina
1962	170	-	-	-
1963	462	13	-	1
1964	604	302	-	2
1965	722	282	1223	169
1966	340	104	273	6
1967	68	1	121	2
1968	306	8	47	42
1969	883	2	72	142
1970	1775	8	52	797
1971	1393	4	11	616
1972	2635	77	94	153
1973	194	34	192	200
1974	184	73	714	124
1975	136	221	2391	305
1976	107	276	6727	1214
1977	71	197	1211	351
1978	41	38	1515	105
1979	19	43	10	26
1980	18	94	20	32
1981	114	125	31	107
1982	226	162	278	124
1983	166	761	694	70
1984	121	1384	1290	754
1985	203	46	2100	1.953
Total	10.959	4.255	17.56	7.295

FONTE: Ministério das Relações exteriores da Coreia. Extraído de Choi, 1991, p 112.

Segundo o Ministério de Relações Exteriores da Coreia, em 2005 havia 50.296 coreanos residentes do Brasil, onde está concentrada a maior parte desses imigrantes na América Latina.

Tabela 5 _ Coreanos residentes na América do Sul – 1985-2005

País	1985	1987	1995	1997	1999	2001	2003	2005
Brasil	21.948	30.251	38.131	44.201	46.916	48.097	50.250	50.296
Argentina	15.749	36.074	32.387	32.069	31.248	25.070	15.500	19.171
Paraguai	8.383	10.605	9.231	10.278	10.412	6.190	7.097	5.803
Equador	1.083	2.165	905	959	762	720	728	766
Chile	611	1.431	1.459	1.470	1.487	1.509	1.870	1.855
Bolívia	582	872	874	718	977	709	758	563
Colômbia	142	501	413	427	646	428	433	440
Peru	21							
Uruguai	16							

(i) FONTE: Ministério das Relações Exteriores da Coreia. Extraídos de Park, 1999, p.674

(ii) FONTE: Ministério das relações Exteriores da Coreia. Extraído de Soon, 207, p.27

Elaboração própria

Segundo o Consulado da Coreia, em 1989, 41.254 coreanos viviam no Brasil, dos quais 96,84% na cidade de São Paulo, devendo ser lembrado que se trata de dados subdimensionados, uma vez que se referem apenas aos coreanos em situação regular no País.

Tabela 6 _ Distribuição de coreanos residentes no Brasil – 1989

Região	Nº de famílias	Número de imigrantes
São Paulo	1.392	40.689
Brasília	35	150
Rio de Janeiro	42	201
Belém	13	52
Belo Horizonte	8	32
São Luís	6	24
Manaus	4	16
Porto Alegre	12	45
Florianópolis	11	38
Outras regiões	2	7
Total	11.525	41.254

FONTE: Consulado da República da Coreia do Sul, março de 1989. Extraído de Choi, 1991, p. 210.

Fracassada a experiência na atividade agrícola, o final da década de 1960 e o início de 1970 assistiram à chegada dos primeiros coreanos que migravam do campo para a cidade de São Paulo. Não por acaso, foram morar inicialmente no bairro da Liberdade, tradicional reduto da comunidade japonesa na cidade, onde construíram a “Vila Coreana”, localizada nas Ruas do Glicério e Conde de Sarzedas. Vários fatores determinaram essa escolha: muitos coreanos falavam japonês e podiam, portanto, misturar-se com a comunidade japonesa³⁶, mais antiga e mais adaptada, permitindo manter certo anonimato; os aluguéis eram mais baratos; e contavam com a proximidade do centro da cidade (Choi, 1991; Truzzi, 2001).

³⁶ Tuzzi (2001, p.8) ressalta que o fato de se terem feito passar por japoneses causava certa vergonha em alguns coreanos, uma vez que os japoneses foram historicamente seus opressores.

A alternativa primeira de inserção econômica, para possibilitar uma sobrevivência imediata, foi a prática da venda ambulante, a domicílio, realizada pelas mulheres coreanas, inicialmente, de objetos trazidos da Coreia.

Todos os dias, em São Paulo, por volta das dez horas da manhã, centenas de “fusquinhas” saíam da rua Conde de Sarzedas, pegando as mais diferentes direções. Maridos ao volante e esposas, ao lado, com sacolas carregadas de mercadorias. Objetivo: vender de porta em porta (Galetti, 1996, p.138).

De mascates, que eram, os coreanos passaram gradualmente a inserir-se na atividade que seria a base de sua sobrevivência na cidade de São Paulo até os dias de hoje: a confecção³⁷ de roupas. Naquele momento, era necessário um pequeno capital, e a questão da mão de obra seria resolvida com a participação de toda família³⁸ na atividade, além de transformar sua residência em oficina de costura. A inserção nesse setor era tão significativa que 90% dos coreanos viviam direta ou indiretamente de atividades ligadas ao comércio de roupa. Gradualmente, ocuparam outros papéis nessa cadeia, atuando como intermediários de atacadistas e varejistas, representantes de confecções junto a proprietários de lojas, em sua maioria, judeus.

³⁷ Segundo Mera (2006, p.12), a dispersão dos coreanos pelo mundo se deu como um processo diaspórico. A sua inserção na América Latina teve características comuns, tais como: concentração no setor de confecção a partir do estabelecimento de oficinas de costura ou lojas de venda de roupas em centros urbanos; organização de associações comunitárias, fortes vínculos familiares no interior da comunidade e um processo de ascensão social econômico nas sociedades de destino.

³⁸ O fato de o governo brasileiro determinar que o imigrante coreano que tivesse parente próximo já estabelecido no Brasil teria permissão de entrada acabou estabelecendo uma imigração em cadeia, de caráter tipicamente familiar. E foi exatamente o uso da mão de obra de toda a família que possibilitou a geração de renda, resultando em sua ascensão econômica (Choi, 1991).

Foto 4 - Loja Coreana no Bom Retiro em 1964

FONTE: <http://manequim.abril.com.br/moda/desfiles/seiki-424354.shtml>

A partir de 1980, o Bom Retiro assistiria ao segundo momento dos fluxos migratórios de coreanos, agora com *status* socioeconômico diferenciado, pois, a partir da década de 1970, a Coreia do Sul se encontrava em pleno desenvolvimento econômico. Esse cenário indica uma maior complexidade nas motivações em torno desse segundo momento dos fluxos migratórios de coreanos para cidade de São Paulo (Choi, 1991).

Dessa forma, os coreanos foram se aproximando do Bom Retiro e do Brás, onde o comércio de roupas era mais intenso, atuando, principalmente, no setor

atacadista³⁹. A partir de 1975, as atividades comerciais da Mooca e do Brás foram sendo transferidas para o Bom Retiro, que se consolidou como centro comercial dos coreanos. Na década de 1980, estes se mudaram para o bairro, onde passaram a morar⁴⁰ e trabalhar. Ao longo dos anos, com a ascensão econômica dessa comunidade, observou-se uma lenta movimentação⁴¹ dos coreanos em direção ao bairro de Higienópolis, repetindo o que, na década de 50, fizeram os judeus (Choi, 1991).

Para termos a dimensão da concentração de imigrantes coreanos na cidade de São Paulo, como o bairro do Bom Retiro, cenário de nosso estudo, tem relevância nessa distribuição, recorremos a Souchaud (2010). Este pesquisador, a partir de dados do censo de 2000, observou que a comunidade coreana se distribui pela cidade de São Paulo com uma tendência à concentração e à centralidade. Sua presença ocorre de forma intensa na área da Luz-Bom Retiro-Pari, que reúne 25,2% do total deles. É a região de maior concentração da indústria têxtil, setor em que, entre os imigrantes, atua predominantemente a população coreana, na concepção, na produção e na comercialização.

³⁹ Segundo Kontic (2001, p.49), os imigrantes coreanos tiveram sua inserção no setor têxtil paulistano na “cadeia de carregação”, que seria uma espécie de circuito subterrâneo de confecção e comercialização de roupas para o mercado popular. Cadeia essa inicialmente estabelecida por migrantes do nordeste brasileiro, sendo, nesse período, a “porta de entrada” de diversos empresários e firmas que evoluíram para outros tipos de produtos, graças à acumulação de capital e de aprendizado comercial e industrial gerado nesse espaço.

⁴⁰ O bairro da Aclimação, a partir de 1975, foi se transformando no centro residencial da comunidade coreana (Choi, 1991).

⁴¹ Sampaio (2011, p.101, 103) relata que, apesar de as crianças coreanas frequentarem o colégio Polilagos, não necessariamente seguiram se dedicando ao comércio e à produção de vestuário, ocorrendo uma mudança de interesse em cada nova geração. Isso contribui para explicar por que os jovens que se casam e constituem famílias não moram mais no Bom Retiro. Outra justificativa para os mais jovens mudarem para outros bairros é o caráter muito antiquado da parte habitacional.

Mapa 3 _ Distribuição da população nascida na Coreia, por local de residência na Região Metropolitana de São Paulo, em 2000

FONTE: IBGE. Censo Demográfico, 2000. Extraído de Souchaud, 2010, p.282

Ao chegar ao Bom Retiro, o imigrante coreano se deparou com uma paisagem única, constituída, ao longo do tempo, pela circulação de grupos de diversas procedências; por acréscimos, substituições e inclusões, configurando uma paisagem escrita sobre a outra, uma confluência de camadas socioculturais definidas como um palimpsesto, nas palavras de Milton Santos (2008, p. 73)⁴². Desse modo, o coreano iria se relacionar com o “Bonra”, dos italianos, e com a cultura judaica, identificada

⁴² *Palimpsesto*, do grego *palimpsestos*, “raspado novamente”, é um manuscrito em pergaminho que os copistas da Idade Média apagavam, para nele escrever de novo, duas ou três vezes, e no qual, com ajuda de técnicas especiais, é possível redescobrir a escrita ou as escritas anteriores.

nas igrejas e nas sinagogas, nos mercados e nos restaurantes – entre o italiano e o judeu, que caminhavam juntos pelas ruas do bairro.

Esse intervalo, no tempo de chegada da imigração, entre os judeus e os coreanos, acarretou uma complementaridade em termos de inserção econômica. De modo que os coreanos aproveitaram a oportunidade, quando parte da comunidade judaica transferiu seus negócios para outras localidades e vendeu suas lojas e moradias nessa primeira área por eles ocupada. Cabe ressaltar que, apesar de tal complementaridade nesse relacionamento comercial, houve também, para os judeus que ficaram, uma árdua concorrência, já que os coreanos empreenderam novos dispositivos de compra e venda de suas mercadorias, buscando praticar preços menores que os encontrados no mercado (Truzzi, 2001).

Foto 5- O comércio judeu ao lado do coreano no Bom Retiro

FONTE: www.skycrapercity.com/showthread.php?t=859622

Apesar de os estudos demográficos indicarem que os coreanos estão presentes em outros bairros da cidade de São Paulo, do mesmo modo como teriam feito os judeus, a sua presença no dia a dia do Bom Retiro é bastante particular, pois, seja como moradores e/ou como trabalhadores, 70% das lojas envolvidas no comércio de roupas são gerenciadas por coreanos – eles lá estão em sua maioria, circulando pelas ruas, por lojas, restaurantes e mercados⁴³, mas também por igrejas, escolas e farmácias, moldando uma noção particular do lugar e representando um centro aglutinador de toda a colônia. Nesse espaço circular e multicultural, Sampaio (2011), ao estudar os coreanos no bairro do Bom Retiro, encontrou crianças de origem coreana que, muito cedo, começam a frequentar a escola Polilogos⁴⁴ e posteriormente passam a ser alunas do Colégio Santa Inês⁴⁵. Homens adultos que adquiriram alguns hábitos, como ir ao Parque da Luz, ir conversar com a dona da farmácia, de procedência japonesa, e frequentar igrejas de matizes diversos, mas que falam o coreano.

⁴³ Os imigrantes coreanos também buscam preservar seus hábitos alimentares, cujos principais componentes são o arroz sem tempero com legumes, as aves domésticas e os peixes, além de gostarem muito de sopas e condimentos, sobretudo, pimenta. Para abastecer a comunidade coreana, há no Bom Retiro inúmeros estabelecimentos comerciais especializados em produtos coreanos (Choi, 1991).

⁴⁴ Um das mais tradicionais escolas coreanas é o Instituto Polilogos, localizado no Bom Retiro, fundado em 1998 e que possui 290 alunos, sendo 99% deles coreanos ou descendentes destes. Esta instituição oferece desde educação infantil até o ensino médio.

⁴⁵ Colégio de tradição católica, administrado por irmãs salesianas, que se instalou no Bom Retiro no início do século XX. Inicialmente sua proposta era oferecer educação formal para meninas, mas atualmente é um colégio misto, com cursos de educação infantil, educação fundamental e ensino médio.

2.6 Bom Retiro como um “território circulatório”: a chegada dos bolivianos

Na década de 1980, na Bolívia, a motivação para emigrar era de ordem econômica, tendo em vista a crise no setor mineiro e as reformas econômicas iniciadas naquele país em 1985, que visavam superar os altos índices de inflação e desemprego, resultantes da falta de êxito nas tentativas de modernização e desenvolvimento industrial, implementadas em 1950. E, apesar de o mercado brasileiro não estar vivendo, nesse período, um momento promissor, ainda assim oferecia melhores oportunidades de vida. Esse fluxo atingiu seu ápice em meados de 1990, quando, em função do Plano Real, as condições econômicas no Brasil se tornaram mais atraentes, a ponto de desviar para cá um grande volume de imigrantes bolivianos que se dirigiam para a Argentina (Silva, 2006, p.160).

Figura 1 – Rotas de chegada dos bolivianos a São Paulo

FONTE: [www.scielo.php?pid= s01034014200600020001&script=sci_arttext](http://www.scielo.php?pid=s01034014200600020001&script=sci_arttext)

Trabalhando com os dados do censo de 2000, Souchaud⁴⁶ (2010) apresenta a primeira descrição das características sociodemográficas gerais de bolivianos, observando uma distribuição espacial diversa no território nacional, com uma forte concentração em poucos lugares, distantes e diferentes, de tal forma que mais de 50% do total de imigrantes bolivianos moravam nas zonas urbanas de quatro

⁴⁶ Geógrafo. Pesquisador do Institut de Recherche pour Le Développement (França). Pesquisador colaborador do Núcleo de Estudos de População da Universidade Estadual de Campinas.

municípios, que são, segundo a importância do volume: São Paulo (SP), Corumbá (MS), Guajará-Mirim (RO) e Rio de Janeiro (RJ).

Mapa 4 - Localização da população nascida na Bolívia, segundo município de residência em 2000

FONTE: IBGE. Censo Demográfico, 2000. Extraído de Souchaud, Carmo e Fusco, 2007, p.54

Tabela 7 _ Dez principais municípios onde residem bolivianos

Município de residência	Bolivianos	%
São Paulo (SP)	7.722	37,9
Corumbá (MS)	1.098	5,4
Guajará-Mirim (RO)	1.077	5,3
Rio de Janeiro (RJ)	1.020	5,0
Porto Velho(RO)	583	2,9
Rio Branco (AC)	507	2,5
Campo Grande (MS)	388	1,9
Guarulhos (SP)	367	1,8
Costa Marques (RO)	360	1,8
Cuiabá (MT)	283	1,4
Subtotal	13.405	65,7
Total	20.388	100,0

FONTE: IBGE. Censo Demográfico, 2000. Extraído de Souchaud e Baeninger, 2008, p. 275

Os imigrantes bolivianos não constituem um grupo homogêneo, do ponto de vista étnico. A Bolívia é uma sociedade pluriétnica e multicultural, com vários grupos étnicos, como aimarás, quéchua e tupis-guaranis, além de inúmeras outras minorias étnicas, com predomínio da população indígena (há predominância indígena⁴⁷ nas terras altas, em detrimento das terras baixas). Falam 26 línguas diferentes, que se subdividem em 127 dialetos classificados e outros por classificar. Há também um

⁴⁷Em 2001, 50% da população boliviana se declarou indígena. Essa proporção varia entre os nove departamentos e atinge valores mais elevados nas regiões altiplânicas (60 a 81%) e mais baixos nos departamentos de planícies (12 a 22%). Do total de indígenas com mais de 4 anos de idade, 41% aprenderam a falar quéchua; 27%, aimará; e 1,2 %, guarani, para mencionar as três principais línguas e culturas indígenas. Ainda em 2001, 78% dos falantes de aimará moravam no departamento do La Paz, 61% dos locutores quéchua moravam nos departamentos de Cochabamba e Potosi. Portanto, a sociedade andina é muito marcada pelas culturas quéchua e aimará (Fusco, Souchaud, 2009, p.12).

tradicionalismo regional⁴⁸, expresso de forma acirrada entre os bolivianos oriundos do Altiplano boliviano e do oriente (Aragón⁴⁹, 1987 apud Silva, 1995, p.56).

A imagem que os bolivianos têm de si mesmos é marcada pela ambiguidade, devido às diferenças etnoculturais e sociais existentes na Bolívia, que, por sua vez, acabaram se reproduzindo também aqui em São Paulo. Nesse sentido, Silva (1995) observou que muitos bolivianos que migraram para São Paulo a partir de 1980 escondiam sua procedência da zona rural e diziam-se naturais de alguma cidade grande, pois entendiam que assumir a identidade camponesa implicaria assumir a identidade indígena, carregada de preconceito tanto no Brasil quanto na Bolívia. Vejamos o depoimento do imigrante boliviano Arturo (pacenho) para Sidney Silva (1995, p.177), sobre a divisão entre *collas* e *cambas*⁵⁰, que resulta de questões econômicas, sociais e raciais:

Si, hay mucha división. Los cambas no se dan bien con los collas y hay más division aquí en São Paulo, que en Sta Cruz. Porque Sta Cruz ha progredido mucho, gracias a los collas. Entonces , allí no tiene mucho... O sea aquí está siendo peor. Yo haillo muy triste esto. Porque, collas, paceño, cochabambino, orureño, para mi son todos hijos de Dios y no debia haver división. Yo haillo que los cruzeños tienen mucho preconceito, asi de ser una persona importante, porque él es blanco. Entonces, yo haillo erado esto. La mayor parte de los cruzeños son muy regionalistas, mucho racista

⁴⁸Silva (1995) cita a tese de que os altiplânicos estariam acostumados a longas horas de trabalho e também às duras condições de vida enfrentadas naquela região da Bolívia, como pobreza, pouca água, frio intenso e, sobretudo, reduzidas oportunidades de emprego, a partir da crise do setor de mineração. Por outro lado, os oriundos da região oriental da Bolívia, ou seja, os de Santa Cruz, seriam de pele mais clara, preguiçosos e não aptos para o trabalho pesado, com uma formação intelectual maior.

⁴⁹Aragón MM. *Antropologia cultural boliviana*. 2ª ed. La Paz: Ed. Don Bosco; 1987.

⁵⁰O termo *colla* designa os que são ou vêm do altiplano, enquanto os *cambas* são membros das comunidades nativas das regiões baixas. Hoje, a oposição entre os dois termos define-se na base de elementos políticos e econômicos e se expressa num antagonismo entre o Ocidente e Oriente, equivalente à oposição entre as regiões altas (andinas, altiplânicas) e baixa, ou seja, entre *cambas* e *callas* (Blanchard, 2005 apud Souchaud, Baeninger, 2008, p.273).

contra los collas. Aqui dentro de São Paulo no quieren se misturar de manera ninguna.⁵¹

Portanto, quando falamos de imigrantes bolivianos na cidade de São Paulo, tratamos de grupos heterogêneos, com conflitos internos e hábitos culturais diferenciados. Soma-se a essa particularidade, a dificuldade para precisar o número de imigrantes bolivianos na cidade de São Paulo, em consequência de sua frequente situação de clandestinidade. De modo geral, as estimativas variam entre 10 mil e 200 mil bolivianos na cidade. O único consenso possível é o fato de que o município de São Paulo abriga o maior número desses migrantes no Brasil:

As estimativas sobre o real tamanho da comunidade boliviana em São Paulo apresentam uma enorme variação: o Consulado da Bolívia calcula 50 mil indocumentados, a Pastoral dos Imigrantes acredita habitarem 70 mil bolivianos em São Paulo, sendo 35 mil só no bairro do Brás; o Ministério do Trabalho e Emprego tem uma estimativa que varia entre 10 e 30 mil indocumentados; o Ministério Público fala em 200 mil ao todo (regulares e irregulares); o Sindicato das Costureiras fala em 80 mil trabalhadores irregulares (o que inclui famílias brasileiras e bolivianas) (Cymbalista e Xavier, 2007, p.123) .

No entanto, dados apontam para uma “hiperconcentração boliviana” na cidade de São Paulo, com residentes em todas as áreas do perímetro urbano do município, prolongando-se para alguns municípios da região metropolitana: Guarulhos, Osasco,

⁵¹ Tradução livre: Sim, há muita divisão. Os *cambas* não se dão bem com os *collas* e há mais divisões aqui em São Paulo, que em Santa Cruz. Pois Santa Cruz tem progredido muito, graças aos *collas*. Então, ali não tem muito... Ou seja, aqui está sendo pior. Eu acho isto muito triste. Porque *collas*, pessoas procedentes de La Paz, de Cochabamba, e Oruro, para mim são todos filhos de Deus e não devia haver divisão. Eu acho que os procedentes de Santa Cruz têm muito preconceito, e se sentem uma pessoa importante, porque ele é branco. Então, eu acho errado isso. Os procedentes de Santa Cruz, na maior parte, são muito regionalistas, muito racistas contra os *collas*. Aqui dentro de São Paulo não querem se misturar de maneira alguma.

Diadema e Santo André, principalmente; Ferraz de Vasconcelos, Cajamar e São Bernardo do Campo, em menor medida (Souchaud, 2010, p.283). Na cidade de São Paulo, propriamente dita, a imigração boliviana tem uma distribuição desigual, dispersa pelas áreas centrais e periféricas⁵², mantendo uma forte concentração nos bairros históricos, como o Bom Retiro, Pari, Belém e Brás⁵³, onde estão 19,5% do total dos bolivianos residentes.

⁵² Sobre esse assunto, consultar Carlos Freire da Silva (2008), que abordou a inserção dos bolivianos na zona leste da cidade de São Paulo; e Aguiar (2009), que estudou os bolivianos no município de Guarulhos.

⁵³ Bairros chamados de distritos, na classificação do IBGE.

Mapa 5 - Distribuição da população nascida na Bolívia, residente na Região Metropolitana de São Paulo, em 2000

FONTE: IBGE. Censo Demográfico, 2000. Extraído de Souchaud, 2010, p.284

Tabela 8 _ Distribuição da população nascida na Bolívia, residente na Região Metropolitana de São Paulo, em 2000

Zonas da RMSP	Frequência	%
Centro	2423	27,2
Leste	1743	19,6
Norte	2352	26,4
Sul	817	9,2
Oeste	388	4,3
RMSP Norte	40	0,4
RMSP Nordeste	385	4,3
RMSP Oeste	249	2,8
RMSP Leste	154	1,7
RMSP Sudoeste	37	0,4
RMSP Noroeste	41	0,5
RMSP Sudeste	281	3,2
Total	8910	100,0

FONTE: IBGE, Censo Demográfico 2000. Extraído de Xavier, 2010, p.97

Xavier (2010), levando em conta todas as questões acerca das restrições quanto ao uso do Censo para populações pequenas, buscou como alternativa para sua pesquisa o registro dos usuários do SUS⁵⁴, por região administrativa do município

⁵⁴ Com relação a essa fonte de dados, cabem algumas observações: o quesito nacionalidade não é obrigatório no registro do SUS; portanto, nem todos os usuários de origem boliviana se encontram necessariamente cadastrados e, da mesma forma, alguns usuários bolivianos podem não declarar sua origem, temendo represálias; o banco de dados não elimina os usuários que já haviam sido cadastrados, sendo estes, portanto, sujeitos à duplicação; os casos de óbitos não são eliminados da base; os usuários cadastrados nas diferentes regiões administrativas não são necessariamente moradores do município de São Paulo, pois podem vir de outros municípios da RMSP. Sem dúvida, apesar de todas essas restrições, são dados relevantes. Uma sugestão seria de que utilizássemos os cadastros dos usuários residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família, também como uma base de dados, o que permitiria a correção de distorções possíveis quando utilizamos o cartão SUS.

de São Paulo. Essa autora utilizou os cadastros de setembro de 2009, e esses dados confirmaram os dados censitários, demonstrando que o Bom Retiro concentra o maior número de registros de usuários bolivianos na cidade de São Paulo.

Tabela 9 _ Cadastros no Cartão SUS de usuários bolivianos distribuídos pelos bairros da cidade de São Paulo

CENTRO	Z. NORTE	Z. LESTE	Z. OESTE	Z. SUL
Belém _ 358	Brasilândia_102	Artur Alvin_32	Butantã_3	Campo Limpo_10
Brás _ 90	Cachoeirinha_107	Cangaíba_209	Morumbi_0	Cap.Redondo_37
Pari _ 184	Casa Verde_498	Penha_192	R.Tavares_3	Vila Andrade_3
Bela Vista _ 14	Limão_330	Cid.Tiradentes_17	R. Pequeno_6	Cid. Ademar_19
Bom Retiro _ 530	Freguesia_144	Lageado_84	V. Sônia_3	Pedreira_4
Cambuci _ 45	Anhanguera_1	Guaianazes_3	B. Funda_17	Cursino_7
Consolação _ 5	Perus_13	Er.Matarazzo_38	Jaguara_1	Ipiranga_19
Liberdade _ 5	Jaraguá_11	Aricanduva_3	Jaguaré_3	Sacomã_11
República _ 40	Pirituba_37	Ponte Rasa_34	Lapa_2	Jabaguara_13
Santa Cecília_66	S.Domingos_3	Vila Formosa_14	Perdizes_6	J.Ângela_5
Sé _ 144	Mandaqui_58	Carrão_5	V.Leopold._1	J.São Luiz_7
TOTAL _ 1481	Santana_123	Itaim Paulista_33	Alto Pinheiro_1	Masilac_0
	Tucuruvi_54	Vila Curuçã_20	Itaim Bibi_5	Parelheiros_3
	Jaçana_43	Cidade Lider_28	J. Paulista_2	Campo Belo_4
	Tremembé_58	Itaquera_19	Pinheiros_3	Campo Grande_8
	VilaGuilherme_444	João Bonifácio_7	TOTAL_56	Santo Amaro_11
	Vila Maria_357	Parq do Carmo_15		Cidade Dutra_57
	V.Medeiros_257	Água Rasa_10		Grajaú_12
	TOTAL_2640	Moóca_9		Socorro_7
		Tatuapé_25		Saúde_16
		Jardim Helena_4		Vila Mariana_18
		São Miguel_9		TOTAL_271
		Vila Jaguí_20		
		Iguatemi_15		
		São Mateus_13		
		São Rafael_19		
		São Lucas_14		
		Sapopemba_4		
		Vila Matilde_122		
		Vila Prudente_16		
		TOTAL_1035		

FONTE: Xavier, 2010, p 100.

O centro da cidade de São Paulo tem uma concentração privilegiada de recursos urbanos materiais e simbólicos, que foram muito úteis, quando o imigrante boliviano chegou à cidade, na década de 1980. Não podemos esquecer sua inserção na indústria de confecção, em oficinas de costuras, em que a relação com os imigrantes coreanos foi determinante, como aprofundaremos adiante. Portanto, o Bom Retiro foi um dos bairros do centro que assumiu um caráter de porta de entrada para a cidade, porém, ao longo de poucos anos, foram se estabelecendo novos espaços pela cidade (Xavier, 2010).

Os espaços de convivência e sociabilidade dos bolivianos em São Paulo não são amplos e tampouco numerosos: em sua maioria, constituem-se como espaços passageiros, que não mantêm uma identidade fixa (Cymbalista, Xavier, 2007). Há pontos de encontro em várias partes da cidade – quadras de jogos de futebol⁵⁵, pequenas feiras de rua⁵⁶, comércio e bares⁵⁷ –, porém três espaços localizados no centro podem trazer a dimensão dessa busca de convivência e identidade de grupo: a Rua Coimbra, a Feira Kantuta e a Pastoral do Migrante Latino-Americano (Silva, 1995; Xavier, 2010).

A Rua Coimbra, localizada no Brás, foi considerada por Silva (2006) como um “pedaço” boliviano na cidade de São Paulo: aos sábados à tarde, transforma-se em ponto de encontro desses migrantes, ficando lotado de barracas e ambulantes. É um

⁵⁵Os jogos de futebol também são eventos bastante agregadores da comunidade boliviana na cidade de São Paulo. De tal modo, segundo a Prefeitura, existem mais de 800 times bolivianos de futebol, organizados em cerca de 30 ligas, que realizam jogos semanais em diversas quadras municipais e Centros Desportivos Municipais espalhados por diversos bairros, embora ainda não seja possível saber quais são, e nem se há uma concentração específica nos bairros centrais (Cymbalista, Xavier, 2007).

⁵⁶Há uma feira do Bom Retiro (na Rua Anhaia), conhecida como “kantutita”, que funciona aos sábados. Há ambulantes que vendem produtos bolivianos em algumas partes da cidade; em algumas feiras de rua, há barracas específicas de produtos bolivianos, como na Casa Verde (zona norte), no Jardim Brasil (zona Norte) (Xavier, 2010) e no bairro Pimentas, em Guarulhos (Aguiar, 2009).

⁵⁷Tropmix: bar e discoteca (Rua Carlos Campos, no Pari); Restaurante Rincón de La Lljta (Bom Retiro) são alguns exemplos já citados por Silva (2005).

dos poucos lugares mais “permanentes” dos bolivianos na cidade, onde os frequentadores, em sua maioria jovens, vêm dançar, jogar *contitas* (“pebolim”), encontrar namorados (em sua maioria, de origem boliviana). É frequentada também por peruanos, equatorianos e paraguaios. Nos outros dias, essa rua tem uma função comercial voltada ao público boliviano, e é menos presente a sua função “recreativa” (Xavier, 2010).

Foto 6 - Bolivianos na Rua Coimbra

FONTE: www.boliviacultural.com.br/classificados/produtos/ASSOCIA%C7%C30-RUA-CO%CDMBRA.html

Alguns “estranhamentos” já foram constatados na cidade, ainda que de forma circunstancial e localizada. Um deles foi a transferência dos bolivianos da Praça Bento, no Pari, para um outro local, num bairro vizinho, Canindé, no ano de 2002. Esse novo local foi denominado por esses imigrantes como “Praça Kantuta”, referente ao nome de uma flor do altiplano (Silva, 2005). Essa praça se transforma

todos os domingos num “pedaço” boliviano em São Paulo, onde se estabelece uma multiplicidade de relações, de ordem comercial, gastronômica, artística; de oferta de trabalho e outros serviços, como corte de cabelo, fotografia, entre outros,

A Feira Kantuta já existe há 17 anos e é um dos lugares bolivianos mais antigos e mais conhecidos da cidade. Até 2002, como acima apontado, ela ocorria na Praça Padre Bento (Praça da Igreja Santo Antônio), no Pari, porém, em razão de conflitos com os moradores do bairro, foi naquela ocasião transferida para o bairro do Canindé, na Rua Pedro Vicente, próxima ao metrô Armênia. É um lugar bastante isolado da cidade, à beira da marginal Tietê, e, aos domingos, quando está aberta a feira, as outras funções (comercial e educacional) do local ficam suspensas. Nos outros dias, o local parece abandonado, ocupado por moradores de rua, sem que se possa imaginar que ali opere um “lugar boliviano” na cidade, a não ser pela plaquinha da rua com o nome da flor do altiplano, Kantuta (Silva, 2006, p.166; Cymbalista, Xavier, 2007), a qual aponta a Feira Kantuta, que recebe cerca de cinco mil pessoas por domingo e é o principal local de contratação de mão de obra para as confecções da cidade.

Foto 7 – Feira Kantuta

FONTE: <http://tripsdebike.blogspot.com.br/2010/11/pico-do-urubu-e-feiraboliviana-kantuta.html>

Xavier (2010, p.118, 119) observou, em suas entrevistas com imigrantes bolivianos, que a Rua Coimbra e a feira Kantuta têm significados diversos entre os bolivianos. Na feira Kantuta, que ocorre aos domingos, encontram trabalho, produtos típicos, encontram amigos, se divertem, bebem, dançam e jogam futebol, pois no centro da praça há também um espaço reservado para essa prática. Fora do dia de funcionamento, não se constitui como “lugar” da cidade marcado pela presença boliviana. A Rua Coimbra constitui também importante local de sociabilidade da comunidade aos sábados. O mesmo autor notou também que entre

esses dois espaços há uma aparente divisão social, já que a Kantuta é mais oficial⁵⁸ e “legalizada”, enquanto a Coimbra é claramente mais popular. Muitas festas tradicionais bolivianas também são realizadas na Praça Kantuta e em outras, no Memorial da América Latina e nos espaços de escolas de samba, como a Camisa 12, na Barra Funda.

A Pastoral do Migrante Latino-Americano atua desde 1977, na Igreja Nossa Senhora da Paz⁵⁹, localizada na Rua do Glicério e conhecida como a “Igreja dos Italianos”. Essa instituição presta assistência jurídica e psicológica aos migrantes e mantém a Casa do Migrante, um albergue⁶⁰ que recebe aqueles que ainda não têm onde se instalar. Muitos imigrantes bolivianos, sobretudo os recém-chegados, buscam ajuda da Pastoral (Silva, 1995).

A Igreja Nossa Senhora da Paz também acolhe muitas festas tradicionais⁶¹ da comunidade boliviana, sendo um espaço de multiplicidade de relações, tecendo, assim, redes de sociabilidades. As festas bolivianas têm uma significativa polissemia, representativa da “identidade cultural” boliviana, com uma pluralidade

⁵⁸ Esta feira é regida por uma associação cultural e reconhecida pela prefeitura com o nome oficial de Praça Kantuta.

⁵⁹ A Igreja Nossa Senhora da Paz foi construída por imigrantes italianos e é frequentada por eles até hoje. A administração é feita pelos Missionários Scalabrianos ou Carlistas, congregação religiosa surgida na Itália, em 1887, que inicialmente tinha a preocupação de acompanhar os imigrantes italianos que vinham para São Paulo. Porém, com a diminuição da imigração italiana e a emergência de outros fluxos migratórios no mundo, a Congregação ampliou sua ação pastoral às várias etnias, sem abandonar a assistência religiosa aos imigrantes italianos (Silva, 1995, p.150).

⁶⁰ Apesar de ter um foco no atendimento dos imigrantes latinos, o albergue mantido pela Pastoral também abriga imigrantes de outras nacionalidades (em especial africanos) e migrantes oriundos de outras regiões do País.

⁶¹ Em sua tese, Silva (1995) analisa duas dessas festas: festa das virgens de Copacabana (padroeira nacional e Urkupiña (padroeira de Cochabamba). Essas festas eram religiosas e realizadas, até 1994, como celebrações privadas, envolvendo apenas os devotos e os compatriotas, em geral do mesmo lugar de origem da devoção, como é o caso dos pacenhos (Departamento de La Paz). A partir daquela data, passaram a ocorrer na Igreja Nossa Senhora da Paz, localizada na região central de São Paulo, no mesmo local onde funciona sede da Pastoral do Migrante.

cultural característica daquele país (Silva, 2006, p.168; Cymbalista, Xavier, 2007, p.127).

Cabe lembrar, finalmente, que são poucas as organizações de ajuda mútua entre os bolivianos⁶² e têm objetivos vagos, não congregando de modo expressivo os donos e os trabalhadores das oficinas. Os interesses em jogo são muito diversos e até antagônicos, de modo que dificilmente uma única organização contemplaria a todos. Além disso, de modo geral, os imigrantes bolivianos adotam uma postura mais individualista, dificultando sua organização, o que está expresso no depoimento seguinte, de um costureiro, dono de uma oficina: “Se poderia organizar uma cooperativa de costureiros. Pero algunos quieren ganar em um mês lo de un año. Por eso no se unen y continuam siendo explorados por los coreanos”⁶³ (Silva, 1995, p.196).

O Bom Retiro, enquanto bairro central, parece ter atributos que serviram tanto para os migrantes do passado quanto aos mais recentes, tais como: a base material ligada à indústria de confecção, a conjugação entre moradia e trabalho (oficina de costura), um ambiente com muitos recursos de acessibilidade, multifuncionalidade e diversidade social (Xavier, 2010, p.104), o que explicaria essa circularidade e complementaridade— num tempo histórico de longa duração — entre os italianos, os judeus, os coreanos e, mais recentemente, entre os imigrantes latinos, com predomínio dos bolivianos.

⁶²Algumas associações são: Associação dos Residentes Bolivianos; Círculo Boliviano; Centro de Residentes Cruzeños; e Fundación Bolívia. Para obter maiores informações sobre as associações de bolivianos existentes, consultar Silva (1995, p.159).

⁶³ Tradução livre: “Poderia se organizar uma cooperativa de costureiros. Porém alguns querem ganhar em um mês o que ganham em um ano. Por isso não se unem e continuam sendo explorados pelos coreanos”

A conjugação moradia-trabalho é uma marca que acompanha o Bom Retiro desde sua origem, *nem bairro, nem centro*, assumindo, a cada momento, peculiaridades próprias. Atualmente, com a terceirização do trabalho nas oficinas, assumida pelo imigrante boliviano, que veio para trabalhar nesses espaços e neles também morar, há uma situação peculiar, apontada por Cymbalista e Xavier (2007, p.130):

A inscrição territorial da comunidade boliviana em São Paulo não se encaixa nas categorias recorrentes moldadas pela literatura internacional, principalmente pela sua desproporcional internalidade: durante a maior parte do tempo, a sociabilidade ocorre nos espaços de “privacidade coletiva” das oficinas de costura, onde se trabalham longas e exaustivas horas, onde se come, onde se dorme. Tratamos conceitos como “privacidade”, “intimidade” como contrapontos “naturais” ao espaço público, mas como tratar o espaço público para uma comunidade onde privacidade e intimidade se dão de forma tão amalgamada com os territórios de controle e convivência como os locais de trabalho?

Estudiosos das questões demográficas, como Souchaud (2011, p.71), chamam a atenção para o fato de que o Bom Retiro estaria caminhando para um esvaziamento, em decorrência de muitos grupos ali residentes, tais como italianos, judeus e coreanos, estarem se mudando para outros bairros. Porém a chegada desses novos imigrantes tem resultado numa reversão dessa tendência, uma vez que estes moram e trabalham em muitas oficinas de costura nessa região.. Completa esse raciocínio o fato de que esse bairro é composto não só pelos que lá residem, mas também pelas 70 mil pessoas que chegam a transitar por suas ruas diariamente. O Bom Retiro é um bairro em que, desde sua origem, circulam muitas pessoas; é, portanto, um “território-circulatório”.

Tabela 10 _ Distribuição da população do Município de São Paulo, Subprefeituras e Distritos Municipais nos anos de 1950, 1960, 1970, 1980, 1991, 2000 e 2010

	1950	1960	1970	1980	1991	2000	2010
RMSP	2.151.313	3.667.899	5.924.615	8.493.226	9.646.185	10.434.252	11.253.503
Distrito Sé	350.947	432.708	445.175	526.170	458.677	373.914	431.106
Bela Vista	46.340	57.364	64.704	85.416	71.825	63.190	69.460
B. Retiro	45.880	53.893	45.662	47.588	36.136	26.598	33.892
Cambuci	35.499	39.789	39.727	44.851	37.069	28.717	36.948
Consolação	38.228	52.182	60.600	77.338	66.590	54.522	57.365
Liberdade	55.523	68.210	71.503	82.472	76.245	61.875	69.092
República	35.994	48.346	50.348	60.999	57.797	47.718	56.981
Sta Cecília	63.460	80.581	83.075	94.542	85.829	71.179	83.717
Sé	30.022	32.343	29.555	32.965	27.186	20.115	23.651

FONTE: IBGE - Censos Demográficos, 1950, 1960, 1970, 1980, 1991, 2000 e 2010. Disponível em: http://smdu.prefeitura.sp.gov.br/historico_demografico/tabelas/pop_dist.php

2.7 As oficinas de costura como ponto de encontro entre coreanos e bolivianos: rastros de uma longa história

O imigrante boliviano estabelece vários circuitos de mobilidade, com idas e vindas entre a RMSP e algumas cidades da Bolívia e também dentro da cidade de São Paulo; em última instância, dentro do bairro do Bom Retiro, mudando de endereço várias vezes. Essa circularidade é declarada pelos próprios bolivianos, donos de oficinas, que reconhecem a movimentação de vaivém para a Bolívia em espaços de tempo que costumam variar, geralmente, de seis meses a um ano ou mais.

Os períodos de maior retorno à terra de origem coincidem com momentos de arrefecimento da produção de roupas, entre o Natal e o Carnaval. Essa movimentação no território também é relatada por Agentes Comunitários de Saúde entrevistadas por Xavier (2010, p.156), que relatam a necessidade de refazer constantemente os cadastros dos bolivianos, pois estes se mudam com frequência.

Nesse sentido, a regularização de sua condição de imigrante no País serviria para garantir uma circulação mais livre, sem relação alguma com a intenção de permanência. Xavier (2010) levanta a hipótese de que a tradição migratória na Bolívia poderia sustentar uma cultura migratória⁶⁴ que facilitaria a circulação e a adaptação aos diversos lugares.

O conceito de território-circulatório de Tarrius⁶⁵ (2000 apud Xavier, 2010, p.166) nos permite uma leitura dessa particularidade da imigração boliviana pautada no movimento, e não na inserção ou integração. Esse autor aponta para o fato de que o uso do termo “imigrante” se referiria à noção de “inserção”, enquanto “migrante” estaria acoplado à noção de território. Sendo assim, podem-se identificar, na circulação, construções territoriais, de modo que o “vaivém” dos bolivianos na cidade de São Paulo e, em última instância, dentro do próprio bairro do Bom Retiro, faria parte de uma lógica não somente espacial, mas também econômica e cultural, o que faz da migração e do deslocamento um “tipo de vida”.

A discussão da mobilidade no território nos remete a buscar uma compreensão do bairro como um território que se constitui a partir dos sujeitos que lá circulam e

⁶⁴ A circulação poderia ser um fenômeno associado a uma lógica andina e, sobretudo, aimará, de migração, havendo uma confluência, que precisa ser considerada, entre lógica aimará, processos migratórios e produção de roupas.

⁶⁵ Tarrius AL. Describir, interpretar las circulaciones migratorias: conveniencia de la notion de “territorio circulatorio”. *Relaciones: estudios de historia y sociedade*. 2000; 21(3): 39-66.

interagem. Recorremos, então, a Certeau (2009, p.46): “O bairro se define como uma organização coletiva de trajetórias individuais: com ele ficam postos à disposição de seus usuários ‘lugares’ na proximidade dos quais estes se encontram necessariamente para atender suas necessidades cotidianas”

Os bolivianos percebem o centro da cidade de São Paulo como um lugar com qualidades muito importantes: proximidade de alguns lugares-referência como alguns espaços de sociabilidade e, sobretudo, dos contatos de trabalho; possibilidade de construção de relações de vizinhança; fácil acesso (acessibilidade por transporte público); tranquilidade e segurança. Por outro lado, também o percebem como reduto de “lugares caros”, com moradias precárias. Atribuem a ele um papel de espaço de transição, em que a inserção é mais viável no momento em que se chega à cidade e se conta com poucos recursos e menos autonomia no espaço. Consideram-no também um local onde há facilidade para conseguir colocação em alguma oficina de costura ou, até, trocar de oficina. As mulheres sozinhas também percebem o centro como um local com um acesso diferenciado, com maiores possibilidades de suporte (Xavier, 2010).

Portanto, o centro é um espaço onde há uma concentração de recursos urbanos materiais, mas também simbólicos (imateriais), como o acesso a rádios bolivianas, que não podem ser sintonizadas fora de um determinado e limitado perímetro. Esse meio de comunicação é identificado pelos imigrantes bolivianos como um modo de diminuir as distâncias; de ouvir depoimentos de bolivianos sobre sua experiência na cidade de São Paulo; e também de obter informações sobre a regularização de sua estadia no Brasil (Xavier, 2010, p.177). A importância do rádio no dia a dia da oficina é observada na descrição abaixo.

Para amenizar este dia-a-dia embrutecedor em que o trabalho acaba “adestrando” os seus corpos, tornando-os dóceis e submissos ao ritmo da máquina, a música contínua em alto volume, em geral música boliviana, cumpre a função de recriar nos mesmos a ilusão de que o retorno vitorioso à pátria está muito próximo (Silva, 1995, p.123).

Já a produção têxtil foi historicamente um dos eixos econômicos estruturantes do Bom Retiro, tendo passado por várias mudanças ligadas aos migrantes que ali foram se instalando (Truzzi, 2001; Póvoa, 2007; Marum, Gomes, 2009) e também por aquelas que foram ocorrendo na organização da indústria têxtil (Silva, 2008). Como vimos, na fase fabril do Bom Retiro, a indústria têxtil teve grande peso, sendo predominante a utilização da mão de obra dos imigrantes italianos. A chegada dos judeus (1950) coincidiu com a gradual saída das indústrias do bairro e teve papel relevante no desenvolvimento do comércio de roupas, aproveitando a base material ligada à indústria de confecção. Investindo principalmente em moda feminina, logo formaram grandes aglomerados industriais que envolviam desde a fabricação dos tecidos até grandes lojas atacadistas e varejistas (Silva, 2008, p.55).

Até o ano de 1970, a indústria têxtil tinha um alto grau de formalização das relações de trabalho e uma verticalização da produção nas fábricas. Após 1970, surgiram outras formas de produção nesse setor. As fábricas perderam tamanho, e a costura foi sendo terceirizada para oficinas externas, não mais numa lógica de trabalho assalariado e, sim, numa lógica de prestação de serviços (Silva, 2008). Essa

mudança visou descentralizar uma etapa do processo da indústria de confecção, com o objetivo de racionalizar custos⁶⁶.

Entre 1963 e 1966, teve início a vinda de coreanos para o Brasil, os quais, ao longo do tempo, se alojaram no bairro, iniciando sua atividade na confecção de roupas, em oficinas que funcionavam em suas próprias casas, onde a base do trabalho era a família. Com o decorrer do tempo, os coreanos foram utilizando a mão de obra de compatriotas ilegais, conseguindo rápida ascensão econômica, passando a aspirar a posições mais promissoras: alugaram parte das lojas de propriedade dos judeus, uma vez que muitos deles estavam se deslocando para outros bairros. Os coreanos experimentaram, então, a contratação de mão de obra nordestina, porém esses trabalhadores tinham proteção da legislação trabalhista, e eram frequentes as ações na Justiça do Trabalho, requerendo pagamento de horas extras.

Quando os imigrantes bolivianos começaram a chegar ao Bom Retiro, entre 1970 e 1980, encontraram os coreanos⁶⁷ em um momento de franca ascensão econômica, chegando a assumir o comando de 70% dos imóveis comerciais. E também estava a todo vapor o processo de descentralização de uma parte do processo da indústria de confecção, em que a terceirização resultava em uma redução de custos de capital e de trabalho por unidade de produto, eliminando despesas internas referentes a encargos sociais, custos administrativos e organizacionais. Portanto, para os imigrantes bolivianos que acabavam de chegar ao Bom Retiro, com pouco

⁶⁶ A indústria de confecção utilizava principalmente mão de obra feminina, em regime de trabalho assalariado, nas fábricas do Brás e do Bom Retiro. E essas costureiras passaram agora a trabalhar em pequenas oficinas de costura, em casa ou na vizinhança, nos bairros da zona leste, onde moravam, prestando serviços subcontratados para as mesmas fábricas da região central (Silva, 2008).

⁶⁷ Os coreanos também passaram, ao longo do tempo, a beneficiar-se dos avanços técnicos da indústria têxtil coreana e a atuar também como fornecedores de tecidos e máquinas importadas da Coreia (Silva, 2008, p.55).

dinheiro, numa situação de clandestinidade, trabalhar e morar no mesmo local foi uma maneira de solucionar a questão da moradia, além de ser rentável aos empregadores, que podiam manter próxima sua força de trabalho.

Foto 8 - Oficina de costura boliviana no Bom Retiro

FONTE: Arquivo pessoal

Inicialmente a maioria das oficinas pertencia aos donos coreanos, mas, com o tempo, esse papel foi sendo assumido por bolivianos que estavam em situação regular no País, passando os coreanos a assumir o papel de compradores da produção dessas oficinas, para alimentar as lojas do Bom Retiro. Além disso, os coreanos se especializaram no setor de *design* e inovação, o que os ajudaria a se livrar da pecha de “exploradores” de mão de obra boliviana (Buechler, 2004; Freitas, 2009). A

comunidade coreana se preocupava com sua imagem, buscando a desvinculação entre os lojistas e/ou donos de oficinas coreanos e os costureiros bolivianos. Vejamos a declaração da Associação Brasileira de Coreanos, dada ao Jornal *O Globo*, em dezembro de 1992 e citada por Freitas (2009, p.17):

O próprio presidente da Associação Brasileira dos Coreanos, Sang Im Kim, admite que esse sistema de trabalho provocou uma série de embates entre micro-empresários e a justiça brasileira. Diz porém que esses métodos foram abandonados. “Isto é coisa muito antiga que não condiz com o perfil que a colônia adquiriu [...] A nova geração de coreanos ambiciona posições mais destacadas do que as dos donos de confecções”, diz ele.

Xavier (2010, p.135-136) sugere, nesse processo, que evitemos visões homogeneizantes dos migrantes bolivianos na cidade de São Paulo, expressas pelo trinômio “escravo-ilegal⁶⁸-invisível”. Essa visão esteve baseada nas primeiras ideias a respeito dos bolivianos como “trabalhadores de oficinas de costura, localizadas nas áreas centrais, ocupando os postos mais baixos na escala de trabalho”. Embora a tarefa de discutir sobre a identidade boliviana ultrapasse os limites deste estudo,

⁶⁸O próprio Estatuto do Estrangeiro (1980) trata a questão do estrangeiro como uma questão de segurança nacional, reflexo do fato de ter sido aprovado na vigência do regime militar no País. Esta lei acabou criando a figura do imigrante indocumentado e a do clandestino, o qual é penalizado com pesadas multas (acima de 500 reais) por tal “crime” e convidado a sair do País num prazo de oito dias. Caso isso não ocorra, será deportado. Se o imigrante se casar com uma brasileira ou tiver um filho brasileiro, poderá ficar regularmente. Por esse motivo, essa estratégia de ter um filho aqui no Brasil é utilizada com frequência. Outras estratégias nem sempre legais são utilizadas, tais como tirar um novo registro de nascimento no Brasil para uma criança nascida na Bolívia. A única exigência é de duas testemunhas dispostas a comprovar tal nascimento. Práticas comuns são também a compra de documentos falsos; a compra de comprovantes de nascimento da criança em algum hospital da capital, uma vez que se dá certidão de uma criança falecida a outra criança; ou, ainda, quando um imigrante tem uma criança, e já está regular no País, um outro boliviano irregular a registra no seu nome, dando a essa criança uma nova paternidade (Silva, 1995). Desse modo, o fato de o Estado brasileiro identificar o imigrante ilegal ou clandestino como infrator estabelece um estigma de caráter jurídico. Este modo de tratar a questão está em desacordo com os princípios de proteção aos direitos humanos presentes na Constituição brasileira.

consideramos importante fazer alguns apontamentos para dirimir identidades marcadas por estigmas.

Nesse sentido, essa imagem “única” e socialmente deteriorada do boliviano resulta de estigma étnico, uma vez que o imigrante boliviano, independentemente de sua condição social, é identificado, por vários enquadramentos, com uma concepção marcada do “índio inferior e submisso”, pautado em características físicas e hábitos socioculturais⁶⁹ (Silva, 1995). É também interessante notar que, se existem sinais claros de exploração do trabalho entre bolivianos, essa visão não pode ser generalizante nem ao empregador nem ao empregado, pois parte dos imigrantes bolivianos, por exemplo, não possui um projeto de fixação, optando pela circulação no território. Mesmo que essa dimensão de clandestinidade gere uma situação de vulnerabilidade⁷⁰, adequada a um sistema de subcontratação com características transnacionais, desenvolver o raciocínio de “vitimização” dos agentes históricos corrobora sua paralisação diante de seu próprio fazer histórico (Silva, 2006, p.164).

O que pretendemos evidenciar aqui, mais do que olhar apenas para as particularidades, é a circularidade de vivências entre os grupos que passaram e passam, historicamente, a conviver no bairro do Bom Retiro; e, através delas, entender como aquilo que é particular e o geral se entrelaçam, conformando um tecido social de complexidade bastante interessante para essa área da cidade de São

⁶⁹ Silva (1995) relata que os bolivianos refutam a ideia de pele negra, dizendo que em seu país há poucos negros. A discriminação racial na Bolívia é dissimulada.

⁷⁰ A insatisfação com o país de origem impulsiona fluxos migratórios, passando o deslocamento humano a ser uma realidade global preocupante. Paradoxalmente, a opção contemporânea pela mobilidade social passa a atender à demanda de mão de obra não qualificada dos países centrais para vários setores, e entre eles estão o setor têxtil e de vestuário. Entretanto, o recrudescimento das restrições legais à emigração internacional encoraja mecanismos de abuso de exploração, fortalecendo redes de tráfico humano e os dispositivos escusos de facilitação de entrada nos países de destino (Cacciamali, Azevedo, 2008).

Paulo. O que pretendemos demonstrar é que todas essas culturas vão sendo absorvidas pelo cotidiano das práticas sociais, num processo em que essas marcas culturais são identificadas, mas nunca “enquistadas”.

Ao contrário, estarão sempre em movimento, em circulação; e, neste estudo, olhar para a dimensão da Saúde Pública será o elo que reunirá um pouco daquilo que é específico, mas também o que é generalizante. Para isso, olharemos, na sequência, como a estruturação das políticas de saúde se deu historicamente em São Paulo, abraçando, de alguma forma, todos esses grupos que fizeram e fazem parte da constituição histórica do bairro do Bom Retiro. Um bairro que traz como característica predominante, justamente, a “não concentração”, ou seja, “a pequena atuação de muitos profissionais que acabou por transformar, em escala significativa todo o bairro” (Mangili, 2011, p.192). Retornaremos a essa relação estabelecida entre esses dois grupos que marcam definitivamente a vida atual do bairro – os coreanos e os bolivianos –, na confluência de suas necessidades de saúde e daquilo que lhes é oferecido como serviço público de saúde, enfeixado na definição e na prática do Programa de Saúde da Família.

3 DO DESINFECTÓRIO CENTRAL À UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO BOM RETIRO: RESTOS DE MEMÓRIA, VESTÍGIOS DA HISTÓRIA

*“A ignorância do passado não se limita
a prejudicar o conhecimento do presente,
comprometendo, no presente, a própria ação.”*

(Marc Bloch, 2001)

As diversas formas de organização das práticas de saúde exercidas no bairro do Bom Retiro recorreram, a cada momento, a tecnologias que podem sofrer transformações a partir de perspectivas históricas diversas, perdendo ou mantendo certos traços do seu significado substantivo original (Mendes-Gonçalves, 1994, p.113). Por essa vertente, partimos do entendimento de que “o conhecimento histórico é indireto, indiciário e conjectural”, e, portanto, os indícios, os vestígios e as pistas que buscamos nos contam de um determinado tempo e lugar (Ginzburg, 2007, p.157).

Nesse sentido, abordaremos, sob uma perspectiva histórica, os modelos da organização tecnológica das práticas de saúde⁷¹ em São Paulo e seu reflexo no bairro do Bom Retiro, partindo do final do século XIX, até os dias atuais. A decisão de

⁷¹Sobre as transformações dos modelos tecnológicos na organização social das práticas de saúde paulistas, sugerimos acompanhar discussões em Mendes-Gonçalves (1994), *Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde*: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo. Cabe ressaltar que esse autor chama atenção para a dimensão tecnológica do saber no trabalho médico.

percorrer esse caminho, em longa duração histórica, visa possibilitar a identificação de vestígios das tecnologias utilizadas nas organizações anteriores, dentro da proposta da Estratégia Saúde da Família, tendo em vista que esta norteia o funcionamento da Unidade de Saúde do Bom Retiro e, portanto, é com esse modelo que trabalhadores da saúde e usuários coreanos e bolivianos ali residentes interagem.

3.1 A institucionalização do sanitarismo paulista: entre miasmas e bactérias

A influência da medicina social europeia, entre os séculos XVIII e XIX, já se fazia sentir no Brasil antes mesmo do período republicano, estabelecendo um conjunto de práticas representadas pela polícia sanitária⁷² ou polícia médica, pela higiene pública e pelo controle das doenças epidêmicas (Mendes-Gonçalves, 1994, p.106); de tal modo que a medicina em tudo passou a intervir e começou a não ter mais fronteiras, levando o médico a interferir também na organização dos espaços público e privado.

Com a chegada do sistema republicano brasileiro, em 1889, uma série de alterações no campo político e sanitário seria percebida em São Paulo, particularmente. Inicialmente com um processo de descentralização dos estados e municípios, determinado pela Constituição de 1891, definiram-se atributos dos governos estaduais, redundando numa sequência de leis e ações governamentais que

⁷² A “polícia sanitária” tinha como função regulamentar o exercício da profissão; combater o charlatanismo e exercer o saneamento da cidade; fiscalizar as embarcações, os cemitérios e o comércio de alimentos, com o objetivo de vigiar a cidade para evitar a propagação de doenças. Essa noção apresentará significados diferentes ao longo do tempo, dependendo do entendimento que se tem de dano ou doença e suas formas de ocorrência (Rosen, 1994, p.96-97). No Brasil, a polícia sanitária, que é a prática mais antiga da saúde pública, surgiu na época em que vigorava a “teoria dos miasmas”.

trouxeram a propalada independência sanitária estadual. Tal processo de descentralização político-administrativa tinha como causa, entre outras, a eclosão da febre amarela no interior paulista no verão de 1889, colocando em risco o complexo cafeeiro e atingindo em cheio o processo de imigração estrangeira (Gambeta, 1988). Para Castro Santos (1993, p.363) e Ribeiro (1993), a economia cafeeira, ou melhor, o surgimento de situações que ameaçavam a competência dessa economia foi responsável pela implantação de todo um aparato de saúde pública em São Paulo.

Hochman, em seu trabalho, *A era do saneamento* (1998), analisa a excepcionalidade paulista no campo médico-sanitário como parte de um movimento da elite paulista para minimizar os custos impostos pelos problemas sanitários das outras unidades federativas, o que determinou grande interesse na expansão dos serviços sanitários federais. Nesse sentido, São Paulo colaborou para a formulação das políticas públicas de saúde, especialmente para o controle de endemias rurais, epidemias de febre amarela e peste. A contrapartida desse apoio foi a garantia de que a adesão de São Paulo a essas políticas não fosse compulsória, obtendo a almejada redução dos gastos estaduais, além de maximizar sua autonomia política e administrativa.

A partir dessa disposição institucional estadual, a reforma dos serviços federais de saúde pública, iniciada entre 1918 e 1920, contava com a aquiescência paulista aos arranjos nacionais, sob comando do governo federal. Isso resultou no aumento da presença do poder central nos estados, enquanto São Paulo implementava sua própria reforma sanitária, a partir de 1917, preservando-se da ingerência da União. A vitória de uma solução mais nacional sobre uma alternativa puramente autárquica, como aquela desenvolvida por São Paulo, revelava inviabilidade da manutenção de

soluções individuais para enfrentar os impasses da interdependência sanitária. Entretanto, era permitido a qualquer unidade federativa optar por não realizar convênios com o governo central, prerrogativa que, na prática, somente poderia ser exercida por São Paulo. Portanto, a chamada “exceção paulista” estava inscrita na fórmula que construía uma ponte entre autonomia política e interdependência sanitária, sendo a tão proclamada exceção, na verdade, parte de uma solução coletiva (Hochman, 1998, p.211).

Dentro do processo de centralização político-administrativa estadual, ocorreriam a criação do Serviço Sanitário do Estado e do Serviço Geral de Desinfecção, em 1892, e a promulgação do primeiro Código Sanitário Estadual em 1894 (Mascarenhas⁷³, 1949). Instituiu-se, assim, o primeiro modelo tecnológico de saúde pública paulista⁷⁴, que apoiava suas ações em campanhas⁷⁵ e na polícia sanitária. Para a consolidação desse modelo, foi importante a participação do médico clínico Emílio Ribas⁷⁶, diretor do Serviço Sanitário do Estado entre 1898 e 1917, que usufruía de grande prestígio, adquirido com a erradicação da febre amarela em algumas cidades do interior paulista (Mendes-Gonçalves, 1994, p.110). Cabe notar que tais ações também buscavam consolidar a imagem de que São Paulo constituía a expressão maior do progresso econômico, social e racial de todo o País (Mota, 2005, p.15).

⁷³ Mascarenhas (1949) fez o primeiro estudo sobre a formação dos serviços sanitários do estado de São Paulo.

⁷⁴ Segundo Mendes-Gonçalves (1994, p.110), a primeira fase da saúde pública se estendeu de 1889 a 1925.

⁷⁵ O sentido militar do termo “campanha” tinha um peso superior à conotação educativa, que só ganharia relevo mais tarde (Gambeta, 1988, p.118).

⁷⁶ Almeida (2003) discute, em seu livro *República dos invisíveis: Emílio Ribas, Microbiologia e Saúde Pública em São Paulo (1898-1917)*, a introdução da microbiologia no Brasil, sobretudo em São Paulo, e a trajetória médico-científica de Emílio Ribas, simultaneamente ao fato de ter sido diretor do Serviço Sanitário do Estado.

As ações de desinfecção faziam parte do arsenal de práticas sanitárias e tinham, inicialmente, papel preponderante, refletindo o desenvolvimento tecnológico da medicina e da saúde pública da época, a princípio pautado na teoria miasmática, quando o Estado, com seu aparato médico sanitário, estabeleceu um controle que não se limitava a vigiar e a desinfetar domicílios, a impor vacinas e a sequestrar doentes: ele também esquadrihava e ordenava todo o espaço urbano (Gambeta, 1988, p.136).

Para tanto:

[...] previa a fiscalização da higiene das habitações e logradouros públicos; a inspeção sanitária de escolas, fábricas e oficinas, hospitais, hospícios, quartéis, prisões, estabelecimento de caridade e asilos; a fiscalização da alimentação pública em geral, do fabrico e consumo de bebidas nacionais e estrangeiras, naturais ou artificiais, e do comércio e exploração de águas minerais; o controle rígido dos cemitérios e dos mortos, e de tudo aquilo que, direta ou indiretamente, pudesse influir na salubridade das cidades, vilas e povoações do Estado (Telarolli Jr, 1996, p.89).

Entretanto, ao mesmo tempo que as ações visando ao controle das epidemias eram respaldadas por antigas práticas de desinfecção, oriundas da teoria miasmática, até então reconhecidas como as mais eficazes, as recentes descobertas científicas colocavam em cena a teoria bacteriológica, fruto dos estudos de Pasteur e Koch, revolucionando paulatinamente o pensamento sanitário da época. Sendo assim, estabeleceu-se um momento de transição, com a polaridade miasma e micróbio presente na estrutura dos serviços de saúde pública: o Serviço Geral de Desinfecção se ligou à concepção miasmática, e o Instituto de Bacteriologia, à microbiana (Ribeiro, 1993; Almeida, 2003, p.46). Era, assim, um momento no qual, segundo

Ribeiro (1993, p.35), “a velha concepção não foi de todo abandonada e a nova não foi de todo aceita”.

3.2 Desinfectando o Bom Retiro: os eflúvios da várzea

Como já dissemos em capítulo anterior, a região do Bom Retiro, no século XIX, assistiu à chegada, cada vez mais intensa, de grande número de imigrantes, sobretudo italianos, que se alojavam na Hospedaria do Imigrante estabelecida no bairro em 1882. A Hospedaria vivia superlotada, em condições insalubres de instalação, com consequentes surtos epidêmicos. O que se passava no Bom Retiro era um reflexo da realidade vivida pela cidade de São Paulo naquele momento, que crescia em ritmo vegetativo, com ausência de redes de saneamento básico, numa situação de aglomeração urbana, com falta de moradia e epidemias frequentes (Ribeiro, 1993). Gambeta (1988, p.58) aponta para um duplo papel da Hospedaria, que servia como mercado restrito de mão de obra e também para isolamento sanitário, uma vez que haveria o risco de mútua contaminação entre a população da cidade e os imigrantes, o que deixava a Hospedaria sob permanente vigilância.

Somava-se ao fato o lugar urbano do operário, coincidindo com as regiões de trabalho, ou seja, fábricas e cortiços ocupavam os terrenos menos valorizados nas baixadas alagadiças, como o Bom Retiro (Gambeta, 1988, p.179). Havia uma preocupação com os eflúvios provenientes das várzeas do rio Tietê, que, com seu fluxo lento, favorecia as emanações de gases resultantes da grande descarga de esgoto do núcleo urbano, então já densamente povoado. Tal preocupação foi

expressa no relatório— enviado ao Secretário do Interior do estado de São Paulo por Theodoro Sampaio, engenheiro sanitário — que fazia referência ao bairro do Bom Retiro, localizado na várzea do rio Tietê:

A várzea do Tietê abre-se-lhe defronte com uma superfície de muitos hectares, onde a lama preta, fétida e carregada de detritos em decomposição é um laboratório perene do impudismo e de quantas enfermidades pode engendrar a incúria humana.

A boca de coleta dos esgotos ali jaz perto e a montante sem os meios preventivos contra os gases mefíticos que exala, empestando o ar em largo âmbito e despejando “in natura” as fezes de uma cidade de 100.000 almas, num rio cuja corrente é quase imperceptível e cujo volume não excede de 15 metros cúbicos d’água por segundo.

Considera-se que laboratório de tifo não é esse trecho do Tietê, fronteiro do Bom Retiro, onde a água do rio quase sem velocidade, fazendo meandros caprichosos, mantém em suspensão uma massa abundante e gordurosa das dejeções de esgoto, aqui aderente às raízes que pendem das margens, acolá formando ilhas flutuantes de mais repugnantes aspectos! (Sampaio⁷⁷, s.d. apud Telarolli Jr., 1996, p.145).

A moradia dos pobres passou a ser o foco das ações, visando domesticar os hábitos do trabalhador urbano e aumentar sua produtividade no trabalho. As ações aliavam conhecimentos do campo da bacteriologia com os pressupostos da teoria dos miasmas a medidas voltadas para circulação, arejamento e desodorização do espaço; e, ao mesmo tempo, empregavam estratégias de combate a enfermidades como a varíola (Rocha, 2003). Tal preocupação é evidenciada no relato abaixo.

⁷⁷Sampaio, T. *Relatório ao Secretário dos Negócios do Interior do Estado de São Paulo*. São Paulo, [189?].

Quer do ponto de vista social, quer sanitário, a higiene domiciliar merece detido exame dos poderes públicos [...]. São as casas imundas o berço do vício e do crime. Os indivíduos que vivem na miséria e abrigados aos pares, em cubículos escuros e respirando gases mefíticos, que exalam de seus próprios corpos não asseados, perdem de uma vez os princípios da moral e atiram-se cegos ao crime e ao roubo de formas a perderem sua liberdade ou ganharem por essa forma meios de se alimentarem ou dormirem melhor (São Paulo⁷⁸, 1894 apud Telarolli Jr., 1996, p.141).

Equipes desinfetadoras agiam em sintonia com os inspetores sanitários na visita domiciliar. As habitações coletivas (pensões e cortiços), frutos do déficit de moradia e do aumento no valor dos aluguéis, em decorrência do crescimento súbito da cidade, eram focos de intervenções frequentes. O distrito de Santa Efigênia, do qual, em 1893, o Bom Retiro fazia parte, era o mais populoso da cidade, com uma média de 9,2 habitantes por prédio (Gambeta, 1988, p.184). Abaixo temos a descrição, feita por Jorge Americano, de uma visita domiciliar:

Uma vez por semana batiam à porta de cada casa homens do Desinfectório, que era dirigido por Dr. Diogo de Faria. Um trazia uma lata de 20 litros cheia de desinfetante verde, de cheiro acre. Outro trazia uma espécie de pulverizador grande, que era fixado pelos pés do manipulador e manejado como uma bomba de bicicleta. O terceiro um caderno de anotações com um lápis amarrado e usava terno comum, enquanto os demais vestiam de zarte azul.

Havia gente que se indignava da constância e da meticulosidade dessas visitas domiciliares: “Minha casa não é cortiço”. Mas a polidez do moço do caderno vencia as resistências. Só em casos raros e extremos a policia interveio.

Entravam os três, e começavam pela inspeção do porão. Se de pouca altura, inacessível, chão de terra (não era obrigatória a cimentação), vaporizava-se de fora para dentro, com líquido verde por todos os óculos e aberturas, tanto na rua como no quintal.

⁷⁸ São Paulo. *Relatório apresentado ao Presidente do Estado de São Paulo pelo dr. Cesário Motta Junior Secretário d'Estado dos Negócios do Interior em 28 de março de 1894*. São Paulo: Typ. Vanorden, 1894.

No quintal esvaziavam águas depositadas no tanque de lavar roupa e despejavam o líquido verde no ralo. Derramavam-no também no bueiro das águas pluviais, na lata de cisco, e na bacia da privada externa.

Depois vinham para dentro, pediam licença, examinavam a cozinha, colocavam o líquido verde na bacia da privada e no esgoto dos banheiros. Esquadrinhavam todos os quartos e salas. O moço do caderno tomava anotações. Despedia-se, e na rua, ao passar pelo bueiro fazia derramar também um pouco de líquido verde.

De duas em duas semanas aparecia um médico da Higiene, indagava minuciosamente das visitas dos desinfetadores, visitava meticulosamente a casa e dependências, tomava anotações e despedia-se (Americano⁷⁹, 1957 apud Gambeta, 1988, p.121-123).

A preocupação com as emanções miasmáticas do rio Tietê já estava presente nas observações dos fiscais de rios, que relatavam que, no tempo de seca, se formavam grandes ilhas de lodo, as quais, após fermentação, formavam bolhas, e estas, ao se romperem, emanavam gases. Na vazante, em trechos de várzea, havia depósitos de lodo pútrido – resultado do esgoto ali despejado, que se acumulava nas depressões dos antigos barreiros do Bom Retiro. O odor fétido era intenso, além do acúmulo de moscas e pernilongos, que importunavam o centro da cidade e diversos arrabaldes, conforme a direção do vento. Desse modo, havia, no rio, pouco abaixo da barra do Tamanduateí, e dentro mesmo da cidade, no bairro do Bom Retiro, poderosos e crescentes focos de infecção. Por tudo isso, em 1890, logo após a elite da cafeicultura assumir plenamente o poder em São Paulo, foi criada a comissão de saneamento das várzeas, que propôs a retificação do rio Tietê, que se iniciou em 1893 e terminou em 1941 (Jorge, 2006).

⁷⁹ Americano, J. *São Paulo naquele tempo, 1895-1915*. São Paulo: Saraiva, 1957.

Já a imigração estrangeira chegou a ser apontada como um fator que favorecia a sujeira e a imoralidade nos cortiços da cidade. A solução recomendada era a construção de vilas operárias ou familistérios, sempre afastados do centro da cidade, onde pudessem viver os trabalhadores desalojados dos cortiços (Telarolli Jr., 1996, p. 141). Nesse sentido, havia uma estreita relação entre o corpo de funcionários sanitários e os setores mais pobres da sociedade. Dentro da estrutura do serviço sanitário, as funções hierarquicamente mais baixas eram ocupadas por pessoas advindas de setores menos favorecidos, que, muitas vezes, moravam em residências similares às aquelas que deveriam vigiar, desinfetar, reformar ou mesmo demolir; ou seja, os próprios “desinfetadores” moravam na mesma habitação coletiva, conhecida como cortiço, onde dividiam o espaço com a família do imigrante (Almeida, 2003, p.140).

Na ausência de uma política estatal de prestação de assistência individual à saúde, esta era de responsabilidade individual, dependendo dos recursos financeiros de cada um e, na ausência destes, de um reduzido leque de hospitais filantrópicos. O recurso aos curandeiros era generalizado, e a maioria dos partos⁸⁰ na capital paulista e no interior do estado era realizado por parteiras práticas (Telarolli Jr., 1996, p.30, 59).

Diante das condições existentes, a colônia italiana buscou organizar-se em torno de beneficência e de mútuo socorro, possibilitando a vinda de um número significativo de médicos italianos, que se reuniram em Sociedades de Mútuo Socorro e Associações. Na primeira década do século XX, a beneficência italiana tornou-se

⁸⁰ Segundo Telarolli (1996, p.59) no período entre 1901 e 1909, o percentual de partos domiciliares na cidade de São Paulo ficou entre 97,4 % e 96,4%, enquanto nas cidades do interior paulista variaram entre 99,7% e 99,6%.

bastante significativa numericamente em relação às demais. Uma publicação do Departamento do Trabalho dá conta da existência de um total de 392 entidades beneméritas em São Paulo, em 1912. Dessas, 111 são estrangeiras, sendo 77 italianas, 14 portuguesas, 13 espanholas, 4 sírio-libanesas, 2 alemãs e uma francesa (*Boletim do Departamento do Trabalho*⁸¹, 1912 apud Salles, Santos, 2007, p.83). Dessa forma, a Sociedade Italiana de Beneficência⁸², em São Paulo, inaugurou o Hospital Humberto I em 1º de janeiro de 1905, com um forte apoio, inclusive financeiro, da comunidade (Hutter, 1986, p.178).

Na primeira década do século XX, tiveram início grandes modificações na sociedade paulista, resultado da urbanização; da industrialização; do aumento da organização política do operariado e das classes médias; e da pauperização da população urbana (Telarolli Jr., 1996, p.234). Tudo isso se acentuou na década de 1920, quando a cidade de São Paulo se tornou uma metrópole do capital industrial (Ribeiro, 1993). O proletariado industrial assumiu papel gradativamente mais importante, o que acabaria por inviabilizar politicamente a persistência de um modelo tecnológico excessivamente autoritário, que não oferecia assistência

⁸¹ Boletim do Departamento Estadual do Trabalho. São Paulo, Secretaria da Agricultura, Comércio e Obras Públicas do Estado de São Paulo. 1912; 1(3).

⁸² A Sociedade Italiana de Beneficência se constituiu num momento em que São Paulo contava com 27.000 habitantes e a comunidade italiana era composta de poucos elementos – comerciantes e artesãos, na sua totalidade. A principal aspiração era fundar um hospital, e, dessa forma, primeiro se abriu uma enfermaria no bairro do Bexiga, cuja população, no começo do século, era quase exclusivamente italiana. Em 1901, com a criação do fundo de imigração pelo governo italiano, houve uma ajuda financeira de 350 contos de réis, acrescida de um auxílio que seria obtido do governo brasileiro, em função de um acordo – assinado em 19 de novembro de 1896 pelos dois países –, que previa a ajuda a iniciativas que visassem à melhoria das condições de assistência ao imigrante. O fato, entretanto, de que o hospital tivesse sido criado com o intuito de atender aos imigrantes, sem restrições de raça, credo ou cor, criou, desde logo, dificuldades financeiras e administrativas para sua manutenção, devido, em grande parte, ao crescimento do número de indigentes e pacientes de baixa renda cujo atendimento era gratuito (Salles, Santos 2007).

individual à saúde e não condizia com o novo perfil da sociedade paulista (Mendes-Gonçalves, 1994, p.113).

A reforma sanitária de 1918 foi um marco inicial para o estabelecimento de um novo modelo, que se mostraria dominante a partir de 1920: as endemias e a saúde do trabalhador rural passaram a receber maior destaque, identificadas na década de 1910 com o atraso econômico e social do País, sobretudo no campo do ideário político constituído a partir do desenvolvimento de uma corrente nacionalista (Telarolli Jr., 1996, p.233). O entendimento de que a crise na cidade de São Paulo tinha relação com a miséria do trabalho no campo fez com que essa reforma dirigisse seu discurso saneador para a população rural, visando a valorizar as condições de trabalho e vida no campo, estimulando a permanência do imigrante na lavoura. Outro objetivo era recuperar o caipira, trabalhador nacional, para o trabalho assalariado (Ribeiro, 1993).

3.3 Educando o Bom Retiro: da coerção à educação sanitária

A transformação de São Paulo em uma metrópole industrial gerou a formação de um proletariado que, por meio de movimentos sociais, passou a requerer uma nova estratégia no trato das questões de saúde pública, inviabilizando um modelo tecnológico por demais coercitivo. Devemos lembrar que as condições de vida da classe operária em São Paulo eram bastante precárias durante as décadas de 1920 e 1930 (Decca, 1987, p.40). Donnangelo (1979), nos estudos em que articula a medicina como prática social na estrutura capitalista, afirma:

Essa aplicação da medicina ao corpo, enquanto agente socialmente determinado da produção econômica, fundamenta, entre outras, uma perspectiva de análise que apreende a participação da prática médica no processo de acumulação através de sua imediata articulação com a estrutura econômica, em particular com o momento da produção (Donnangelo, 1979, p.35).

Para demonstrar a importância desse proletariado urbano como porta-voz de reivindicações por melhores condições de vida, recorreremos ao estudo de Bertucci (1997), que identificou o modo como, na década de 1920, o operariado se apropriou de concepções oriundas do discurso normativo do saber técnico-científico – construído para moldá-los à disciplina da fábrica – para compor seu discurso pela luta por melhora das condições de vida da população pobre e proletária de São Paulo. O novo perfil da sociedade paulista e a aproximação da Fundação Rockefeller⁸³ (uma das maiores e mais antigas instituições filantrópicas norte-americanas) de uma rede estadual de instituições médicas e de saúde apoiadas na corporação médica paulista resultaram na conformação do novo modelo de intervenção sanitária que seria adotado a partir de 1920.

Em 1915, a Fundação Rockefeller iniciou estudos sobre as condições gerais da Saúde Pública e do ensino médico na América Latina, elegendo o Brasil como país onde fincaria suas posições científicas e ideológicas, a partir de uma adesão ao seu projeto médico-científico⁸⁴ (Marinho, 1993). Essa instituição tinha uma

⁸³ A Fundação Rockefeller, enquanto instituição financeira criada em 1913, organizou-se como sociedade civil, sem fins lucrativos, sendo caudatária de uma das maiores fortunas pessoais dos Estados Unidos da América (EUA) (Marinho, 2003, p.17-18).

⁸⁴ A Fundação Rockefeller buscava identificar centros de ensino dispostos a implantar, com seu apoio, disciplinas de Higiene e Saúde, com vistas a formar e treinar pessoal para atuar em prevenção e campanhas de saúde pública (Marinho, 2003, p.54).

interpretação de São Paulo como um lugar “atípico” no País, com uma “raça superior”, adequado para implementar seu projeto médico-científico.

[...] presentemente a população [do Brasil] se compõe de negros incapazes, brancos parasitas de origem portuguesa e uma grande porcentagem de seus descendentes híbridos, com traços aqui e ali de características indígenas [...] o Brasil Sul, começando no Estado de São Paulo, foi colonizado por portugueses destemidos e autoconfiantes que desde o começo cruzaram com índios nativos, desenvolveram uma estirpe brasileira resistente, estabeleceram-se nas estreitas margens costeiras de Santos e logo passaram a explorar e conquistar o interior [...] tais Estados do Sul, tendo a vantagem de um clima mais frio e mais variável e uma população muito mais viril, têm sob sua conta o futuro do Brasil. É o homem branco autoconfiante que está expandindo a fronteira e deitando as fundações de uma civilização mais progressista. O Estado de São Paulo é o centro e a alma desse movimento, com o Rio Grande do Sul prometendo se tornar um importante lugar. A esperança do Norte reside na liderança do Sul e no sangue novo desses Estados e da Europa (Marinho, 2001, p.55-56).

A Fundação Rockefeller percebeu que, para alcançar seus objetivos, era importante haver uma instituição que se responsabilizasse pela formação de profissionais na área de higiene e saúde pública e também pela formulação das políticas a serem seguidas (Castro Santos, Faria, 2010, p.156). E assim, a partir de um acordo entre o governo do estado de São Paulo e a Fundação Rockefeller, foi criado o Instituto de Higiene (1918), que passou a formular as diretrizes da política de saúde adotada a partir de 1925 (Rocha, 2003).

Com a intenção de formar propagadores de suas concepções e modelos, a Fundação ofereceu bolsas de estudos para médicos brasileiros na Escola de Saúde Pública da Universidade de Johns Hopkins. Desse modo, o médico Geraldo Horácio de Paula Souza usufruiu de uma dessas bolsas de estudo, e completou o doutorado

nessa instituição. Ao retornar para São Paulo, em 1921, Paula Souza assumiu a cadeira de Higiene e a direção do Instituto de Higiene. A seguir, em 1922, a partir de uma recomendação direta da Fundação Rockefeller e de diretores da Universidade Johns Hopkins ao governo do estado de São Paulo, Paula Souza assumiu a direção do Serviço Sanitário Estadual, onde permaneceu até 1927 (Campos, 2002).

Em 1925, ou seja, três anos após assumir a direção do Serviço Sanitário, Paula Souza, inspirado no modelo americano⁸⁵ dos Health Centers, propôs uma Reforma Sanitária, mais conhecida como Reforma Paula Souza (Campos, 2002, p.11). Essa reforma incorporava o modelo americano de ações médico-sanitárias, para o qual o principal fator causal dos processos de adoecimento estaria centrado no indivíduo, o que exigia ações educativas capazes de “civilizar” a sociedade. Desse modo, muitas ações do modelo anterior foram paulatinamente diluídas em “ações educativas”. Por meio destas, os indivíduos passaram a ser responsabilizados pelo estado sanitário da coletividade, na medida em que adotavam um determinado tipo de comportamento (Merhy, 1987, p.108). Tratava-se, então, do deslocamento do eixo do policiamento para a educação, tendo sido as ações sanitárias transferidas do coletivo para o indivíduo em particular (Ribeiro, 1993, p.246).

[...] Com isso, na prática sanitária, o policiar as coisas - habitação, água, esgoto, lixo, o vigiar a cidade ganhava um novo aliado - a persuasão do indivíduo, o uso das palavras para forjar no indivíduo a consciência sanitária, a prática definiu-se como policiar e persuadir.

⁸⁵ Segundo George Rosen (1994), o surgimento dos Centros de Saúde nos Estados Unidos se deve à imigração italiana e à necessidade de integrar esses imigrantes à comunidade.

A execução dessa política de saúde demandou um novo tipo de profissional de saúde, o Educador Sanitário⁸⁶. Para essa nova função, foram recrutados formandos da Escola Normal Caetano de Campos, os quais receberam um curso⁸⁷ de formação administrado pelo Instituto de Higiene. A primeira turma diplomou-se em 1927 (Ribeiro, 1993, p.256). Cabe ressaltar que, nos Centros Comunitários americanos, o papel de educação sanitária era desempenhado por enfermeiras (Castro Santos, Faria, 2010, p.160). Esse modelo tecnológico partia do pressuposto de que, ao modificar o comportamento do indivíduo através da educação sanitária, ocorreria um melhor controle das doenças. Sendo assim, a educação sanitária constituía o instrumento privilegiado desse modelo (Mendes-Gonçalves, 1994, p.113).

Nesse cenário, o Desinfectório Central do Bom Retiro assumiu outro sentido, tendo sido reduzido a uma Seção da Inspectoria de Moléstias Infecciosas, órgão que devia coletar dados referentes às doenças epidêmicas e manter a sistemática correspondência com o Instituto de Higiene. A ação dessa Inspetoria se restringia à capital, exercendo sua ação em parceria com a recém-criada Inspetoria de Policiamento Domiciliário e com a Inspetoria de Educação Sanitária e Centros de Saúde (Ribeiro, 1993). As mudanças na prática de desinfecção estão definidas no capítulo III do Decreto nº 3876⁸⁸:

⁸⁶ Na época de Emílio Ribas, a polícia sanitária ministrava educação higiênica às crianças. Sobre isso nos fala Telaarolli Jr.(1996, p.308): “A educação higiênica [...] constitui-se de ações educativas em auxílio da polícia sanitária, no controle e prevenção das doenças transmissíveis; já a educação sanitária, que seria um dos principais instrumentos da ação sanitária sob o modelo médico-sanitário, voltava-se para a profilaxia das doenças através de mudanças na consciência dos indivíduos”.

⁸⁷ O curso era dirigido, a princípio, aos professores primários, mas com certa exclusividade para as mulheres que trabalhavam nos Centros de Saúde, no Serviço Sanitário e nos parques infantis (Campos, 2002, p.52).

⁸⁸ O Decreto 3876, de 11 de julho de 1925 (Leis e Decretos do Estado de São Paulo, 1925), reorganizou o Serviço Sanitário, promovendo a Reforma do Código Sanitário de 1918, proposto por Geraldo Horácio de Paula Souza, após assumir o comando do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo em 1922.

Artigo 437 – Será suprimida a prática da desinfecção terminal ou conseqüente à remoção, alta ou falecimento do doente; serão mantidos os expurgos ou desinfecções e as desinfecções concorrentes.

Artigo 438 – A autoridade sanitária intimará ao proprietário, após remoção ou mudança do doente de moléstia contagiosa o beneficiamento domiciliário que for necessário (São Paulo, 1925, p.552).

A polícia sanitária e as campanhas agora se destinariam ao controle de doenças endêmicas, sobretudo malária e doença de Chagas, e às ações de imunização contra certas doenças infecciosas, priorizando a atenção a determinados grupos populacionais. Outro aspecto assinalado por Mendes-Gonçalves (1994, p.116) é que, nesse momento, as campanhas e a polícia sanitária permaneceriam enquanto técnica de ação, e não mais com o significado tecnológico substantivo original que tinha no primeiro modelo, em que eram os principais instrumentos de ação.

3.4 O Centro de Saúde chega ao Bom Retiro: a que será que se destina?

A proposta inicial previa a instalação de cinco Centros de Saúde na capital paulista em 1925⁸⁹. Entretanto, em função da grande oposição de natureza política à Reforma Paula Souza, este número foi reduzido para três (Campos, 2002, p.118),

⁸⁹ O Decreto nº 3876 determinava a criação de cinco Centros Distritais na capital paulista. No entanto, Paula Souza enfrentou resistências por parte de setores que não concordavam com a transformação da rotina dos serviços de saúde do estado. Desse modo, quando essa proposta passou pela Câmara dos Deputados, o legislativo reduziu o número de Centros de Saúde de cinco para um (Centro de Saúde Modelo). Apesar dessa derrota inicial, Paula Souza conseguiu chegar ao final do ano de 1925 com três Centros de Saúde implantados, fato endossado pela Lei 2122 de 30/12/1925, que estabeleceu medidas de caráter financeiro que garantiam o funcionamento dos Centros de Saúde do Brás e do Bom Retiro (São Paulo, 1926).

sendo um deles o do Bom Retiro⁹⁰, além do Centro de Saúde Modelo⁹¹ e do Centro de Saúde do Brás (Cortez⁹², 1926).

Segundo Castro Santos e Faria (2010, p.156), a Reforma Paula Souza tinha a intenção de atingir tanto a população imigrante urbana quanto a mão de obra imigrante das áreas interioranas, sobretudo cafeicultoras. Sendo assim, o fato de o Bom Retiro e o Brás serem bairros operários com grande concentração de moradores pobres e imigrantes, sobretudo italianos, deve ter sido levado em consideração na decisão de instalar Centros de Saúde nesses bairros. O Centro de Saúde⁹³ seria, então, o aparato institucional da organização sanitária proposta por Paula Souza, constituindo unidade sanitária polivalente, eixo desse modelo tecnológico da saúde pública que tinha, como objeto de trabalho, determinados grupos populacionais e a educação sanitária, como instrumento privilegiado (Mendes-Gonçalves, 1994, p.115). Cabe destacar que, para Paula Souza, o médico sanitaria era o profissional que deveria ter lugar privilegiado nos Centros de Saúde.

Os atributos gerais dos Centros de Saúde, definidos no Decreto 3876, eram os seguintes:

⁹⁰ O Diário Oficial do estado de São Paulo, de 28 de abril de 1931, ao descrever os equipamentos do Serviço Sanitário do estado de São Paulo, localiza o Centro de Saúde do Bom Retiro na Alameda Dino Bueno, nº 66.

⁹¹ O Centro de Saúde Modelo foi oficializado em 1925, com o código sanitário, porém já funcionava desde 1922, nas dependências do Instituto de Higiene (Campos, 2002, p.52).

⁹² Adamastor Cortez foi médico pediatra que atuou no Centro de Saúde do Brás e realizou uma tese de doutorado, em 1926, sobre os “Centros de Saúde” de São Paulo.

⁹³ A concepção de um centro de saúde que oferecesse serviços para uma população de determinada área e sua concretização em formas organizacionais de múltiplos objetivos foram os aspectos centrais de um amplo movimento pela reforma sanitária, que se desenvolveu nos EUA, na Europa e na América Latina, durante a segunda e a terceira décadas do século XX, como resposta às circunstâncias e às necessidades da população mais pobre dos centros urbanos (Castro Santos, Faria, 2010, p.179).

Artigo 51 – os centros de saúde visarão atrair a população com os seguintes objetivos:

- a) Dispensar a doentes tratamentos medicamentosos, nos casos restrictamente previstos no regimento interno do serviço, e para os encaminhar a instituições convenientes, quando aos centros não incumbir o tratamento;
- b) De uniformizar o tratamento adequado de doenças transmissíveis;
- c) De localizar focos;
- d) De favorecer a especialização do serviço;
- e) De criar principalmente oportunidade para a educação sanitária dos pacientes e das respectivas famílias;
- f) De indicar o método pratico a observar na educação de higiene no domicilio;
- g) De colher para o serviço de higiene em geral dados sobre morbilidade e outros que interessarem (São Paulo, 1925, p.480).

No Centro de Saúde seriam oferecidos os seguintes serviços:

Artigo 51

§ 2º – Em cada centro haverá em determinados dias e horas e em dependências apropriadas, os seguintes serviços, gratuitos, nos termos em que forem previstos no regimento interno, franqueados ao público:

- a) Hygiene pré-natal,
- b) Hygiene infantil,
- c) Hygiene pré-escolar,
- d) Hygiene escolar,
- e) Hygiene das outras edades,
- f) Exames periodicos, médicos e dos hábitos de hygiene,
- g) Tuberculose,
- h) Verminoses,
- i) Syphilis e moléstias venéreas,

- j) Nutrição e dietética,
- k) Outros que especificar o regimento interno (São Paulo, 1925, p.481).

Havia um predomínio de ações voltadas para prevenção, porém o projeto não excluía a assistência médica. E, nesse aspecto, a proposta paulista de Centros de Saúde se diferenciava do modelo americano que a inspirou, em que o aspecto curativo era descartado. A definição de uma área de abrangência para atuação do Centro de Saúde também era um aspecto inovador desse modelo.

Artigo 53 – A cada Centro de Saúde caberá operar em zona limitada da cidade, mas enquanto possível atender a habitantes de zonas estranhas, o fará; excedida a capacidade de trabalho do Centro, a zona será restringida e criado outro congênere (São Paulo, 1925, p.481).

Uma vez que a finalidade principal do Centro de Saúde seria a educação sanitária, o atendimento individual, de caráter curativo, seria realizado em situações bem definidas, como consta no artigo 49 da reforma do Serviço Sanitário paulista de 1925: “o serviço terá essencialmente o caráter de assistência sanitária e estranho, conseqüentemente, a toda clínica que não tiver imediato objetivo profilático da redução de focos contagiantes” (São Paulo, 1925, p.479). No caso de doenças não passíveis de tratamento educativo de higiene, os pacientes eram encaminhados à Santa Casa.

Ainda com relação à assistência médica individual, Mendes-Gonçalves (1994) ressalta o fato de que o modelo instituído por Paula Souza a introduziu não na escala

ampliada que assumiria anos depois, e, sim, enquanto parte de um projeto de trabalho concebido sobre o coletivo, como no caso de controle de doenças infecciosas ou em ações de cunho eugenista, com um caráter assistencial sanitário, tal como podemos observar nestes trechos da lei:

Artigo 51 _ Os centros de saúde visarão attrahir a população com os seguintes objectivos:

a)De dispensar a doentes tratamento medicamentoso, nos casos restrictamente previstos no regimento interno do serviço, e para os encaminhar as instituições convenientes, quando aos centros não incumbir o tratamento;

Artigo 52

§ 4º _ Os exames médicos e de habitos de hygiene, a que periodicamente todos se devem submeter e de que se encarregarão os Centros, têm por fim prevenir alterações iminentes da saúde, denunciar moléstias de início e ainda pesquisar e corrigir habitos hygienico-dieteticos prejudiciaes, toda essa pratica com intuito de manter a resistência do indivíduo contra as affecções de todo o gênero (São Paulo, 1925, p. 480- 481).

Segundo o próprio Paula Souza, em relatório do Serviço Sanitário em 1925, o Centro de Saúde era um “verdadeiro órgão de sondagem social”, visando à saúde da família. E, para alcançar esse objetivo, a educação sanitária tinha papel fundamental, buscando criar uma “consciência sanitária”, sobretudo através de ações educativas com as mães, com noções de puericultura. Tal Reforma, de viés eugênico⁹⁴, refletia uma forte preocupação, vigente na época, com a intensidade do fluxo migratório para

⁹⁴ As estratégias eugênicas nasciam de um pensamento modernizador e cientificista do século XIX, tendo em suas bases intervenções de cunho científico capazes de alterar a composição humana considerada como um “desvio” do curso natural da história. Tais concepções chegaram tardiamente ao Brasil, porém foram acolhidas pelas elites e pelos institutos de pesquisa e ensino brasileiros (Schwarcz, 1993, p.14, apud Mota, Schraiber, 2009, p.196). (Schwarcz LM. *O espetáculo das raças:cientistas, instituições e questão racial no Brasil 1870-1930*. São Paulo: Companhia das Letras; 1993).

o estado de São Paulo. Um posicionamento anti-imigrantista já era identificado desde a década de 1920 e aprofundou-se com as alterações políticas trazidas com o movimento de 1930, expresso nas leis de restrição para grupos indesejáveis, as quais tinham a aparência de um dispositivo de “proteção nacional” (Mota, Schraiber, 2009a). A presença do discurso eugênico ligado à atuação do Centro de Saúde é evidenciada no texto produzido em 1926 pelo pediatra Adamastor Cortez, em sua tese de doutorado sobre os Centros de Saúde em São Paulo.

Da educação hygienica depende incontestavelmente a elevação do nível moral e physico da nossa raça e a formação de um povo viril e são. E para tanto não se requer grande sacrifício. Um pouco de boa vontade, escolha criteriosa de educadores adrede preparados – eis tudo. A consciência sanitaria, uma vez formada, jamais desaparecerá e antes se perpetuará pelas gerações vindouras, porque produzirá benefícios (Cortez, 1926, p.24).

Além disso, a questão da hygiene das creanças affecta não só o indivíduo em si como a Nação, porque ellas serão os homens de amanhã, a quem serão entregues o futuro da pátria e os destinos de uma geração; a ellas se prende a economia nacional, porque são factores de trabalho e de actividades que engradecerão o Brasil; a ellas se relacionam a nossa independência economica e social, pois diminuindo-se a mortalidade infantil, a população crescerá, diminuindo, por desnecessaria, a immigração (Cortez, 1926, p.48).

O cuidado com a educação higiênica para a formação de uma “raça elevada” é bem marcante dentro dessa proposta de Paula Souza. Tal preocupação se estendeu para o período de 1930 a 1940, uma vez que Vargas buscou a elevação e a integração racial, por meio de ações eugenistas nas crianças brasileiras. Com o apoio da corporação médica, o estado de São Paulo representou o lócus da formação e da força coletiva nacional, identificando-se, em meio ao projeto centralizador varguista, como a representação nacional (Mota, Schraiber, 2009a , p.199, 203).

Os dados referentes à movimentação dos três Centros de Saúde existentes na cidade de São Paulo ao final de 1925 permitem observações importantes. Uma vez que o Centro de Saúde do Bom Retiro havia iniciado seu funcionamento apenas em dezembro, o número de atendimentos ao final de 1925 ainda era diminuto, se comparado com os outros dois Centros de Saúde. Mesmo assim, a análise da movimentação nestes dois indica que: dos pais que procuraram o serviço de Higiene Infantil no Centro de Saúde Modelo, 65,83% eram estrangeiros, enquanto, no Centro de Saúde do Brás, esse percentual foi de 69,76%, com um predomínio de italianos, seguido de portugueses, nos dois Centros; com relação às crianças, a maioria era de nacionalidade brasileira: 95,71%, no Centro de Saúde Modelo e 95,80%, no Centro de Saúde do Brás, provavelmente filhos de imigrantes (Cortez, 1926, p.19).

Com relação ao local de residência dos usuários, no Centro de Saúde Modelo havia uma maior concentração de moradores do bairro da Luz (231 usuários - 12,37% do total de usuários do serviço), seguida por moradores do bairro do Bom Retiro (185 usuários - 9,90% do total de usuários do serviço) e do Brás (137 usuários - 7,33% do total de usuários do serviço). Já no Centro de Saúde do Brás, a grande maioria, 86,6% (1011), era de usuários que residiam no próprio Brás; não havia nenhum morador do Bom Retiro matriculado nesse Centro (Cortez, 1926, p.50). Esses dados sugerem que os moradores do bairro do Bom Retiro se deslocavam até o Centro de Saúde Modelo em busca de atendimento, uma vez que a instalação do Centro de Saúde naquele bairro só ocorreu no final de 1925. Nesse contexto, o fato de o trabalho nos domicílios já estar presente na história desses bairros desde seus primórdios expressa-se em questões mais específicas, como o trabalho de mulheres em seus domicílios:

É opportuno tratarmos neste capítulo da questão do trabalho das mulheres em domicilio, trabalho remunerado pelas industriaes. Por não permittir uma vida compatível com as exigências da família, essa classe de operarias é hoje a mais desamparada de todas. Não sendo o trabalho organizado nem dependendo de regulamentação alguma, commettem-se abusos e excessos prejudiciaes á saúde. Comprehende-se isso, considerando-se as longas horas de trabalho em ambiente impróprio, a alimentação deficiente e as responsabilidades que pesam sobre essas pobres creaturas victimas de industriaes gananciosos. Acresce ainda que essas pobres mulheres, casadas na sua maioria, não podem dedicar á sua prole os cuidados indispensáveis que lhe são devidos(Cortez, 1926, p.42).

A chegada dos judeus ao Bom Retiro mais intensamente a partir de 1920 coincidiu com a implantação do Centro de Saúde no bairro, funcionando sob a lógica da educação sanitária. Do mesmo modo que os italianos, os judeus logo começaram a organizar, para essa comunidade, diversas instituições assistenciais que ocupavam um espaço de assistência social não preenchido pelo Estado. A primeira delas fundada na capital paulista foi a Sociedade Beneficente das Damas Israelitas, em 1915, que auxiliava mulheres grávidas e providenciava cuidados aos recém-nascidos. A Sociedade Beneficente Auxílio aos Pobres Ezra, criada em 1916, providenciava cartas de chamada, recebia os imigrantes no porto de Santos, mantinha pensões, ministrava aulas de português e ensino profissionalizante e encaminhava os imigrantes ao mercado de trabalho. Em 1924, a Ezra fundiu-se com a Sociedade Pró-Imigrante para tornar-se Sociedade Beneficente Israelita Ezra. Em 1929, foi fundada a Sociedade Beneficente Linath Hatzedek (“auxílio santo”, em ídiche), depois chamada Policlínica, um ambulatório para consultas e procedimentos, como curativos e pequenas cirurgias. Essas entidades seguiam modelos comunitários da Europa Oriental e também padrões locais, como é o caso das Damas Israelitas (que

inclusive, apoiavam o esforço bélico durante a chamada Revolução de 1932) (Cytrynowicz, 2005, p. 170-171).

Em 1940, a partir da fusão entre a Sociedade Beneficente das Damas Israelitas, o Lar das Crianças das Damas e a Gota de Leite, foi criada a Organização Feminina de Assistência Social (Ofidas), que se preocupava com a problemática da mulher, da família e da criança, orientando sua assistência para questões de gênero que não envolviam apenas auxílio monetário e consolidando uma tradição de trabalho dirigido por mulheres no interior do grupo. Utilizavam visitadoras domiciliares, que avaliavam as condições sociais e econômicas dos que pleiteavam auxílio (Cytrynowicz, 2005, p.172).

Foto 9 - Visitadora Domiciliar da Organização Feminina Israelita de Assistência Social (Ofidas)) em 1940, no Bom Retiro.

Acervo União Brasileira-Israelita do Bem Estar Social (UNIBES)

FONTE: Cytrynowicz, 2005, p.173.

3.5 Do Centro de Saúde ao dispensário do Bom Retiro

Após a Reforma Paula Souza, em 1925, ocorreram várias marchas e contramarchas no processo de criação dos Centros de Saúde, inclusive mudanças no que se referia às suas atribuições e vinculações administrativas. A parceria de Paula Souza com a Fundação Rockefeller tinha opositores entre os sanitaristas. E essa oposição pôde manifestar-se mais efetivamente, à medida que ocorriam movimentações na gestão do Serviço Sanitário, como quando Paula Souza deixou o serviço Sanitário em 1927 e Valdomiro de Oliveira assumiu a gestão até 1930, promovendo uma desaceleração das atividades dos Centros de Saúde em São Paulo (Merhy, 1992, p.95).

Se havia um projeto para os Centros de Saúde, ao final da gestão de Paula Souza à frente do Serviço Sanitário, em 1927, ele estava resumido a três Unidades (o Centro de Saúde Modelo, o Centro de Saúde do Brás e o Centro de Saúde do Bom Retiro). Segundo Merhy (1992, p.112), “dentro deste projeto de serviço de saúde, a perspectiva do Centro de Saúde como posto integral de ações sanitárias era letra morta”, tendo ocorrido um retrocesso das ações implementadas por Paula Souza, com o enfraquecimento das instituições médico-sanitárias; o afastamento da Fundação Rockefeller a partir de 1931; e, por fim, um desmantelamento do projeto sanitário estadual paulista, pulverizado entre 1940 e 1960 em diversas ações, sem nenhuma articulação nem racionalidade dos gastos (Mota, Schraiber, 2011, p.843).

O projeto sanitário vigente no estado de São Paulo, que se baseava em sua independência tecnológica em relação às ações consideradas primordiais para o bom

andamento do estado, foi abalado a partir de 1930, quando Getúlio Vargas chegou ao poder. Tendo sido o projeto aliado do poder central pela política getulista que instituiu o projeto sanitário nacional⁹⁵, estabeleceu-se, no estado de São Paulo, uma resistência ao governo federal, que culminou na Revolução Constitucionalista de 1932. Ocorreria, então, uma mudança paradigmática política e corporativa na elite médica dominante, que acreditava ser São Paulo um lugar intocável e orgulhoso de uma medicina “propriamente paulista” (Santos, Mota, 2010, p.123,125).

A política getulista na área da saúde privilegiava os diferentes espaços urbanos estratégicos e as diferentes categorias profissionais. Entre suas propostas populistas, motivadas por interesses econômicos e políticos, estava a transformação das Caixas de Aposentadorias e Pensões⁹⁶ (CAPs), criadas na década de 1920, em Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), na década de 1930 (Braga, Paula, 1981, p.65). Apesar de o sistema previdenciário fazer parte de um longo processo de luta dos trabalhadores, tais mudanças estavam no bojo de uma política social com caráter controlador, capaz de absorver os assalariados urbanos do setor privado, ao mesmo tempo que os excluía da esfera pública de participação (Carvalho et al., 2008, p.6). Desse modo, a população brasileira sem vínculos trabalhistas deveria pagar uma assistência especializada ou continuar dependente da assistência de serviços locais,

⁹⁵ Foi nesse contexto que se iniciou a gestão de Gustavo Capanema no Ministério da Educação e Saúde Pública em 1934. O território brasileiro foi dividido em oito regiões, cada qual com uma Delegacia Federal de Saúde, com o objetivo de, assim, alcançar um domínio nacional por meio de uma centralização política e administrativa capaz de coordenar, executar e fiscalizar as ações de saúde estaduais (Santos, Mota, 2010, p.123).

⁹⁶ O sistema das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPS) regulamentadas pela Lei Eloy Chaves (1923) marcou o início do modelo assistencial privatista, organizado a partir de contribuições do trabalhador e do empregador que previa, além de assistência individual ao trabalhador e dependentes, aposentadoria e pensões aos familiares. A partir da década de 1930, as CAPS deram lugar aos IAPs, que integravam a categoria de trabalhadores em âmbito nacional, agora com a contribuição do trabalhador, do empregador e do Estado (Braga, Paula, 1981, p.49).

como os Centros de Saúde de São Paulo, que não conseguiam atender às demandas (Mota, Schraiber, 2011, p.842).

Esse momento de alteração no curso das políticas públicas na área da saúde também foi marcado por grandes mudanças na corporação médica. Sobre isso, Schraiber (1993, p.179) relata que, durante os anos de 1930, a medicina liberal do tipo artesanal, correspondente ao modelo tecnológico do pequeno produtor de consultório privado, foi paulatinamente sendo absorvida pela organização empresarial da assistência médica. A medicina, pensada, até então, como uma prática exercida de “indivíduo para indivíduo”, entrava num contexto de transição, ou seja, de novas configurações e articulações entre o estado, o sistema político e a sociedade civil.

Essa instabilidade expressou-se pelo fato de que, com a derrota paulista em 1932, a intervenção federal continuou, e, por um curto período, vários interventores governaram São Paulo. Do mesmo modo, sucederam-se diretores para o Serviço Sanitário Estadual, até que, em 1937, se instalou o Estado Novo (Campos, 2002, p.56). As mudanças que ocorreram no Bom Retiro naquele momento foram reflexos dessa conjuntura política nacional. De tal modo que, em 1931, os Centros de Saúde do Bom Retiro⁹⁷ e do Brás e o Centro de Saúde Modelo foram transformados em “Dispensários⁹⁸ de Higiene Infantil”, subordinados à Inspetoria de Higiene Infantil e Assistência à Infância.

⁹⁷ O *Diário Oficial* do estado de São Paulo, de 15 de dezembro de 1932, já indicava que, na Alameda Dino Bueno, no mesmo número (66) onde anteriormente funcionava o Centro de Saúde do Bom Retiro, havia agora um Dispensário de higiene infantil.

⁹⁸ Um dispensário de higiene infantil se responsabilizava pela higiene, pela assistência pré-natal e pela criança até a idade escolar; pelo tratamento antissifilítico de gestantes e de crianças e visitas domiciliares eram feitas pelas educadoras sanitárias (Mascarenhas, 1949, p.112-113).

Art. 27º _ Ficam, de accôrdo com a organização dada pelo presente decreto, transformados em Dispensários da Inspectoria de Hygiene e Assistência á Infância os Centros de Saúde do Braz e do Bom Retiro e o Centro de Saúde Modelo, annexo ao Insttuto de Hygiene e estipendiado pelo Serviço Sanitario (São Paulo, 1931a, p. 266).

Dentro dessa lógica de um modelo centrado em problemas específicos de saúde, chegaríamos à década de 1950 com um Dispensário de Lepra instalado no bairro do Bom Retiro (Santos, 2003)⁹⁹. Cabe ressaltar que, uma vez que a proposta paulista¹⁰⁰ para tratamento da hanseníase se baseava na exclusão de todos os doentes, independentemente da forma clínica ou do estágio da doença, esse equipamento de saúde tinha papel secundário: realizava exames em comunicantes de doentes, vigilância dos focos de infecção e exames na coletividade (Rotberg, Bechelli, 1951, p.70). É preciso também evidenciar que São Paulo atuava de forma independente das ações realizadas pelo governo federal (Monteiro, 2003, p.101), de tal forma que, mesmo tendo sido determinado o fim do isolamento obrigatório dos doentes no Brasil em 1962, através de um Decreto federal, São Paulo só suspendeu a internação compulsória em 1967 (Opromolla, 2007, p.199). Era evidente, portanto, que o Centro de Saúde não tinha mais o papel estruturante do sistema de saúde pensado por Paula Souza e agora se misturava com outros serviços, muitas vezes, com sobreposição da oferta, revelando uma total falta de orientação planejada de saúde, quer para a capital paulista, quer para os municípios do interior (Campos, 2002).

⁹⁹ Vicente Saul Moreira dos Santos (2003) realizou pesquisa documental sobre a história da hanseníase no Brasil e, ao consultar o Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil (CPDOC-FGV), teve acesso a arquivos com informações referentes à política de saúde adotada durante o primeiro governo Vargas (1930-45). Constatou que na cidade de São Paulo havia um dispensário no Brás, um no Bom Retiro e um no Jaçanã.

¹⁰⁰ Sobre o “modelo paulista” de isolamento dos doentes, ver Monteiro, 1995.

3.6 O Centro de Saúde do Bom Retiro “sob nova direção”: Programação em Saúde

A emergência de um novo modelo nas práticas sanitárias paulistas se deu em meio à política de extensão de coberturas de serviços de saúde¹⁰¹ adotada pelo Estado brasileiro, como parte de suas políticas sociais (Nemes, 1990, p.75). Assim, em 1967, Walter Leser, médico sanitarista, assumiu a Secretaria de Saúde Pública e Assistência Social e implantou um novo modelo de assistência e organização institucional em saúde, a Programação em Saúde¹⁰², buscando a ampliação e a diversificação da assistência médica individual, em resposta à conjuntura das políticas de extensão da cobertura de serviços de saúde na década de 1970 (Nemes, 1990, p.76), já que São Paulo mantinha, separadamente, as instituições da Saúde Pública e da Assistência Médica Previdenciária.

Neste ponto, caberá uma breve distinção entre os conceitos de modelo assistencial e modelo tecnológico. Segundo Mota e Schraiber (2011, p.6), quando falamos de “modelo tecnológico”, referimo-nos à reformulação dos processos de trabalho (entendidos como práticas profissionais em saúde), enquanto “modelo assistencial” se refere à reorganização de oferta e consumo de assistência, indicando, principalmente, o polo organizacional e a economia de produção dos serviços. O

¹⁰¹ As políticas de extensão de cobertura de serviços de saúde instituídas no Brasil expressam concepções, gestadas na América Latina nos anos 1960, que entendiam ser necessário articular ações específicas de desenvolvimento social, dirigidas principalmente aos setores da saúde e educação, ao desenvolvimento econômico (Nemes, 1990, p.75).

¹⁰² Ao assumir a Secretaria Estadual da Saúde, em 1967, Leser formou um grupo de trabalho composto por sanitaristas da Secretaria e da Faculdade de Saúde Pública, que apresentou, em maio de 1967, o plano que fixou as diretrizes básicas para o estudo da reforma. Este material serviu de base para o grupo Executivo da Reforma Administrativa formular os diversos decretos que definiram as mudanças necessárias (Bonfim, Bastos, 2009, p.309).

predomínio do uso do conceito de modelo assistencial nas propostas de mudança em saúde indicou a prioridade da dimensão organizacional, restando a reforma dos processos de trabalho como subjacente (Ribeiro, 2007, p.98).

Mendes-Gonçalves (1994, p.119) ressalta que o modelo de gestão proposto por Walter Leser buscou incorporar resquícios institucionais e de modelos de gestão passadas; rearticulou todo esse arcabouço em um novo modelo de gestão, promovendo um realinhamento tecnológico, com a modificação do sentido global dessas técnicas. Para Mascarenhas (1973, p.443), Leser aproveitou a propícia situação político-administrativa e implementou uma profunda reforma administrativa, que pode ser considerada o ponto de partida para a instauração de um novo modelo tecnológico na Saúde Pública estadual. Entre essas mudanças, ressalta-se a descentralização técnico-administrativa em 10 divisões regionais, que funcionariam como uma pequena secretaria de estado e subordinadas a distritos sanitários, bem como a órgãos de supervisão técnica.

Dentro dos distritos sanitários estariam distribuídos os Centros de Saúde, unidades locais de saúde, escalonados segundo sua complexidade. O ponto crucial desse modelo era a retomada do Centro de Saúde, constituindo a porta de entrada de um sistema de saúde organizado em níveis de assistência, e isso está expresso nas palavras de Leser.

[...] me formei com a idéia de que o sistema de saúde se ancora num Centro de Saúde, a primeira porta de atendimento, para depois eventualmente passar para um segundo nível, e até para um terceiro, de hospitalização. Na Reforma, havia a Coordenadoria de Assistência de Saúde da Comunidade que reunia os Centros de Saúde, uma Coordenadoria de Assistência Hospitalar, no segundo

nível. E finalmente uma Coordenadoria de Serviços Técnicos Especializados, o nível de pesquisa (Bonfim, Bastos, 2009, p.349).

A proposta de um Centro de Saúde que se responsabilizasse pelos problemas de saúde da comunidade a que servia, remete, segundo Nemes (1990), à concepção de Centro de Saúde enquanto instrumento proposto (e não obtido) no modelo anterior, médico-sanitário; e evidencia a retomada de um tipo de concepção sobre o objeto de trabalho em saúde, coerente com a sua apreensão na dimensão coletiva. Entretanto, a particularidade da proposta daquele momento estava no fato de que sua concepção de Centro de Saúde tinha como principal característica tecnológica um sistema operativo que buscava correspondência entre os instrumentos das ações de saúde e os “problemas de saúde pública” de um coletivo tomado como conjunto populacional em um espaço limitado.

Portanto, a Programação, enquanto terceiro modelo tecnológico da Saúde Pública paulista, fazia do Centro de Saúde a porta de entrada de um sistema subordinado à ideia de ação programática como meio de realizar os objetivos epidemiológicos para o coletivo. O atendimento médico individual constituía instrumento de trabalho privilegiado, não apenas destinado ao atendimento à doença, mas, sobretudo, enquanto parte de um plano geral de intervenção articulado sobre a idéia da assistência integral. Outros instrumentos estavam presentes, entre eles a educação sanitária, mas reordenados tecnologicamente, com sentido global diferente dos modelos anteriores. O diagnóstico e o tratamento individuais seriam usados como forma de controlar a doença no coletivo, ao lado de outras medidas que incidiam imediatamente sobre o coletivo (como a imunização e o saneamento). Esta era uma característica nuclear da Programação, tomando como referência os modelos

sanitários paulistas anteriores: o entendimento de que a assistência médica individual é capaz de produzir modificações na dimensão coletiva dos processos de doença.

Havia, portanto, programas de assistência à criança, à gestante e ao adulto, além de subprogramas de assistência e controle da tuberculose e da hanseníase. Desse modo, a assistência médica ficou situada no interior desses programas, como um de seus recursos, ao lado das práticas educativas de caráter preventivo, das de caráter profilático das doenças e de saneamento ambiental. O conjunto de atividades técnicas introduzidas pela Programação modificou totalmente a organização do trabalho nas Unidades, pois, pela primeira vez, os Centros de Saúde tinham regras de organização do trabalho e instrumentos de avaliação homogêneos para toda a rede. A normatização técnica padronizou procedimentos e abriu a possibilidade de extensão, à maioria das Unidades, de atividades restritas às unidades especializadas, tais como o atendimento de doentes com tuberculose e hanseníase (Nemes, 1990).

A introdução do atendimento a consultas eventuais dentro do dia a dia do Centro de Saúde foi uma novidade, uma vez que, anteriormente, esse atendimento se limitava às atividades rotineiras previstas para cada grupo de usuários aos quais os Programas ou Subprogramas se destinavam. As principais atividades rotineiras eram atendimento médico individual, vacinação, visitas domiciliares, convocação de faltosos e exames laboratoriais rotineiros – todas normatizadas para cada programa, por meio de referência a cronogramas, conteúdo principal, instrumento a ser utilizado e rendimento previsto. Fazendo parte da estratégia para ampliar e diversificar a assistência médica individual, as atividades eventuais eram destinadas ao “atendimento da demanda de indivíduos manifestamente doentes”. Desse modo, a Programação buscou introduzir nos Centros de Saúde a prática do atendimento

médico à doença (tentando afastar a arraigada concepção do atendimento da Saúde Pública como controle do sadio); e, simultaneamente, integrar esse atendimento a um plano geral de intervenção articulado à ideia de História Natural da Doença¹⁰³ e a uma assistência integral (Nemes, 1990, p.79-81).

Apesar de a incorporação da assistência médica individual pela Saúde Pública ter sido determinada pela política de extensão de cobertura dirigida prioritariamente a populações “desassistidas” ou “marginais”, a Programação pretendeu articular instrumentos tradicionais da medicina previdenciária e da saúde pública a partir do ponto de vista coletivo, pois incorporou a assistência médica individual a um conjunto de outras atividades que compunham um plano de intervenção dirigido a coletivos, construindo uma articulação entre a assistência médica e as ações em Saúde Pública (Nemes, 1990, p.78-79). A Programação antecipou o que ocorreria, em âmbito nacional, relativamente à Atenção Primária à Saúde, tendo significado, segundo Mota e Schraiber (2011, p.839), uma “oportunidade” histórica, uma “novidade” na política de saúde, com transformações tanto no aparato institucional quanto nas modalidades de cuidados primários oferecidos à população.

Também se identificam elementos estruturais da Medicina Comunitária¹⁰⁴ na Programação, tais como: a integração das atividades de promoção, prevenção e cura

¹⁰³ A noção de “história natural da doença”, como definida por Leavell e Clark (1976), entende que a atuação do setor de saúde abarca os três níveis de prevenção: primária (promoção e proteção específica); secundária (diagnóstico precoce, tratamento e limitação de invalidez); e terciária (reabilitação).

¹⁰⁴ A Medicina Comunitária emergiu como proposta de “reforma médica” nos Estados Unidos durante os anos 1960, como modelo alternativo de Serviços de Saúde dirigido às “massas marginalizadas” (guetos e minorias raciais). A formulação da Medicina Comunitária ocorreu na sequência das propostas da Medicina Integral e da Medicina Preventiva (anos 40 e 50), movimentos gerados a partir das escolas médicas e cujas propostas se centravam na educação médica e na reformulação do ato médico individual, em direção à integralidade do paciente enquanto ser “biopsicossocial”. Enquanto a Medicina Preventiva e a Medicina Integral buscavam atuar na escola médica, objetivando a transformação da “postura” dos médicos, a Medicina Comunitária buscava intervir também na

no mesmo serviço de saúde; a regionalização e a hierarquização das atividades de saúde; e a ampla utilização de agentes não médicos nos serviços. Esses elementos constituíram-se como as expressões mais notáveis das ideias de extensão e simplificação dos serviços de saúde dirigidos a populações “carentes” e consolidaram o movimento da Medicina Comunitária em escala internacional. Essa consolidação ocorreu na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, realizada em Alma-Ata, em 1978, marco referencial das políticas de extensão da chamada Atenção Primária à Saúde (Nemes, 1990, p.77).

A maior implementação dessa proposta se deu em 1975, com o desmonte dos programas verticais e seus equipamentos; com a criação de órgãos e práticas de planejamento e de epidemiologia e de um sistema de informação, permitindo um processo de avaliação e planejamento das ações (Mota, Schraiber, 2011, p.845). O ritmo de implantação foi mais lento na Grande São Paulo que no Interior. E essa diferença era justificada, dizendo-se que a Grande São Paulo “resistia” às mudanças preconizadas pela Programação, e esse foco de resistência teve algum papel no arrefecimento da implantação da Programação, ocorrido a partir do fim de 1977, indicando a limitação do alcance desse modelo nos anos seguintes. Apesar de grandes alterações administrativas, diversificação das atividades e aumento da cobertura, os Centros de Saúde não expandiram o atendimento de maneira significativa para vários grupos populacionais, concentrando-se a parte mais

organização dos serviços. Os princípios da Medicina Integral continuariam a orientar a prática, mas as estratégias se deslocaram do ato médico individual para a busca de novos modelos de organização cujo alvo fosse a coletividade (Donnangelo, 1979, p.86).

relevante do atendimento nos menores de 1 ano. A almejada diversificação dos programas para doenças muito prevalentes, como hipertensão arterial, não aconteceu. O atendimento a adultos era esporádico, feito, na sua maior parte, a mulheres idosas sem cobertura previdenciária (Nemes, 1990, p. 95,97). A reforma administrativa implementada na Secretaria da Saúde do estado de São Paulo naquele momento promoveu o fechamento dos dez dispensários de lepra existentes no município, entre eles o do Bom Retiro, passando o atendimento do doente com hanseníase a ser feito no Centro de Saúde, que funcionaria sob a lógica do modelo implementado por Leser (Opromolla, 2007, p.75).

3.7 Abrindo as portas do Centro de Saúde para a demanda espontânea

A partir da divulgação da noção de Atenção Primária à Saúde (APS), na Conferência de Alma-Ata, em 1978, a Organização Mundial de Saúde (OMS) conclamou os países a redirecionar seus sistemas de saúde para o conjunto da população, ressaltando que a possibilidade da extensão estava na adoção da estratégia da Atenção Primária à Saúde. No caso paulista, o arrefecimento na implantação e a limitação do alcance da Programação, que se iniciou em 1978, podem ser entendidos pelo exame da situação global da secretaria nos anos 1975 a 1982, caracterizada por uma situação muito adversa de alocação de recursos, com a deterioração dos recursos materiais e a diminuição dos recursos humanos das Unidades. Ao estímulo à carreira dos médicos sanitaristas, seguiu-se um retrocesso com a não admissão de novos sanitaristas a partir de 1979. A perda de subsídios da

Secretaria da Saúde no período fez parte da conjuntura nacional no setor da saúde, em que prevalecia o privilégio, pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), à assistência médica privada. A extensão de cobertura “requerida” na crise pós-“milagre econômico” fora conseguida pelo Plano de Pronto Ação¹⁰⁵ (PPA) e pela Medicina de Grupo. O setor saúde continuava dividido, cabendo aos órgãos de Saúde Pública a assistência médica ao contingente da “periferia carente” (Nemes, 1990, p.97-98).

Em 1982, a crise da Previdência Social chegou ao ápice e levou o governo federal a fazer as seguintes proposições: plano de reorganização da assistência à saúde no âmbito da previdência (Plano CONASP), das Ações Integradas em Saúde (AIS_1983) e do Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS-1987); convênios que se caracterizavam pelo repasse de recursos financeiros da Previdência e da gestão de convênios com a medicina privada para as secretarias estaduais de saúde. Tais propostas constituíram uma normatização nacional para responder à mencionada crise da Previdência Social (Mota, Schraider, 2011; Nemes, 1990). Na prática, ocorreria a:

¹⁰⁵ O Plano de Pronto Ação (PPA) foi lançado em 1974 e promoveu a universalização das situações de urgência para a população urbana. Todos seriam atendidos em serviços próprios da Previdência ou por ela contratados, independentemente de sua condição de beneficiário (Braga, Paula, 1981). Schraiber (1993, p. 142) entende que o PPA estimulou uma assistência diversa da consulta tradicional realizada pela medicina liberal em consultório e daquelas dos serviços próprios ambulatoriais do sistema previdenciário. Foi uma alternativa encontrada pelo Estado para responder às pressões por acesso à assistência médica na década de 1970, causando o desvio para o setor de urgência. Desse modo, o PPA contribuiu para o desenvolvimento de uma “cultura do atendimento imediato” (Dalmaso, 1996). O pronto atendimento passou a ser aceito pela população como atenção alternativa ao modelo tradicional de consultas médicas, por permitir uma forma rápida de obter alívio e retornar à produção, satisfazendo ao empregador. Há o consumo de atendimentos, desvinculando o adoecimento de seus determinantes biopsicossociais, sem garantir seguimento (Ribeiro, 2007, p.111).

[...] utilização da rede de unidades básicas da saúde pública como principal porta de entrada do sistema de atenção à saúde. Essas novas formulações passaram a dirigir a política de trabalho das secretarias de saúde que, com isso, foram alçadas a uma posição de maior poder e a um aporte muito maior de recursos. A essa nova posição correspondeu uma contrapartida: a necessidade de aumentar o volume de assistência médica na rede pública a ponto de substituir parte da assistência prestada pela medicina privada conveniada (Nemes, 1996, p.57).

Essa foi a política que, no estado de São Paulo, passou a presidir a organização institucional e o modelo de assistência nos Centros de Saúde. Ocorreu o alinhamento de São Paulo com política nacional mais geral, enquadrando sua Programação em Saúde na expansão do pronto atendimento médico, condizente com o Plano de Pronta Ação federal. Em razão de realidades tão diversas nas várias regiões do País, em termos tecnológicos, financeiros, institucionais e de recursos humanos em saúde, deu-se uma leitura muito simplificada da Atenção Primária, visando à ampliação de cobertura do sistema nacional de saúde. Essa proposição predominou na disputa entre as diversas correntes políticas no interior do governo federal (Mota, Schraiber, 2011, p.846). Para compreendermos a dimensão histórica desse processo, recorremos a Paim (1999), que ressalta que a organização social do sistema de saúde deve ser entendida justamente pela articulação entre estado e história.

[...] o projeto reformista de saúde pública, desencadeado por Walter Leser na década de 70, promoveu a expansão do modelo assistencial sanitário centrado na programação, na qualificação e na criação da carreira de sanitário [...]. Posteriormente, com a absorção da demanda espontânea dos pacientes do INAMPS pelos Centros de Saúde, constatou-se uma falência desse modelo sem que fosse viabilizado um modelo tecnológico alternativo (Paim, 1999, p.245).

Cabe ressaltar que, nos bastidores desse cenário de crise, em que o governo federal buscava soluções para a crise previdenciária, e em resposta à quase extinção da Programação em Saúde, surgiu a proposta da Ação Programática em Saúde, apresentada pela primeira vez no II Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e no III Congresso Paulista de Saúde Pública, em 1989 (Mendes-Gonçalves et al., 1990, p.37). Essa proposta consistia em uma formulação teórica e uma experiência de modelo tecnológico para atenção primária à saúde, tendo como referencial o “trabalho em saúde” ou a articulação de elementos teóricos e práticos, para repensar as práticas profissionais no contexto particular da Unidade Básica (Nemes, 1990; Schraiber et al., 1996). A organização do trabalho em saúde se fundamentava no ideal da integralidade das ações, para o que buscou inspiração em tecnologias de base epidemiológica, privilegiando um olhar sobre o coletivo. O ponto de partida foi a proposta assistencial da Programação em Saúde, porque foram reconhecidas potencialidades desta, sobretudo a de colocá-la como intervenção pública e coletiva para uma rede de atenção básica, progressivamente incorporadora da assistência médica individual. Nesse sentido, buscou-se denunciar o quanto tais potencialidades foram politicamente abortadas, voltando-se a rede de Centro de Saúde para a configuração de Ambulatórios Gerais, com “tensionamento” dos programas de saúde, cuja transformação foi direcionada para o mesmo padrão assistencial do pronto atendimento. Desse modo, a proposta da Ação Programática visava a aprimorar o modelo da Programação (Mota, Schraiber, 2011, p.848).

Infelizmente, o governo estadual não foi sensível às propostas da Ação Programática enquanto alternativa para Programação em Saúde e prosseguiu no processo de valorização da categoria médica, com aumento salarial e desprestígio das

categorias de visitador sanitário, educador de saúde pública (dois cargos retirados dos quadros das unidades) e de médico sanitarista, cuja carreira foi desmantelada, sendo oficialmente extinta no final de 1987, quando a diretoria de unidades locais voltou a ser indicação “de confiança” da administração. Estabeleceram-se também incentivos salariais para Unidades Básicas com maior produção de consultas, de turnos adicionais de trabalho e de pronto atendimento. Desse modo, esse novo modelo construiu as condições necessárias para a implantação mais definitiva de uma assistência médica individual na rede da saúde pública cada vez mais “desvinculada” de suas marcas originais e, assim, cada vez mais comprometida com a ampliação do processo de “medicalizar” o social (Nemes, 1990).

Nesse momento, ocorreu uma inflexão histórica no conceito de Atenção Primária à Saúde (APS), com o deslocamento da noção de cuidados primários para o de atenção primária, fazendo corresponder à primeira o conteúdo de ações técnicas e, à segunda, um nível de ação ou porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde (Ribeiro, 2007, p. 221). Essa expansão conceitual já vinha sendo processada no Brasil, desde meados de 1970, tendo a chamada Reforma Sanitária assumido um espaço inédito para sua consecução, o que levou à constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo sido a APS absorvida por esse movimento (Mota, Schraiber, 2011, p.838).

Entre 1978 e 1994, uma série de projetos e programas iriam implementar as propostas da Conferência de Alma-Ata, até que, em 1994, ocorreu a proposição do Programa Saúde da Família (PSF) pelo Ministério da Saúde, posteriormente renomeado Estratégia de Saúde da Família (1996), enquanto proposta para reorientar a atenção básica, uma vez que havia condições jurídicas e institucionais para sua

viabilização (Ribeiro, 2007, p.220). Tendo como pano de fundo essa conjuntura nacional, ocorreu a municipalização do sistema de saúde na cidade de São Paulo, em 2001, e a Unidade Básica de Saúde do Bom Retiro começou a funcionar sob a lógica do Programa Saúde da Família. Sobre esse novo *modus operandi* da Unidade Básica de Saúde do Bom Retiro falaremos a seguir.

3.8 “Receita para fazer um Programa Saúde da Família”: exigências econômicas, interesses organizados e dimensão política

Após a Segunda Guerra Mundial, o capitalismo viveria um momento de grande desenvolvimento, chamado por Hobsbawn (1995, p.278) de “Era de Ouro” (1947-1973), marcado pelo aparecimento de Estados de Bem-Estar, o que, no sentido literal, quer dizer “Estados em que o gasto com a seguridade social – manutenção de renda, assistência, educação – se tornou a maior parte dos gastos totais”. Porém esse apogeu teria fim com a crise econômica e fiscal do Estado, levando a transformações sociais, econômicas e políticas. Em contrapartida, ganhou força o projeto neoliberal, com a minimização do Estado, a consequente retração dos direitos sociais e a progressiva transferência de vários setores estatais para o mercado privado (Almeida, 1999, p. 264; Costa, 1996, p.14).

Essa situação de crise atingiu também o setor da saúde, que convivia com elevados custos médicos associados a um grave período recessivo da economia mundial e a imperiosa necessidade de aumentar o acesso à saúde para a população

pobre. O modelo médico hegemônico¹⁰⁶ predominante imputava elevados custos, insustentáveis em momento de recessão econômica mundial, e, além disso, não era acessível a toda população (Mendes, 2006, p.16). Nessa circunstância, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) organizaram a Conferência de Alma-Ata, em 1978, com o tema “Saúde para todos no ano 2000”, inspirado nos princípios da Medicina Comunitária¹⁰⁷. Foi proposta uma agenda de reforma do setor de saúde em todos os países do mundo, com ênfase na oferta de cuidados primários¹⁰⁸ de saúde para a maioria da população e mudanças no desenho dos serviços, com base na regionalização e na integração dos serviços.

Um ano depois da Conferência de Alma Ata, ocorreu, financiada pela Fundação Rockefeller, a Conferência de Bellagio, na Itália, a partir da qual se disseminou internacionalmente uma noção seletiva de Atenção Primária à Saúde (APS), baseada na formulação de programas focados em problemas específicos de saúde para atingir grupos populacionais em situação de pobreza (Cueto, 2004; Magnussen, Joly, 2004).

Desse modo, houve um distanciamento dos princípios formulados na Conferência de

¹⁰⁶ O modelo médico hegemônico teve sua expressão máxima nos Estados Unidos, porém se difundiu para todo o mundo, configurando um predomínio da medicina especializada, determinado pelo desenvolvimento científico-tecnológico. A expansão desse modelo levou a um aumento do consumo de atos médicos, à crescente medicalização da sociedade, à fragmentação do ato médico e ao uso indiscriminado de tecnologia, com elevada iatrogenia (Capozzolo, 2003, p.47).

¹⁰⁷ A proposta da Medicina Comunitária teve origem nos Estados Unidos na década de 1960 e tinha o objetivo de oferecer atenção tutelada pelo Estado a grupos sociais com dificuldade de acesso à assistência médica pela compra direta. Parte da lógica da racionalização dos gastos, incorporando os princípios da medicina integral e preventiva, com oferta de serviços de menor densidade tecnológica para atuar nos problemas mais prevalentes e em grupos de risco. Utiliza o médico generalista para o atendimento dos segmentos menos favorecidos da sociedade, mantendo a medicina especializada para as outras categorias sociais e, dessa forma, estabelece uma diferenciação interna do campo médico, articulada à estrutura de produção, sem introduzir mudanças no modelo médico hegemônico (Donnangelo, Pereira, 1979).

¹⁰⁸ Mendes (2006) assinala que nesse encontro se deu a definição da Atenção Primária como doutrina, estabelecendo uma racionalidade técnica para a organização de sistemas nacionais de saúde, em que o nível primário teria função central de prestação de serviços sanitários, desenvolvimento de ações de prevenção e promoção, interação intersetorial e atendimento para as patologias mais comuns, de menor complexidade, com tecnologia apropriada.

Alma-Ata, materializado numa proposta político-ideológica de atenção primária seletiva de saúde, buscando a prestação de serviços compatíveis com custos menores e com recursos para organizar a produção de assistência apenas para populações marginais (Ribeiro, 2007, p.4).

Na década de 1980, ocorreu a disseminação dessa política de focalização, com formulação de programas seletivos de APS – financiados por agências e fundações internacionais, tais como o UNICEF – para países em desenvolvimento (Baptista et al., 2009, p.1011). Na década de 1990, o Banco Mundial assumiu papel central no debate internacional, enquanto fornecedor de recursos financeiros para o setor saúde, sempre condicionado a uma série de exigências, como a retração do papel do Estado, a diminuição de gastos, especialmente sociais, e a abertura da economia para os capitais internacionais (Almeida, 1999, p.16).

Do ponto de vista conceitual, Vuori (1986, p.399) esclarece que a APS pode ser compreendida como: um conjunto de atividades; um nível de assistência; uma estratégia de organização do sistema de serviços; e um princípio que deve nortear todas as ações desenvolvidas em um sistema de saúde. Starfield (2002, p.28-29) ressalta que essas várias formas de compreensão da APS não são excludentes, podem coexistir num mesmo sistema de saúde; e não é possível identificar uma única definição que exprima o significado da APS¹⁰⁹, que, segundo a autora, forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis do sistema de saúde, organizando e

¹⁰⁹ No Brasil, o termo utilizado nos documentos oficiais tem sido “atenção básica”, enquanto estratégia de reorientação do modelo assistencial definida a partir de 1996. Em textos acadêmicos, encontra-se tanto “atenção básica” quanto “atenção primária à saúde”, como sinônimos (Baptista et al., 2009, p.1009).

racionalizando o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para promoção, manutenção e melhora da saúde.

Segundo Fausto (2005), as primeiras experiências em APS no Brasil foram anteriores à Conferência de Alma-Ata: desenvolveram-se nos anos de 1960 e intensificaram-se nos anos 1970, a partir dos Programas de Integração Docente-Assistencial dos Departamentos de Medicina Preventiva, vinculados às escolas médicas.

A crise estrutural do setor público, instalada no Brasil, indicava um hiato entre os direitos sociais constitucionalmente garantidos e a efetiva oferta de serviços públicos de saúde. Com a continuidade do processo iniciado com as Ações Integradas de Saúde (AIS) e os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), seguiu-se o Movimento denominado Reforma Sanitária¹¹⁰, amplamente debatido na VIII Conferência Nacional de Saúde, que culminou com a consolidação de um Sistema Único de Saúde (SUS), definido na Constituição de 1988.

O fato é que, naquele momento, apesar das recomendações e das pressões por parte de agências internacionais, o Brasil resistiu e avançou no sentido da Reforma Sanitária sob outros princípios, tais como o da universalização; o da equidade no acesso; e o da integralidade das ações dos serviços de saúde, refletindo o contexto de redemocratização do Estado. Cabe sublinhar que a Reforma Sanitária Brasileira (RSB) tinha como principais focos a garantia do direito universal à saúde e a rejeição à concepção de uma atenção primária seletiva (Baptista et al., 2009, p.1012).

¹¹⁰ Paim (2008, p.173) entende a Reforma Sanitária como um fenômeno histórico-social em que a proposta foi fruto de um longo movimento da sociedade civil brasileira em defesa da democracia, dos direitos sociais e de um novo sistema de saúde. Transformou-se em projeto a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde e desenvolveu-se como processo desde então.

Contudo, o SUS entrou na década de 1990 submetido ao agravamento da crise econômica e fiscal do País e tornou-se alvo das políticas de ajuste e contenção de gastos, que colocam em risco seus princípios universalizantes e solidários (Capozzolo, 2003, p.79).

Paim (2008, p.180) chama atenção para o fato de que as forças e os partidos políticos identificados com o projeto da Reforma Sanitária perderam o segundo turno da eleição presidencial de 1989, de modo que, por ironia da história, os partidos e os grupos que se opuseram à Reforma Sanitária vieram a ser os responsáveis pela implantação do SUS no Brasil. Este mesmo autor entende que a Reforma Sanitária Brasileira, enquanto projeto de reforma social, obteve um resultado parcial, predominantemente setorial e institucional, identificada com a implantação do Sistema Único de Saúde.

Num contexto de pressões para a redução do papel do Estado à sua função reguladora; para a focalização de recursos; para a diminuição do acesso universal aos serviços médicos e de governantes interessados em um “sanitarismo de resultado”(Paim, 2008, p.184), o Programa Saúde da Família ganhou proeminência na agenda nacional, transformando-se numa das estratégias prioritárias do governo federal, a fim de impulsionar transformações no modelo assistencial, a partir da atenção básica (Capozzolo, 2003, p. 80).

Voltemos agora nossas atenções para o cenário nacional, onde, durante o governo de Itamar Franco, iniciado em final de 1992, assumiu o Ministério da Saúde Henrique Santillo, político com perfil conservador, muito interessado em realizações de efeito político, com repercussões rápidas. Ele trouxe consigo Halim Girade,

médico, consultor da UNICEF e que, já em 1987, atuara como assessor para Assuntos Comunitários na Secretaria Estadual da Saúde de Goiás, quando Santillo era governador desse estado. Naquela ocasião, Girade implantou o Programa de Medicina Comunitária, que consistia basicamente em formar pequenas equipes – com médico, enfermeira e assistente social –, que se deslocavam para cidades no interior do estado, com a finalidade de treinar Agentes Comunitários de Saúde, que teriam como referência o médico lotado na Unidade de Saúde local (Goulart, 2002, p.107).

Em final de 1993, ocorreu uma reunião¹¹¹ no Gabinete do Ministro, em resposta a uma demanda de secretários municipais de saúde, que queriam apoio financeiro para efetivar mudanças na forma de operação da rede básica de saúde. Solicitavam a inclusão de outros profissionais no Programa de Agentes Comunitários (PACS), iniciado em 1991, para que os Agentes Comunitários (ACS) não atuassem de forma isolada. Por outro lado, já estava em curso a experiência do Ceará, em que o enfermeiro supervisionava o trabalho do ACS, o que constituía um primeiro passo para a incorporação de novos profissionais. O PACS atuava de forma isolada e focalizada em diversas regiões do País, como uma política estadual, com efetivo impacto na diminuição da mortalidade infantil.

Halim Girade teve importante papel como articulador do evento seguinte, em 27 e 28 de dezembro de 1993, que marcou a concepção oficial do Programa Saúde da Família (PSF). Ali havia mais atores em cena, aumentando o espectro de influências: além da presença das secretarias estaduais e municipais de saúde, consultores e

¹¹¹ A essa reunião estavam presentes o Secretário de Saúde de Quixadá, Luiz Odorico; um consultor da OPAS, Eugênio Villaza Mendes; e dois membros da UNICEF, Halim Girade e Oscar Castillo (representante oficial), para discutir uma proposta nacional para a atenção básica (Aguiar, 1998, p.61).

especialistas em Atenção Primária, estavam presentes os implementadores de programas de “médico de família”, que realizavam experiências localizadas, algumas delas sem a adoção do PACS, como a do Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre; a de Niterói; e a de São Paulo, de onde vieram, aliás, as duas coordenadoras do Programa Consultório de Família: Eliana Dourado Mattos e Marilena Gentile (Aguilar, 1998, p. 61-62; Viana, Dal Poz, 1998, p.19-20).

As exigências econômicas para implementar mudanças eram dadas pelo cenário de crise das finanças públicas e pela adoção de políticas de ajuste, promovendo a busca de novas modalidades de gestão, economizadoras de custos (Viana, Dal Poz, 1998, p.310). O agravamento da crise da saúde na década de 1990 resultou em redução dos recursos para financiamento, irracionalidade, exclusão social, problemas de imagem do sistema perante seus usuários, etc. (Goulart, 2002, p.103).

Com relação à dimensão política, a formulação do PSF ocorreu em um momento de mudança política, com a eleição de um novo presidente e com um Ministro da Saúde interessado em ser o mentor de propostas inovadoras para a saúde. O apoio político de gestores locais (secretários municipais e técnicos do sistema local), técnicos externos à área da saúde e técnicos de organismos internacionais, como o UNICEF e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) foi suficientemente forte para neutralizar os atores contrários à reforma (Viana, Dal Poz, 1998, p.31).

O primeiro documento oficial do PSF, de setembro de 1994, definiu o Programa como um instrumento de reorganização do SUS; e estabeleceu que sua implantação inicial ocorreria prioritariamente nas áreas de risco, tomando como critério para seleção dessas áreas o Mapa da Fome, do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) (Viana, Dal Poz, 1998, p.21). Portanto, essa proposta apresentava um

programa que buscava claramente estender a cobertura e ampliar o acesso a serviços de saúde para grupos marginalizados, moradores de regiões de baixa densidade populacional ou de pequenos centros urbanos, principalmente na região nordeste (Aguilar, 1998).

Ao longo do tempo, houve uma mudança na proposição do PSF: enquanto, no momento inicial de sua implantação, havia uma ênfase no papel de agregar maior resolutividade ao PACS, voltado para regiões com condições adversas de saúde e de acesso aos serviços, com indicadores desfavoráveis de morbi-mortalidade, após 1996, os documentos ministeriais passaram a apresentá-lo como uma estratégia governamental de reorientação do setor de saúde e deixaram de citar o Mapa da Fome como prioridade, buscando rechaçar sua concepção como modelo simplificado (Viana, Dal Poz, 1998).

Uma clara opção política do governo federal de expandir o programa manifestou-se por uma série de incentivos financeiros, tais como a definição de um pagamento diferenciado dos procedimentos para os municípios que estivessem implementando o programa; depois, a Norma Operacional Básica do SUS, versão de 27/08/96 (NOB 96); e a implantação efetiva do Piso da Atenção Básica, a partir de 1998 (Capozollo, 2003, p.83).

O Documento Oficial do Ministério da Saúde de 1997 –“Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial”– assinala que o objetivo do programa é “reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de

responsabilidades entre os serviços de saúde e a população” (Brasil, 1997, p.10). Segundo Viana e Dal Poz (1998, p.28), o programa se constitui em instrumento de mudança do modelo assistencial, ao evidenciar as fragilidades e as limitações do modelo tradicional, entendendo que pode ser salutar a convivência dos dois modelos em um momento de transição. Uma vez que o modelo hegemônico de assistência à saúde está centrado na atenção hospitalar e na oferta de atendimentos médicos prioritariamente orientados para a doença e para ações curativas, com a utilização cada vez maior de serviços especializados e de procedimentos de alta densidade tecnológica, o PSF é apresentado pelo Ministério da Saúde como estratégia para alterar esse modelo, a partir da atenção básica (Brasil, 1997).

Desde a sua proposição, houve uma franca expansão do PSF, tendo atingido, em janeiro de 2013, cerca de 105 milhões de habitantes (54%) com 34 mil Equipes de Saúde da Família (EqSF) implantadas (Brasil, 2012).

3.9 Do Programa Consultório Médico de Família, passando pelo Qualis, convivendo com o Plano de Assistência à Saúde e chegando à Unidade de Saúde da Família no Bom Retiro

Antes de iniciar-se a implantação do PSF na cidade de São Paulo em 1996, já existia, desde 1989, uma experiência prévia de parceria entre a Secretaria Estadual da Saúde e a Casa de Saúde Santa Marcelina, com o Programa de Consultório Médico

de Família¹¹² (PCMF), cuja proposta de trabalho se inspirava no modelo cubano: um médico generalista, contratado em regime de dedicação exclusiva, trabalhava apenas com um auxiliar de enfermagem e residia anexo ao Consultório. A proposta inicial era de que fossem implantados 40 consultórios na cidade até o final de 1989; no entanto, efetivamente foram implantados 17, dos quais restaram 7 em 1996. Havia uma grande dificuldade de contratar e fixar os médicos.

Cada consultório era responsável por uma área geográfica delimitada, com uma população de 2.000 pessoas ou 400 famílias cadastradas. Segundo Eliana Mattos (1989), os consultórios seriam a porta de entrada do sistema de saúde e teriam os seguintes objetivos:

- aumentar a resolutividade e a cobertura do sistema de saúde, garantindo o diagnóstico precoce e a atenção médica integral, ambulatorial e hospitalar, oportuna e contínua, à clientela alvo;
- humanizar o atendimento, resgatando a relação “médico-cliente” e reduzindo a hipertrofia burocrática da relação “doença/serviço”;
- identificar condições ambientais de risco às quais a população está exposta, atuando integralmente com as vigilâncias sanitária e epidemiológica;
- estimular a participação da comunidade na promoção, na prevenção, no tratamento e na reabilitação da saúde;
- aprimorar profissionais capazes de prestar assistência primária de boa qualidade ética e científica à saúde do indivíduo, da família e da comunidade;
- criar mecanismos que facilitem o desenvolvimento de pesquisas necessárias à implantação, ao acompanhamento e à avaliação desse Programa e de projetos semelhantes (Mattos, 1989, p.237-238).

¹¹² Em 26/10/1988, o Decreto estadual nº 29.055 determinou a criação do Programa Consultório Médico de Família.

O Programa¹¹³ não foi bem aceito na época, tendo recebido críticas da Associação Paulista de Medicina, que temia a esquerdização, em função de a ideia ter sido gerada em Cuba, e também do Sindicato dos Médicos, que questionava o caráter paliativo ou de cesta básica do PSF (Goulart, 2002, p.102).

Em 1996, ocorreu a extinção do PCMF e iniciou-se a implantação do PSF na cidade de São Paulo, por meio de um convênio – com a denominação de Qualidade Integral em Saúde (QUALIS) – entre o Ministério da Saúde, a Secretaria de Estado da Saúde e duas organizações sociais¹¹⁴ sem fins lucrativos: a Casa de Saúde Santa Marcelina e a Fundação Zerbini. Isso ocorria paralelamente ao fato de os serviços de saúde do Município de São Paulo terem sido transformados em cooperativas de saúde operadas pelo setor privado, através do Plano de Assistência à Saúde (PAS¹¹⁵), durante as Administrações Municipais dos Prefeitos Paulo Maluf e Celso Pitta, de 1993 a 2000. Dessa forma, coexistiam na cidade uma rede de serviços estaduais de porte considerável e outra municipal, funcionando com modelos assistenciais distintos e desarticulados entre si (Capozzolo, 2003, p.119).

Inicialmente, o Qualis, gerenciado pela Casa de Saúde Santa Marcelina, implantou nove Unidades na zona leste da cidade, em três das quais se deu continuidade ao trabalho realizado pelos Consultórios Médicos de Família que existiam na região.

¹¹³ Em início de 1988, José Aristodemo Pinotti, secretário da Saúde do Estado de São Paulo, em busca de projetos que incrementassem sua visibilidade política, solicitou que um grupo de técnicos da Secretaria iniciasse o planejamento do Programa Consultório Médico de Família, o que se concretizou em 1988, tendo ficado a coordenação do Programa a cargo de Eliana Dourado (Goulart, 2002, p.102).

¹¹⁴ As Organizações Sociais (OS) são entidades privadas – pessoas jurídicas de direito privado – sem fins lucrativos, destinadas ao exercício de atividades dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e à preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde.

¹¹⁵ Esse modelo de privatização impediu, inclusive, a municipalização dos equipamentos e dos serviços, prevista no SUS. A partir de 2001, houve a municipalização, que consubstanciou o SUS na cidade de São Paulo.

A partir de 2001, com a municipalização da saúde na cidade de São Paulo, houve a implantação do PSF pela Secretaria Municipal de Saúde. A contratação das equipes foi viabilizada por novos convênios com várias instituições parceiras. Foi nesse momento que a Unidade Básica de Saúde do Bom Retiro, implantada na década de 1970 pela Secretaria de Estado da Saúde tendo funcionado até então sob a lógica do modelo da atenção primária “tradicional”¹¹⁶, passou a pautar suas ações pela lógica do PSF, sob a gestão do município, em parceria com a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Houve a implantação inicial de três Equipes de Saúde da Família, ampliadas para quatro em 2004.

Atualmente a Unidade de Saúde do Bom Retiro – bairro com 33.892 habitantes, segundo o Censo de 2010 – tem 15.096 usuários cadastrados, segundo o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), com uma média de 3.774 usuários por Equipe de Saúde da Família.

3.10 Breves reflexões sobre o Programa Saúde da Família

O PSF define a família como objeto de atenção, entendida a partir do espaço em que vive, o espaço-domicílio, onde se constroem as relações intra e extrafamiliares, e cuja compreensão permitiria um entendimento ampliado do processo saúde-doença, conduzindo a intervenções de maior impacto (Brasil, 1994, 1997). Com relação a este aspecto, Miranda (1998) considera que a escolha da família como fator

¹¹⁶ Esta Unidade oferecia consultas realizadas por profissionais de diferentes especialidades (clínico geral, pediatra, ginecologista e dentista), apoiados por um setor administrativo composto por funcionários públicos de carreira, assim como eram os especialistas.

determinante principal da saúde da população e como núcleo central de intervenção para alterar o perfil de morbimortalidade significa uma redução e um retrocesso na concepção da produção social do processo saúde-doença.

A determinação da família como objeto de intervenção em saúde é anterior ao PSF e surgiu centrada na figura do médico de família, como nos indica o percurso histórico da medicina familiar no Brasil, traçado por Paim (1985), demonstrando que, entre 1973 e 1979, os esforços realizados pela OMS, pela Associação Brasileira de Ensino Médico e, posteriormente, pela Fiocruz e pelo Inamps centravam-se em torno da formação do médico de família e do gradual desaparecimento desta categoria. Tal esforço se devia à necessidade de “humanização da medicina”, ao combate ao “especialismo” e, em termos estratégicos, ao estímulo a programas de formação de médicos generalista e de família. O PSF se distanciou da “medicina de família”, pois inseriu-se no escopo das políticas públicas de saúde, no contexto do SUS (Trad, Bastos, 1998, p.430).

Paim (2003) alerta para o fato de que a opção por um dado modelo de atenção não está isenta de finalidades e valores, explícitos ou implícitos, quanto ao significado e aos sentidos das práticas de saúde. De tal modo que um mesmo rótulo ou proposta pode expressar-se concretamente, em partes distintas, podendo o médico de família compor uma equipe de saúde para assegurar qualidade, integralidade e efetividade ao primeiro nível de atenção; ou visar a um atendimento tecnologicamente simples e pobre para gente pobre e simples –“atenção primitiva de saúde” (Testa, 1992) –, impedindo o consumo de outros níveis de atenção; ou, então objetivar, fundamentalmente, uma ação “triagista” ou de *screening* para a redução de custos– seja de empresa, seja do Estado.

No que se refere à “cartografia do PSF”, buscamos em documentos oficiais a concepção de território inerente ao PSF, assim como suas contradições e similaridades. Grande importância é dada à adscrição, termo que descreve a relação serviço-território-população, definindo o território sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família (EqSF) (Brasil, 1997). Esta relação é explicitada no primeiro documento oficial do Programa (Brasil, 1994), segundo o qual cada equipe teria a responsabilidade pela cobertura de uma área geográfica com 800 a 1.000 famílias.

Posteriormente (Brasil, 1997, p. 11-12), essa adscrição foi definida com regras mais flexíveis: deveriam residir na área entre 600 e 1.000 famílias, com o limite máximo de 4500 habitantes. Além disso, ressaltou-se a importância de considerar a “diversidade sociopolítica, econômica, densidade populacional e acessibilidade aos serviços”, entre outros fatores, na adscrição da população e na delimitação das áreas.

Já Costa Neto (2000), no Caderno de Atenção Básica de 2000, abordando a implantação da Unidade de Saúde da Família, recomenda, além do limite de número de famílias e de habitantes (a quantidade de famílias sob responsabilidade de um agente comunitário de saúde deve se situar entre 200 e 250 famílias), consideração sobre a existência de territorialidades que podem promover uma maior ou menor adesão a esse modelo.

A análise desses três documentos demonstra que houve aprimoramento e detalhamento dos critérios a serem adotados para implantação local do programa. Costa Neto (2000) aponta os seguintes passos para a implantação de uma Unidade Saúde da Família: cadastramento da comunidade, com realização de entrevistas com moradores, lideranças, etc.; consolidação das informações, identificação das

microáreas de risco (fatores de risco e/ou barreiras geográficas ou culturais, indicadores de saúde, etc.); elaboração de um plano de ação; mapeamento da área de atuação do PSF; programação das atividades; e acompanhamento e avaliação das metas.

Pereira e Barcelos (2006, p.52) ressaltam que, infelizmente, na prática local, dentre os critérios mencionados para a implantação do lugar do PSF, o critério quantitativo é predominante, sendo pouco considerada a flexibilização da adscrição por especificidades locais. Tal situação se confirma na cidade de São Paulo, onde a SMS, através do Documento Norteador (São Paulo, 2005), utiliza essencialmente critérios quantitativos para definir a área de adscrição, sendo cada EqSF responsável pela assistência de aproximadamente 800 famílias, contemplando de 3.000 a 3.500 pessoas, e cada ACS cobrindo uma microárea com, no máximo, 200 famílias.

Os documentos oficiais ressaltam a importância do cadastramento das famílias, realizado pelos ACS nos domicílios, fonte de dados sobre a composição da família, a morbidade referida, as condições de moradia, o saneamento e as condições ambientais das áreas onde as famílias residem, permitindo traçar o perfil epidemiológico e socioeconômico da área. A partir desse cadastro se estabelece a vinculação da família com a Unidade de Saúde da Família. Os ACS realizam uma visita mensal a cada família, ocasião na qual atualizam esse cadastro, fazendo a exclusão das famílias que se mudaram dali e a inclusão de novas. Cabe ressaltar que é obrigatório que o ACS resida na microárea sob sua responsabilidade.

A questão da territorialização com adscrição de clientela constitui o núcleo estrutural do PSF, uma vez que sua matriz teórica se encontra no campo da vigilância

à saúde. Isso determinará que seu trabalho fique centrado no território, de acordo com as concepções desenvolvidas pela Organização Pan-Americana de Saúde, com grande normatização inspirada nos cuidados a serem oferecidos para ações no ambiente. Ocorre a utilização da epidemiologia para construir o seu conhecimento do mundo das necessidades de saúde e para instrumentalizar suas ações em torno da vigilância à saúde. Dessa forma, o Programa estará mais voltado para ações “higienistas” (Franco, Merhy, 2002).

Ainda com relação à questão do território, ressaltamos que, já no primeiro modelo tecnológico da saúde pública paulista, havia uma preocupação com o esquadramento e a ordenação do espaço urbano, tendo como foco de ação a moradia dos pobres: o objetivo era domesticar os hábitos do trabalhador urbano, utilizando práticas de desinfecção, quando equipes de desinfetadores realizavam visitas domiciliares (Gambeta, 1988).

Esta é a composição da EqSF: um médico generalista, um enfermeiro, dois auxiliares ou técnicos de enfermagem e cinco a seis agentes comunitários de saúde. O médico é responsável pelo atendimento de todos os componentes da família, independentemente de sexo e idade. E cabe à EqSF: identificar os problemas de saúde prevalentes e as situações de risco da população adscrita; oferecer uma atenção integral, com ênfase na prevenção e na promoção; desenvolver ações educativas e catalisar as várias políticas setoriais para enfrentar os determinantes do processo saúde-doença, bem como estabelecer um trabalho de construção da cidadania. A equipe deve ainda participar da programação e do planejamento das ações e da organização do processo de trabalho da Unidade de Saúde da Família (Brasil, 1997, p.14).

Com relação à EqSF, é necessário apontar a grande expectativa suscitada pela indicação da retomada do generalista e da constituição de equipes multiprofissionais. Deve-se ter a cautela apontada por Campos (1997, p.247), pois “imagina-se que estas equipes milagrosamente compensariam a desresponsabilização e a fragmentação que a especialização excessiva cria, autoriza e legitima”.

Também é relevante ressaltar o papel do Agente Comunitário de Saúde no PSF: os documentos oficiais enfatizam a sua importância, no sentido de permitir uma leitura mais representativa das necessidades de seu bairro ou de sua comunidade, pois ele é, simultaneamente, um mobilizador da participação popular nos planos político e educativo. Por outro lado, há funções de vigilância e de controle sanitário, em que o ACS é requerido não mais como um representante da população, mas, sim, como porta-voz do sistema de saúde. Portanto, o ACS tem uma ação de “vigilância” desse espaço, com um controle intradomiciliar dos cadastros. Desse modo, ambivalências e tensões marcam a identidade do ACS, que transita entre o comunitário e o institucional (Schmidt, Neves, 2010, p. 229).

Do ponto de vista da organização do sistema, a Unidade de Saúde da Família é colocada, pelos documentos oficiais, como a porta de entrada do sistema local de saúde, e deverá ter “assegurado a referência e contra-referência para os diferentes níveis do sistema, desde que identificada a necessidade de maior complexidade técnica para a resolução dos problemas identificados” (Brasil, 1997, p.11). Com relação a esta proposição do PSF, sua presença já era constatada em 1925, quando Paula Souza criou o Centro de Saúde e determinou que a ele “caberá operar em zona limitada da cidade, mas enquanto possível atender a habitantes de zona estranha, o fará; excedida a capacidade de trabalho do Centro, a zona será restringida e criado

outro congenerere” (São Paulo, 1925, p.481). Em 1967, Leser retomou o Centro de Saúde, instituindo-o como meio de acesso a um sistema de saúde organizado em níveis de assistência.

Há interfaces e superposições entre acesso, cobertura e integralidade. E que, portanto, “a disponibilidade de acesso aos diversos níveis de atenção é um requisito para a garantia de sua integralidade, sendo que uma oferta adequada da atenção implica alguma forma de regionalização e de integração entre os diversos níveis assistenciais, com fluxos organizados” (Capozzolo, 2003, p.195). Contudo, a dificuldade de referência nos níveis de maior complexidade para o atendimento das Unidades Básicas é um dos maiores problemas enfrentados pelo SUS, e a implantação do PSF à parte da rede ou em estruturas paralelas tem dificultado ainda mais essas articulações. Diversos trabalhos apontam esse aspecto como um limite importante para a reorientação ou a modificação do modelo assistencial (Mascarenhas, Almeida, 2002). Sendo assim, a ausência de redes regionalizadas e hierarquizadas para garantir o acesso universal a todos os níveis de atenção torna o PSF uma simples porta de entrada sem saída (Ribeiro et al., 2004, p.440).

Apesar de incorporar a retórica de liberdade de planejamento de ações a partir das necessidades de saúde do território, a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo deu um tempero paulista ao PSF, por meio do Documento Norteador criado em 2005, que estabelece algumas normas que contradizem essa liberdade. Entre elas está a definição de um número compulsório de visitas domiciliares¹¹⁷ a serem

¹¹⁷ Os totais de visitas domiciliares semanais compulsórias que deverão ser realizadas são: 10 a 20 visitas para o médico (em 8 horas/semana), 8 a 16 visitas semanais para o enfermeiro (em 8 horas/semana) e 18 a 24 visitas semanais para o auxiliar de enfermagem (em 12 horas/semana) (São Paulo, 2005, p.38,40,43)

realizadas mensalmente pelo médico, pelo enfermeiro e pelo auxiliar de enfermagem. Além disso, há uma definição *a priori* da quantidade de cada atividade, durante a semana, para os médicos e enfermeiros. Por exemplo, os enfermeiros terão, no mínimo, 10 horas por semana para agendamento de pré-natal, puericultura, hipertensão, diabetes, tuberculose e ou hanseníase, segundo protocolos estabelecidos; os médicos terão 25 horas, 62,5%, de sua agenda semanal destinadas para consultas, devendo totalizar, no mínimo, 400 consultas por mês.

As visitas domiciliares compulsórias indicam dois graves problemas: um diz respeito à otimização dos recursos disponíveis para a assistência à saúde, não sendo recomendável que profissionais façam visitas domiciliares, sem que haja uma indicação explícita para elas; outro aspecto se refere ao fato de que isso pode significar uma excessiva intromissão do Estado na vida das pessoas (Franco, Merhy, 2006).

Miranda (1998) ressalta que, apesar de a proposição do PSF ter sido induzida pela política do Banco Mundial de focalização a populações marginalizadas, com o perigo da simplificação dos atos e da desqualificação da atenção, a proposta possui potencial para propiciar maior aproximação das realidades locais; para produzir maior sensibilização social dos trabalhadores; e para, desse modo, induzir um planejamento criativo e uma maior racionalização na utilização de tecnologias. Ainda segundo esse autor, a proposta não deve ser tomada como uma panaceia, mas como uma forma não exclusiva de organizar a assistência em nível local. Há, pelo País, um mosaico de experiências, com diversos PSFs sendo experimentados; portanto, devemos ter o cuidado de, apesar de sua origem, não dogmatizá-lo aprioristicamente.

Outros autores também identificam no Programa grande potencial para estabelecer procedimentos profissionais mais econômicos e eficazes, pela valorização de médicos mais generalistas e, por meio da interferência no mercado de trabalho em saúde, potencializar mudanças nas instituições formadoras, reforçando as propostas existentes de reformulação curricular na área médica (Levcovitz, Garrido, 1996; Viana, Dal Poz, 1998; Campos, Belisário, 2001).

Apesar de a segunda versão oficial do PSF, publicada em 1997, estabelecer que “a estratégia utilizada pelo Programa Saúde da Família (PSF) visa a reversão do modelo assistencial vigente [...] através da mudança do objeto de atenção, forma de atuação e organização geral dos serviços, reorganizando a prática assistencial em novas bases e critérios” (Brasil, 1997, p. 8), alguns autores (Ribeiro et al., 2004, p.441) apontam para a permanência de um caráter excessivamente prescritivo, de programa, com tal organização e tal forma de trabalho da equipe, que não garantem a ruptura da dinâmica médico-centrada do modelo hegemônico atual. Não há mudança de modo amplo nos microprocessos do trabalho em saúde e nos fazeres do cotidiano de cada profissional. A solidariedade interna da equipe, a sinergia das diversas competências, pré-requisitos para o desafio desta equipe, ficam desestimuladas pelo detalhamento das funções de cada profissional. Portanto, para remodelar a assistência à saúde, o PSF deve modificar os processos de trabalho (Franco, Merhy, 2006).

Tem sido ressaltada a filiação do PSF à linhagem de propostas racionalizadoras que vêm sendo preconizadas, desde a Segunda Guerra Mundial, para a reorganização da assistência à saúde, como alternativa às práticas dominantes do modelo médico hegemônico. No entanto, para Misoczky (1994) e Franco e Merhy (1999), a potência

do PSF para reorganizar a assistência à saúde e constituir uma alternativa às práticas dominantes do modelo médico hegemônico é limitada pelo fato de restringirem sua atuação à discriminação positiva, à focalização de alguns grupos excluídos e à utilização de tecnologias simplificadas.

Paim (2001) também assinala que, apesar da falta de evidências de que esse modelo seja capaz de promover a reorientação dos modelos assistenciais dominantes e das formas hegemônicas de prestação de serviço, ele passou a ser adotado em todo território nacional, olvidando as diversas experiências de reorganização da atenção básica acumuladas desde a implantação do SUS. Nesse sentido, Merhy (2001) chama atenção para a grande produção desenvolvida no campo de saúde coletiva, para dar conta do complexo objetivo de responder às necessidades de saúde e desenvolver as intervenções necessárias para a sua realização. Dessa forma, Paim (2001) e Merhy (2001) destacam que um único modelo não é capaz de responder às situações de saúde tão heterogêneas e complexas como as da população brasileira.

Outro aspecto que se coloca é a questão do PSF em grandes centros urbanos, onde já existiria uma rede de serviços formada e onde haveria diversas e complexas necessidades de saúde (Mizoczky, 1994; Paim, 2001). Além disso, nos grandes centros, é intensa a presença das formas hegemônicas de prestação de serviços, o que resulta em uma maior resistência a aceitar o médico generalista, em um primeiro momento.

4 O PSF DO BOM RETIRO E O CASO DOS IMIGRANTES COREANOS

*“...São Paulo pode ser um lugar
por excelência daqueles que não tem ligação orgânica
com o lugar: a cidade não pode ser dividida entre aqueles que
'estão' e os que chegaram, mas entre os que chegaram de dentro,
de fora, há muito ou pouco tempo.”*

(Iara Rolnik Xavier, 2010)

Quando os imigrantes coreanos chegaram ao Bom Retiro, na década de 1970, encontraram uma Unidade de Saúde de Saúde (UBS) funcionando sob a lógica da Programação em Saúde, sob a gestão de Walter Leser na Secretaria Estadual da Saúde. Desse modo, havia uma UBS “tradicional”¹¹⁸, contando em sua equipe com médicos (clínicos, pediatras e ginecologistas), enfermeiros, dentistas, auxiliares de enfermagem e pessoal de apoio técnico, atuando em uma área de abrangência definida administrativamente (Nemes, 1990). Apesar de o PSF ser, desde 1994, uma proposta de reorganização da APS em nível nacional, somente em 2001 se deu a municipalização do sistema de saúde na cidade de São Paulo, tendo ocorrido uma mudança no *modus operandi* da Unidade do Bom Retiro, que passaria, então, a funcionar sob a lógica do PSF. Até aquele momento, tínhamos uma Unidade que praticava o que Starfield (2002, p.32) denominava “atenção médica primária

¹¹⁸ O modelo da Programação em Saúde, que ficou conhecido como o “modelo tradicional”, foi implantado há mais de quatro décadas e manteve-se assim até o momento atual, como uma das formas de organização de serviços de Atenção Primária à Saúde (Yunes, Bromberg, 2006).

convencional”, contando com médicos nas especialidades básicas (clínico, pediatra e ginecologista), oferecendo consultas individuais. Com a implantação do PSF no Bom Retiro, introduziram-se, em linhas gerais, as seguintes mudanças no funcionamento do serviço: ocorreu uma delimitação de área de abrangência com adscrição de clientela, e o cuidado das famílias ficou sob responsabilidade da EqSF, composta por médico generalista, enfermeira, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Não há estudos investigando a utilização da Unidade de Saúde do Bom Retiro por esse grupo, particularmente, nem antes nem depois da implantação do PSF.

A seguir, discutiremos como se dá a interação entre os imigrantes coreanos e a Unidade de Saúde que funciona sob a lógica do PSF. Para tanto, abordaremos como ocorreu a chegada desses imigrantes no Bom Retiro; a inserção no ramo de confecção; as particularidades da sua organização no bairro; os aspectos relacionados a dificuldades na comunicação, sobretudo em função da língua e de questões culturais; seus adoecimentos; e os aspectos relativos ao processo de trabalho e a normatizações do PSF.

4.1 Da Coreia ao Bom Retiro – uma imigração familiar

A motivação para migrar, as histórias e o percurso até chegar ao Brasil variaram, de acordo com as circunstâncias, na Coreia, entre as décadas de 1960 e 1970. Segundo Yang (2011, p. 142), o início da emigração coreana para o Brasil decorreu de um ambiente político instável, causado pela instalação de uma ditadura militar que

durou de 1961 a 1972. Para os pioneiros da década de 1960, o plano “oficial” era de uma migração voltada para agricultura. Essa inserção agrícola durou pouco tempo, pois, após três anos, em média, cerca de 90% deles haviam mudado para a cidade de São Paulo, então em pleno crescimento industrial (Choi, 1991, p.79).

Após 1966, com o fim da imigração oficial, ocorreria a entrada de coreanos de forma clandestina¹¹⁹ no Brasil, intermediada por alguns conterrâneos que já haviam aqui se instalado e passaram a vender *cartas de chamamento*¹²⁰. Tal negócio era certamente lucrativo, porém ilegal. A partir de 1972, o Brasil passou a excluir os coreanos do processo seletivo aplicado aos candidatos à imigração. E, em 4 de maio de 1977, o governo coreano também passou a colocar barreiras à emigração para a América Latina, visando resolver os problemas causados pelos coreanos clandestinos e evitar a formação de uma imagem negativa dos coreanos nos países latino-americanos. Entretanto, esse fluxo migratório se manteve, embora menor, e até hoje existem casos de entrada ilegal de imigrantes coreanos (Yang, 2011, p.157). Um aspecto marcante na imigração coreana para o Brasil foi o fato de ter tido como unidade mínima a “família”. A presença de familiares instalados no Brasil representou um estímulo a sua vinda, estabelecendo-se uma migração em cadeia. Sendo assim, muitas famílias coreanas, instaladas em um primeiro momento em países da América do Sul, reemigraram para o Brasil posteriormente. Essa imigração em cadeia é descrita por Choi (1991) e está exemplificada nos excertos a seguir.

¹¹⁹ Com relação à clandestinidade, já em 1964, os primeiros imigrantes coreanos entraram no Brasil com a ajuda do governo boliviano, que funcionou por algum tempo como um “facilitador” da entrada no Brasil, emitindo vistos de emigração para a Bolívia para esses imigrantes, que aqui entravam com um visto de trânsito e, no entanto aqui permaneciam. Alguns membros da Delegação Cultural, após tentativas frustradas para obter autorização legal para a entrada de imigrantes que iriam para a Fazenda Iguape, resolveram trazê-los pela Bolívia (Choi, 1991, p.109).

¹²⁰ Os imigrantes coreanos que chegaram na etapa pioneira, de modo oficial, com o objetivo inicial de colonização agrícola, tinham a possibilidade de trazer seus familiares através de um convite formal, denominado *carta de chamamento*, estimulando seus conterrâneos a emigrar para o Brasil.

No Brasil, os coreanos interessados em trazer seus familiares voltaram a estabelecer relações com as filhas casadas e as irmãs casadas, como é normal no sistema familiar ocidental, estruturando assim uma “cadeia” de parentesco, o que é conhecido como imigração em cadeia. [...] Como a maioria dos coreanos emigrou em companhia de suas famílias, e aqui chegando se dedicaram, sobretudo, ao ramo de confecção, seus membros tendem a se manter unidos, quer por razões de parentesco, quer por razões profissionais, o que vem garantindo, ainda mais, a unidade grupal. (Choi, 1991, p. 131))

Porque essa não é a primeira imigração. Eu vim do Paraguai, onde quando eu tinha 17 anos conheci meu marido que morava aqui [Bom Retiro]. Então eu vim, depois que casei vim diretamente para cá.[...] Eles [meus pais] trabalhavam no ramo de roupa também no Paraguai. (UC1)

Uma exceção à proibição da entrada legal de imigrantes coreanos no Brasil ocorreu em 1971, com a autorização para a entrada de 1.400 imigrantes coreanos com título universitário, com contrato de trabalho em indústrias coreanas instaladas no Brasil, sobretudo na zona Franca de Manaus¹²¹ (Mera, 2006; Soon, 2007). Isso fez com que essa região se constituísse em um polo de atração para imigrantes coreanos, que posteriormente migrariam para São Paulo, conforme indica esta fala:

Me casei na Coreia e vim para Manaus. Estou no Bom Retiro há 1 ano[...] em Manaus trabalhava em restaurante coreano. Tinham muitos coreanos trabalhando nas fábricas da Samsung e LG em Manaus. (UC3)

¹²¹ Até hoje o Polo Industrial de Manaus concentra muitos sul-coreanos, os que mais receberam autorização do governo federal para trabalhar no Amazonas em 2010. Manaus tem 17 subsidiárias de grupos industriais com sede na Coreia, e duas delas – Samsung e LG — estão entre as maiores empresas do Polo. (Disponível em: <http://planetech.uol.com.br/2011/03/29diario-de-manaus-coreanos-invadem-o-polo-industrial/>. (Citado 2 fev. 2013).

Os imigrantes coreanos concentraram-se em São Paulo e, aos poucos, o bairro do Bom Retiro se consolidou como sua sede funcional e simbólica, atraindo seus conterrâneos, que agora poderiam elaborar um projeto migratório mais concreto (Yang, 2011). Cabe ressaltar que a Igreja¹²² protestante foi uma instituição de suma importância para a recepção e a integração dos imigrantes coreanos recém-chegados na capital paulista (Choi, 1991, p.159).

Vim para o Bom Retiro com o apoio de minha cunhada, que é missionária [de uma igreja evangélica], e ela estava lá em Manaus com a gente, e tinha contatos aqui no Bom Retiro. Vim para o Bom Retiro por causa da minha filha que teve um acidente, ela se afogou na piscina com 1 ano e 4 meses e precisava fazer tratamento. Ela [a igreja] ajuda a pagar conta, arranjou trabalho e eu também faço comida na igreja. (UC3)

Como veremos a seguir, a inserção em uma atividade econômica de caráter familiar no ramo de confecção foi essencial para a ascensão econômica dos coreanos, e também resultou na sua fixação em São Paulo, modificando, muitas vezes, um projeto de reemigração. Segundo Yang (2011, p.223), a presença de familiares no Brasil constituiu fator de atração bastante forte para os imigrantes coreanos, a partir da década de 1980, à medida que a colônia foi crescendo. Muitos coreanos passaram a vir para o Brasil com a intenção de instalação definitiva, sobretudo porque a porta de imigração para os EUA era extremamente estreita, o que os obrigava a desistir da ideia ou procurar outro caminho para chegar até lá.

¹²² Atualmente, há, em São Paulo, igrejas protestantes, católicas e evangélicas, e templos budistas e de testemunha de Jeová (Yang, 2011, p. 173).

Já em 1991, havia 40 mil coreanos e seus descendentes no Brasil, 96,84% deles na cidade de São Paulo (Choi, 1991, p.209). Segundo o Ministério das Relações Exteriores e do Comércio da República da Coreia¹²³ (2009), há, aproximadamente, 50 mil pessoas de origem coreana legalmente instaladas no Brasil¹²⁴, que é o segundo maior receptor de coreanos no mundo, depois dos Estados Unidos da América. Outras fontes¹²⁵ apontam para 80 mil, número que provavelmente inclui também as pessoas que permanecem no país ilegalmente. Apesar da imprecisão¹²⁶ dos números, a única certeza é de que a cidade de São Paulo continua tendo a maior concentração desses imigrantes no País (Yang, 2011, p. 162).

Em síntese, é muito importante o entendimento do modo como se iniciou e se manteve a migração coreana para o Brasil, mais especificamente para São Paulo, e o modo como posteriormente se deu sua concentração no ramo de confecção, em bairros centrais, entre eles o Bom Retiro. O núcleo familiar foi fundamental para esses imigrantes, seja com relação ao seu sucesso no setor de confecção, seja enquanto espaço de preservação da etnia e da identidade de grupo, que teve o papel de preservar sua cultura, representada pela língua, pela comida e por uma série de

¹²³ Os dados citados são o resultado organizado pela Embaixada e Consulado da Coreia do Sul em 2009. Disponível em: <http://www.mofat.go.kr/consul/overseascitizen/policy/index.jsp>. Citado 10 mar. 2012.

¹²⁴ Os coreanos que se encontram atualmente no Brasil podem ser classificados em cinco grupos, dependendo do motivo, objetivo e prazo de estadia e da época da vinda. O mais expressivo em termos numéricos e tempo de permanência no Brasil são os imigrantes coreanos e seus descendentes de nacionalidade brasileira. Há um grupo de coreanos composto por funcionários de empresas coreanas e seus familiares que se distinguem da comunidade coreana tradicional de imigrantes permanentes. Temos também muitos estudantes universitários que residem no Brasil a fim de dominar a língua portuguesa. Além disso, há missionários protestantes enviados para o Brasil da Coreia e dos EUA. E por fim há os coreanos estagiários de futebol que vem para o Brasil (Yang, 2011, p. 129-130).

¹²⁵ A revista *Veja* menciona o número de 80 mil, no artigo sobre a imigração coreana no Brasil, datado de 13 de maio de 1998, e esse número tem sido usado frequentemente até os dias de hoje, passados doze anos desde então. O artigo está disponível em: http://veja.abril.com.br/130598/p_054.html.

¹²⁶ Com relação a imprecisão dos dados numéricos sobre a população de origem coreana no Brasil cabe ressaltar que além de haver muitos imigrantes clandestinos, o censo demográfico não especifica a origem da população naturalizada (Yang, 2011, p. 127).

outros valores da sociedade coreana. Esse papel foi também desempenhado pela Igreja, um polo de agregação desses imigrantes.

Uma vez que a família é o objeto de ação do PSF (Brasil, 1994, 1997; Costa Neto, 2000), era essencial que o PSF do Bom Retiro buscasse compreender a “família coreana” em suas particularidades e sua importância para a inserção e a permanência dos coreanos no Bom Retiro.

4.2 Da Vila Coreana, na Liberdade, ao Bom Retiro — espaço onde “circulam” várias gerações de coreanos

Antes de irem para as fazendas agrícolas, os coreanos que vieram pela imigração oficial passaram pela Hospedaria do Imigrante, na cidade de São Paulo, tendo sido, segundo Paiva e Moura (2008, p. 59), “o último grupo de imigrantes a serem alojados na Hospedaria”. Depois do fracasso na atividade agrícola, eles vieram para a cidade de São Paulo, onde se instalaram na Vila Coreana, no bairro da Liberdade, escolhido pela grande concentração de japoneses, o que facilitava a comunicação; pelos aluguéis mais baratos; e pela proximidade do centro da cidade (Choi, 1991, p. 97).

Inicialmente, eles se dedicaram ao comércio ambulante, vendendo produtos que trouxeram da Coreia. E, posteriormente, os coreanos que dispunham de algum capital, compraram máquinas de costura e montaram pequenas oficinas em suas casas, onde trabalhavam com toda a família, produzindo roupas para serem vendidas. Essa atividade deu um grande impulso ao ramo de confecção, criando empregos de

costura para outros imigrantes coreanos. Dessa forma, aos poucos os que viviam de *bendê*¹²⁷ e costura conseguiram ganhar dinheiro e alugar lojas.

Segundo Tuzzi (2001, p.151), há indícios de que os judeus, já estabelecidos no Bom Retiro em atividades ligadas aos ramos de confecção e à indústria têxtil, tivessem passado a empregar coreanos como costureiros, seja em oficinas, seja em trabalhos domiciliares realizados sob encomenda, ou ainda como vendedores de roupas. A rápida mobilidade econômica e social dos coreanos em São Paulo se deu em função do engajamento de toda família no trabalho e da capacidade de articular redes internas à colônia para facilitar a inserção na nova prática.

Estabeleceu-se, então, entre coreanos e judeus, uma relação de complementaridade, em termos de inserção econômica no Bom Retiro. Os coreanos chegaram ao Bom Retiro em um momento que os judeus, sem herdeiros para tocar o negócio original, estavam dispostos a alugar ou vender seus negócios. Os coreanos aproveitaram essa oportunidade e alugaram ou compraram as lojas dos judeus que desejavam encerrar suas atividades comerciais. Aos poucos, o Brás e o Bom Retiro foram sendo ocupados pelos coreanos, com suas lojas e seus tecidos. O Brás concentra um comércio atacadista especializado em produtos mais baratos, enquanto o Bom Retiro sedia lojas de confecções coreanas voltadas para moda feminina mais sofisticada¹²⁸. Durante os anos de 1980 e 1990, esse cenário se consolidou, atraindo novos imigrantes com recursos econômicos que dinamizaram o setor, fortalecendo o

¹²⁷ O termo *bendê* tem origem na palavra “vender” ou “venda”, pois, para muitos coreanos que tinham dificuldade na pronúncia da língua portuguesa, essa palavra soava como *bendê*, significando “venda de produtos de casa em casa” (Yang, 2011, p.164).

¹²⁸ Hoje o Bom Retiro, junto com o Brás, é um centro da moda nacional, sendo indicado por fontes nacionais de grife e visitado por varejistas e atacadistas de todo o País (Yang, 2011, p. 170).

setor atacadista (Yang, 2011, p.168). Desse modo, o Bom Retiro se estruturou como o grande centro comercial dos coreanos.

Eu sempre trabalhei no ramo de roupa, mas agora estou trabalhando nessa escola, mas meu marido trabalha com roupa. A gente trabalha com roupa pronta, que a gente vende. (UC1)

Sendo assim, a trajetória da maioria dos coreanos em São Paulo se deu da seguinte forma: ao chegarem à cidade eram abrigados na casa de algum conterrâneo; ajudavam no negócio dessa pessoa, até conseguirem um emprego; começavam a trabalhar como vendedores de roupa; depois de cinco anos, conseguiam dinheiro para abrir uma loja; e logo alugavam ou compravam um apartamento só para sua família no Bom Retiro (Yang, 2011, p.382). À medida que os negócios prosperavam, planejavam a mudança para bairros mais nobres, como, por exemplo, a Aclimação, que, a partir de 1975, foi se transformando no centro residencial da comunidade coreana, enquanto o Bom Retiro foi se consolidando como centro comercial (Choi, 1991, p. 100).

Havia uma tendência da primeira geração de coreanos de manter-se em seu círculo, tanto de atividades econômicas, quanto de relações sociais no Bom Retiro. À medida que foi crescendo o ramo de confecções, a concentração de imigrantes coreanos aumentou, cresceu a demanda pelos demais comércios que fossem atendê-los, tornando desnecessário o deslocamento para outros bairros. Sendo assim, o círculo de movimentação desses imigrantes limitava-se à casa, ao trabalho, à igreja e, de vez em quando, a cidades vizinhas de São Paulo (Yang, 2011, p.384-385).

No decorrer desses 50 anos, contados a partir dos primeiros imigrantes, em 1963, os coreanos constituíram uma colônia unida, tendo o seu centro no bairro do Bom Retiro e seus arredores, como Brás e Aclimação. No Bom Retiro, praticamente todos os tipos de serviços são oferecidos dentro da colônia (escolas de língua coreana, hospitais, restaurantes, salões de beleza, lojas de tecido, karaokês, restaurantes instituições religiosas, etc.), sendo possível satisfazer suas necessidades básicas da vida cotidiana, com somente o mínimo de contato com os brasileiros. Embora existam atualmente muitos comerciantes coreanos que moram fora do bairro, esse é o local em que passam a maior parte de seu tempo. Essa realidade é muito confortável, sobretudo para os coreanos da primeira geração, que atualmente estão idosos, como ressalta Sampaio (2011, p. 95-96).

Os coreanos mais velhos preferem viver no Bom Retiro, local onde estão concentrados os negócios. Também essa mesma população, que inclui alguns viúvos, adquiriu aí alguns hábitos arraigados, dentre eles, ir ao Parque da Luz, viver perto dos contrterrâneos, falar o idioma coreano, percorrer a pé o bairro, ter conhecidos em cada esquina, desde o vendedor de verduras e temperos, como por exemplo as pimentas, pó de pimenta, molho de pimenta, massa de arroz, óleo de gergelim, gengibre, tofu, broto de feijão, além do alho e da cebolinha, até a dona da farmácia, de procedência japonesa, mas que fala coreano e conhece toda colônia. Além disso, não se pode esquecer da proximidade do metrô, que permite ao morador do bairro circular com facilidade pela cidade. Com isso, um coreano, residente no Bom Retiro, pode passar o dia inteiro sem necessidade de falar português.

Os coreanos mais jovens, que se casam e vão morar em outros bairros, estudaram, diversificaram as profissões e não atuarão na indústria da moda (Sampaio, 2011, p. 101). A mudança dos coreanos para o Morumbi, Higienópolis e

Aclimação — bairros de classes média e alta — é uma clara indicação do sucesso e da mobilidade da segunda e da terceira geração de coreanos (Yuri, 2005).

O bairro do Bom Retiro é, portanto, aquele onde os coreanos trabalham e moram. [...] Foi bem notável o crescimento da comunidade coreana dentro do Bom Retiro, morando e trabalhando aqui. Eles têm as lojas, mas também moram aqui.
(PS6)

Desse modo, temos, no Bom Retiro, os coreanos da primeira geração e seus descendentes, seja da geração 1.5 ou da segunda geração¹²⁹. Cada um deles se relaciona de modo diferente com o bairro, e têm relações diferenciadas com a cultura brasileira. A geração 1.5 dos imigrantes coreanos em São Paulo vive um duplo pertencimento a diferentes grupos de referência de identidade na sociedade brasileira (Yang, 2011, p.34,37). Essa geração constitui uma ponte entre a primeira e a segunda geração dos imigrantes coreanos e também entre brasileiros e imigrantes coreanos: estão em um hiato entre duas gerações diferentes e entre duas culturas diferentes; possuem atributos coreanos em termos de fisionomia, que ainda se tem preservado devido à curta história da sua presença no Brasil e à raridade de união matrimonial interétnica. Mantêm suas peculiaridades relativas à linguagem; à culinária; à área de atividade profissional, religiosa e cultural; aos costumes do dia a

¹²⁹ Os coreanos que, em seu período da puberdade, migraram para o Brasil, acompanhando seus pais, e frequentaram instituição de ensino regular brasileiro, constituem a geração 1.5, que significa literalmente a geração entre a primeira e a segunda. A segunda geração será definida como a geração de filhos dos imigrantes adultos que nasceram ou chegaram ainda novos ao país receptor (Yang, 2011).

dia; e, enfim, à maneira de pensar em relação aos principais valores da vida, que definem sua coreanidade¹³⁰.

Os mais velhos revelam tendência a permanecer no bairro, ou até mesmo a retornar para lá, à medida que envelhecem, enquanto as outras gerações mais jovens tendem a mudar-se, seja por motivos pessoais ou profissionais, mesmo que mais tarde retornem ao ramo de confecção em função de sua alta rentabilidade. O contingente de coreanos adultos se responsabiliza por tocar o intenso comércio local, passando grande parte do dia nesse bairro, mesmo que, ao final do dia, se desloquem para outros bairros, onde residem.

O PSF se relaciona com um Bom Retiro marcado pela presença de várias gerações de coreanos. Mesmo com a migração de muitos deles para morar em outros bairros, o Bom Retiro permanece um local marcado pela forte concentração comercial desses imigrantes, além de contar com forte comércio específico para eles. O modo como cada uma dessas gerações interage com o serviço de saúde é diferenciado, com necessidades de cuidado diversas.

A convivência de várias gerações de imigrantes coreanos no Bom Retiro fortalece o esforço para preservar a família como núcleo de conservação da sua identidade, sendo a manutenção da língua coreana uma grande preocupação.

¹³⁰ A noção de coreanidade é marcada pela ideia de homogeneidade étnica (Yang, 2011, p.105).

4.3 A “invisibilidade” dos coreanos aos olhos do PSF

A presença dos coreanos no bairro do Bom Retiro é evidenciada pelo intenso comércio de roupas femininas e também pelo marcante comércio local destinado a atender às suas necessidades de consumo. Sendo assim, é fácil identificá-los transitando pelas ruas do bairro. No entanto, a presença desses imigrantes na USF do bairro do Bom Retiro não se dá com a mesma intensidade. Essa dicotomia está presente na fala dos trabalhadores de saúde, que percebem a presença marcante dos coreanos nas ruas do bairro e sua “invisibilidade” no dia a dia da USF do Bom Retiro, situação essa diversa dos imigrantes bolivianos, cuja presença ali não se faz sentir com a mesma intensidade: vivem em aparente “invisibilidade”, uma vez que passam grande parte do seu tempo nas oficinas de costura, onde moram e trabalham, mas estão muito presentes no dia a dia da USF local. Estes relatos revelam essas diferenças:

[...] na minha área são muito poucos os coreanos, eu conto numa mão os coreanos que eu atendo, são muito poucos. (PS2)

Hoje aqui no bairro do Bom Retiro são os coreanos [os imigrantes mais presentes no bairro], mas os bolivianos também estão presentes em grande número. Eu acredito que os bolivianos sejam o segundo grupo de estrangeiros que está no bairro. [...] Nós temos um número maior de bolivianos cadastrados no posto de saúde, mas no território tem mais coreanos. (PS5)

Sem dúvida, aqui, quem me procura são principalmente os bolivianos. Os coreanos eles ainda não, não se apoderaram desse serviço. Não sei qual o motivo, se é a dificuldade da língua. Acho que eles são ainda uma comunidade muito fechada, até por conta da língua. (PS2)

Também cabe ressaltar que os coreanos têm com o bairro do Bom Retiro uma relação de maior permanência, se compararmos com os bolivianos, que têm um movimento circulatório intenso, com frequentes mudanças de endereço, em busca de melhores condições de trabalho, pois, como sabemos, dormem onde trabalham. Os depoimentos seguintes trazem evidências dessa constatação.

Acho que os coreanos são mais estáveis, eles já estão mais sedimentados aqui no lugar, eles estão ficando. (PS1)

Porque os coreanos têm os próprios negócios. Já os bolivianos trabalham aonde moram, e os coreanos também, eles trabalham aonde moram, a loja é em baixo, e eles moram em cima. Então aqui existe prédio, que às vezes eu visito, onde só tem coreano. (PS4)

Os coreanos estão presentes no cotidiano do bairro, seja como moradores e/ou trabalhadores. Lá os encontraremos circulando pelas ruas, por lojas, restaurantes e mercados, mas também por igrejas, escolas, farmácias (Sampaio, 2011, p.108), moldando uma noção particular do lugar e representando um centro aglutinador de toda a colônia.

Contudo, apesar da presença marcante dos imigrantes coreanos no Bom Retiro, eles são pouco presentes no PSF local. O Censo do IBGE de 2000 indica que havia 7.279 coreanos residentes na RMSP, com 16,3% (1185) deles residindo na região da Luz - Bom Retiro. Essa localização corresponde às áreas de maior produção e comercialização da indústria têxtil, setor onde, entre os imigrantes, atua predominantemente a população coreana, inserida na concepção, na produção e na comercialização (Souchaud, 2010, p.281). Por outro lado, os dados de cadastro do

PSF no Bom Retiro indicam que, em janeiro de 2012, havia apenas 274 coreanos cadastrados.

Em geral, os coreanos não utilizam os serviços públicos de saúde, recorrendo a convênios ou até mesmo a clínicas particulares no Bom Retiro, onde são atendidos por médicos coreanos, o que facilita a comunicação. No entanto, tal qual ocorre com a população brasileira, os elevados custos desses serviços fazem com que alguns recorram aos serviços públicos; e, nesse momento, esses coreanos se tornarão visíveis ao PSF, muitas vezes com muitos comprometimentos de sua saúde. As falas seguintes deixam clara essa situação:

Os meus coreanos, a maioria não tem convênio. Alguns falam que já tiveram, mas agora as empresas tão passando por dificuldades. (PS5)

Eles [os coreanos] têm algumas clínicas particulares. [...] Você dificilmente vai encontrar um coreano na escola pública, isso é uma grande exceção, tem 1 ou 2 por aí. Eles utilizam mais o lado particular, e inclusive tem um colégio grande aqui no Bom Retiro, Polilogos, que é de coreanos. (PS6)

Entrevistador: *Quando você fica doente, onde você procura atendimento?*

Entrevistado: *Geralmente sempre vou na farmácia. E se for algo mais sério tem os médicos, que a gente pode estar indo direto, que é um serviço particular, uma clínica com médicos coreanos.*

Entrevistador: *Você conhece o posto de saúde aqui do bairro?*

Entrevistado: *Sim, fica na rua José Paulino, no fim da rua. Eu já passei em frente, mas nunca usei. (UC2)*

Observa-se, também, um desconhecimento, uma falta de informação sobre a USF, que vai desde o modo como ela funciona até os recursos disponíveis. Essa

desinformação sobre o serviço é identificada pelo trabalhador de saúde. As transcrições de depoimentos que trazemos a seguir comprovam essa dificuldade no trabalho da USF. Nesse sentido, seria importante a EqSF estudar uma estratégia de divulgar o PSF dentro da comunidade coreana do bairro.

Já os coreanos, eu acredito que, pelas suas condições financeiras ou talvez também seja pela dificuldade do idioma, eles também não saibam que têm direito. Então é assim, a gente cadastra aqueles coreanos que estão precisando passar pelo médico e não têm condições financeiras. Eles ficam sabendo, através de outras pessoas, de algum conhecido, que eles têm esse direito de ser atendido pela saúde pública, e é a partir daí que eles procura, entendeu? Acho que é falta de informação. (PS5)

Entrevistador: *Você sabe como funciona esse posto de saúde?*

Entrevistada (uma coreana que trabalha em uma escola para deficientes): *Eu tinha informação através dessa instituição, porque às vezes algum aluno daqui frequenta lá.*

Entrevistador: *Você já usou esse posto de saúde?*

Entrevistada: *Não, nunca fui. (UC1)*

4.4 Uma compreensão ampliada dos adoecimentos dos coreanos do Bom Retiro

4.4.1 Doenças crônico-degenerativas e os idosos coreanos do Bom Retiro

As doenças crônico-degenerativas, tais como diabetes mellitus, hipertensão arterial, quadros demenciais e depressão, constituem o principal adoecimento dos imigrantes coreanos que buscam a USF do Bom Retiro. Como sabemos, tais doenças ocorrem com maior frequência na população adulta e idosa, o que sugere que essa

seja a faixa prioritária etária dos imigrantes coreanos que procuram o serviço com essas patologias. Além disso, o Bom Retiro tem a maior concentração de idosos coreanos na capital paulista, englobando 40 % desses idosos (Hong, 2010, p.70). As falas a seguir expressam esse cenário.

Os coreanos da minha área já são de 70, 80, entendeu? Eles são de mais idade. (PS5)

Diabetes, a maioria é diabético. É assim, hoje em dia a maioria dos coreanos, eles vêm aqui para pegar medicação para diabetes. (PS3)

Os coreanos adoecem mais de pressão alta e diabetes devido exagero de alimentos que eles consomem. A alimentação deles é bem forte, à base de alho. (PS6)

O envelhecimento da população brasileira está ocorrendo de forma bastante acelerada, de tal modo que, em 2025, segundo a OMS, o País ocupará a sexta posição no *ranking* mundial. Esse fato impacta os serviços de saúde, na medida em que resulta na substituição das doenças infecto-parasitárias por doenças crônico-degenerativas (transição epidemiológica), com maior utilização dos serviços de saúde, que precisa se preparar para atender de modo adequado às necessidades de cuidado dessa população (Kalache, 1987, p. 204-206).

A condição de invisibilidade dessa comunidade, aos olhos do PSF, associada a dificuldades na comunicação, relacionadas à língua e às questões culturais, e o envelhecimento da população de coreanos residentes no bairro podem colocá-los em uma situação de maior vulnerabilidade. Além de estarem mais sujeitos ao surgimento de doenças crônicas – revelam os que os atendem –, estão expostos

também a doenças infecciosas como a tuberculose, muito comum na região central da cidade de São Paulo.

No grupo de coreanos que eu atendo, tem hipertenso e diabético, basicamente isso, em geral idosos. São, acho que dois ou três coreanos que atendo, têm que vir com intérprete, porque senão não há condição, por mais paciência que a gente tenha, não tem condição de atender. É uma língua completamente diferente. Mas basicamente idosos e tem agora dois que apareceram este mês com tuberculose. (PS2)

Como já vimos anteriormente, o Bom Retiro constitui um bairro muito acolhedor para os imigrantes coreanos, sendo muito comum que eles ali permaneçam à medida que envelhecem. Nesse bairro, os coreanos criaram o que Certeau (2009, p. 42) chamou de “um lugar de aconchego”, constituindo de fato um “bom retiro”, no qual inscrevem seus itinerários diários, entendendo o bairro a partir de uma dimensão dinâmica, reconfigurando-se ao longo do tempo. No entanto, à medida que esses imigrantes envelhecem e passam a desenvolver doenças crônico-degenerativas, ficam sujeitos a complicações e sequelas que os colocam em situação de fragilidade, comprometendo sua autonomia e independência, sendo comum que cheguem ao PSF do Bom Retiro com complicações importantes. Assim relatam os agentes de saúde do bairro:

Olha, os que vêm vindo até nós, eles vêm já requerendo mais cuidado, porque ele teve um derrame, um acidente vascular cerebral. É uma outra complexidade. (PS3)

Os coreanos são mais arredios. Acho que a gente é que não está preparado para atendê-los. A grande barreira é a língua mesmo, e eu acho que a gente conseguiria captá-los mais. Eles têm vindo,

e muitos deles são idosos e estão muito sozinhos e são muito solitários. A gente sempre pede, como via de regra, que os mais jovens venham junto com os idosos, para poder acompanhá-los. Mas acho que ainda é muito pouco. Acho que a gente pode fazer mais. Acho que talvez a gente precisasse mesmo pensar em outra estratégia. Eles são muito resistentes, e têm um perfil de se fechar muito dentro da sua comunidade. As equipes foram em várias igrejas para poder trazer alguém para cá, para poder nos ajudar nessa coisa, mas é difícil. São comunidades muito fechadas, muito próprias. Então, é só quando está no extremo que acaba vindo até a Unidade. (PS1)

É frequente a EqSF recorrer a familiares dos idosos que falem português, pois é muito comum que tenham grande dificuldade para comunicar-se, por falar apenas coreano. Nesse momento, começam as dificuldades, pois nem sempre os filhos que trabalham, de modo geral, no comércio de roupas do bairro estão disponíveis. Há também, por parte da EqSF, uma dificuldade para compreender a dinâmica da família coreana, sobretudo na relação com os idosos, ocorrendo um choque cultural (Yang, 2011, p. 270). A verticalidade no relacionamento interpessoal é um traço marcante da cultura coreana, e isso é interpretado pela EqSF como distanciamento afetivo, e até como negligência no cuidado desses idosos. Os relatos seguintes explicitam essa visão:

É muito raro a gente encontrar um filho em casa, estão todos trabalhando. Então, quando a gente precisa acionar, a gente pega o telefone da empresa onde trabalha, do comércio, porque eles têm loja aqui. E aí a gente vai em busca. Eu vou falar de um caso que aconteceu na minha área, em que eu estava precisando falar com o filho de uma idosa. Foi uma senhora que teve AVC e nós fomos fazer o cadastro, porque ela pediu o cadastro. Essa senhora ficou internada, saiu do hospital e aí vieram pedir o cadastro e a gente foi. A gente foi por várias vezes e nós não encontramos o filho, e aí falaram que tinha a nora. Fomos atrás dessa nora, porque falaram que ela falava português; e todas as vezes que a gente ia, essa nora sempre mandava uma pessoa que trabalhava

com ela na loja, que não sabia dar informação nenhuma, e não sabia nada da senhora: se estava tomando medicação e que medicação estava tomando. Na realidade, eles ficam largados, mesmo, pelos filhos. (PS5)

Temos muitos idosos, e alguns com muitos maus tratos. Casos de violência, de mau cuidado. Agora mesmo a gente está fazendo uma denúncia importante. Há vários casos de pessoas superdesnutridas, sozinhas, sem procurar serviços. Mas é mais difícil você entrar na casa de algumas pessoas, é mais complicado. Você não consegue, pois é fechado. (PS1)

A dificuldade para se comunicar faz muitas vezes que o idoso se isole e não busque ajuda. É habitual que esse imigrante coreano tenha passado toda sua vida no Bom Retiro, dispondo de uma rede que seguramente possibilitou que tivesse bem pouca interação com brasileiros. Além disso, contava com a ajuda de seus descendentes como tradutores, os quais se mudaram para outro bairro e não estão mais presentes. Esse isolamento está exemplificado nos depoimentos seguintes:

No caso dos coreanos a dificuldade é a questão da confiança. [...] a gente tem um senhor de 72 anos, coreano e ele tem uma dificuldade: não fala nada de português, e a esposa dele fala pouco. Todos os contatos que preciso, converso com o filho dele pelo telefone. O filho tem uma condição socioeconômica alta, e a gente fica pedindo, implorando para ele levar o pai para o pronto-socorro porque não tem como ser cuidado em casa. O filho não mora com eles, e tem condição, que a gente sabe. Então é uma coisa da cultura deles, de que os pais estão velhos, idosos e às vezes requerem cuidado, e a reponsabilidade não é deles. (PS3)

Os coreanos, eles são muito reservados, muito fechados. Eles não são muito de buscar, de procurar ajuda. O que eu percebo é que, quando a gente consegue, vamos dizer, se infiltrar, a gente consegue transmitir para eles a confiança. E eles vão até te parar, te procurar. Mas não é o comum. Você tem que ir atrás dele, mesmo ele precisando. Tem um caso na nossa área, que eu conheci, de um cadastrado, que ele chegou a falecer. Ele estava numa condição muito grave, e por mais que a Unidade fizesse o que estava dentro das possibilidades, indo enfermeiro, médico, auxiliares, ele acabou falecendo. Eles são muito fechados, muito reservados, muito limitados, entendeu? Isso dificulta muito. (PS5)

Assim, tendo o PSF do Bom Retiro, em seu território, muitos adultos e idosos coreanos portadores de doenças crônicas, deverá buscar estratégias de identificação e aproximação dessa população, para atender as suas necessidades de cuidado. Dessa forma, será possível aumentar o número de coreanos cadastrados no PSF do Bom Retiro, para modificar o cenário atual, em que apenas 9% dos idosos coreanos na cidade de São Paulo utilizam serviços públicos de saúde (Hong, 2010, p. 64).

Gráfico 1 - Distribuição dos idosos coreanos por tipo de assistência médica

Possui plano (seguro) de saúde?

FONTE: Hong, 2010, p.64

4.4.2 Sofrimento psíquico e a condição de imigrante

Em termos psíquicos, ao migrar, o indivíduo se expõe ao risco de perder um conjunto conhecido de referenciais culturais, que permite a cada membro de uma determinada

sociedade movimentar-se, expressar-se, pensar, trabalhar, protegendo-se do desconhecido. A condição de migrante instaura, então, uma crise, em função da mudança dos códigos culturais, pois o indivíduo deixa de contar com um conjunto articulado de valores que lhe dariam a necessária sustentação para a interação cotidiana na sociedade (Borges, Martins, 2004, p. 132).

Desse modo, o imigrante coreano, ao entrar em contato com a diversidade cultural da sociedade brasileira, sofre um choque. O fato de os coreanos terem criado, no Bom Retiro, um ambiente que lhes é acolhedor possibilita que conservem seus valores culturais, entre os quais está a língua. Mesmo assim, o risco de sofrimento psíquico existe, conforme observaram Kang et al. (2009, p. 820, 824), ao constatarem que a prevalência de desordens psiquiátricas em imigrantes coreanos é maior que em coreanos na Coreia e quase a mesma da população brasileira. Por esse motivo, estes autores sinalizam para a necessidade de serviços de saúde culturalmente sensíveis a essa população.

Muitas vezes, os imigrantes coreanos vivem situações familiares que resultam em grande sobrecarga psíquica, que será maior ou menor, dependendo do suporte familiar e da rede social de que disponha, como está exemplificado na fala abaixo, de uma coreana que é cuidadora de sua filha de 6 anos, portadora de seqüela neurológica resultante de acidente ocorrido quando a família já estava no Brasil.

Acho que não estou bem. Sempre de manhã, quando acordo, me sinto tão pesada, com corpo todo dolorido. Tenho vontade de deitar. É muito cansativo, trabalhar em três lugares. Trabalho até sábado e domingo. Tenho medo de ir em consulta e ter alguma doença, de descobrir alguma doença. Para melhorar, precisa descansar. Não tem tempo para cuidar da saúde. Tem que fazer muita coisa, muito complicado. Tem que cuidar dela [da filha] sozinha. Estou cheia de cuidar da minha filha, já está cheia, já cansei. Antes era minha mãe e minha filha. Agora minha mãe não está mais, e eu só cuido de minha filha. (UC3)

A expressão dos sintomas de uma doença mental se dá de forma diversa em diferentes culturas, além de ser influenciada pelo processo de aculturação sofrido pelos imigrantes (Kim¹³¹, 1977). Tal fato foi constatado por Pang (1998), ao estudar idosos coreanos, imigrantes em Washington, EUA, nos quais a expressão de sintomas depressivos era influenciada por fatores linguísticos e psicossocioculturais. Portanto, o profissional de saúde do PSF no Bom Retiro deverá estar preparado para identificar o sofrimento psíquico em imigrantes coreanos e terá dificuldades que vão além da barreira linguística.

A ingestão excessiva de álcool também tem sido observada entre os coreanos, como revelam os depoimentos abaixo. A condição de vulnerabilidade social do migrante pode levá-lo ao alcoolismo (Borges, Martins, 2004, p. 133).

Nos coreanos, a gente vê bastante o alcoolismo. O coreano é uma coisa mais reservada, mais a gente sabe que tem alcoolismo. (PS3)

Me casei na Coreia e vim para Manaus, onde trabalhamos em restaurante coreano. Tinham muitos coreanos trabalhando nas fábricas da Samsung e LG. Foi quando minha filha caiu na piscina e ficou doente, e então viemos para o Bom Retiro, onde íamos abrir um restaurante. Mas a gente não conseguiu porque meu marido ficava bebendo e a gente perdeu tudo. (UC3)

¹³¹ Este autor estudou os sintomas de depressão em diferentes culturas, comparando a população coreana, inglesa, a americana e a indiana.

4.5 Os coreanos e as normatizações do PSF – um diálogo difícil

O imigrante coreano tem dificuldade para adaptar-se à rotina do serviço de saúde e compreender a lógica do sistema de saúde. Dependendo do tempo que estiver residindo em São Paulo, a comunicação e o deslocamento pela cidade tornam-se um obstáculo a ser transposto e, desse modo, o encaminhamento para outro serviço se transforma em um transtorno.

Eu tenho minha filha que precisa de atendimento, e eu não sabia como ia fazer, pois não conheço ninguém e ir no particular é muito difícil para mim, aí eu procurei o posto. Lá em Manaus eu já usava o posto de saúde de lá. Aqui no posto não conheço muito bem não, só a Cida [que é sua agente de saúde]. Eu levei minha filha lá [na USF do Bom Retiro] e expliquei a minha situação, tudinho, e aí a Cida [sua ACS] veio a minha casa e começou a me ajudar.[...] Tem um lugar que tenho que levar minha filha para fazer exame que é muito longe, não sei onde é, não tem tempo de para ir. (UC1)

Segundo Choi (1991, p.204), a barreira linguística constitui o maior problema da comunidade coreana para sua adaptação ou assimilação à sociedade brasileira. Esta autora chama atenção também para o fato de que muitos problemas decorrem do caráter sempre apressado do povo coreano, que quer evitar os processos burocráticos e tem também dificuldade para cumprir a lei. Choi cita, inclusive, um provérbio coreano que diz: “Boa pessoa pode viver sem lei”.

Acho que tem muita regra aqui no Brasil, é muito diferente de nosso país, não sei[...] Aqui no Brasil é tudo organizado, muito bom, mais para mim é difícil, não sei português, encaminhamento é difícil. Pega um documento, tem que ir lá em outro lugar. Lá na Coréia é diferente, tem um prédio que faz tudo, mais aqui não é assim. Aqui para fazer uma coisa tem que ir em outro lugar, em outro lugar, demora que só. Lá na Coréia é tão rápido, só um hospital tem tudo. Lá na Coréia tudo é particular. Aqui é muito difícil, não sei nome de rua, bairro, não sei nada, nada. (UC1)

Tem um coreano que ele tem “Tb” e foi muito difícil para ele aceitar vir tomar o remédio aqui. Ele brigava, ele xingava, mais a enfermeira não cedeu para ele levar para tomar em casa, e aí ele acabou aceitando, inclusive ele vem com o filho dele. Então é assim: ele quando chega, quer impor, ele quer ser o primeiro, aí ele vem colocando a folha na sua cara, para você assinar. Aí você diz “o senhor aguarda um pouquinho que eu estou atendendo aqui. Quando eu terminar, eu atendo o senhor”, “mais o meu pai já tomou o remédio”. [...] então eles são bem assim quando eles chegam aqui. Eu acho que eles também não gostam de boliviano, e aqui vive cheio de boliviano. Eles têm aversão aos bolivianos, então eles querem passar à frente, querem ser atendidos rápido. (PS4)

Observa-se que, muitas vezes, os coreanos buscam a USF com demandas bem definidas, tais como fazer exames, realizar *check up*, ter acesso a medicações, fazer consultas rápidas, etc. Muitas dessas demandas serão atendidas em uma consulta médica que será agendada, e nesse momento será necessário que eles respeitem a rotina do serviço. Em algumas ocasiões podem ocorrer atritos entre os imigrantes coreanos e a EqSF.

Eles [os coreanos] começaram a vir na Unidade há mais ou menos um ano e meio. Antes a gente não tinha, a gente tinha um ou outro. Hoje eles vêm mais por causa de remédio. Sabe que a gente disponibiliza a medicação e consulta rápida. Sabe que o posto de saúde tem médico. Eles não precisam pagar, e eles vêm para o posto, e a intenção é a consulta rápida, para fazer acompanhamento, remédio gratuito. Eles querem resolver o problema deles, rápido, porque eles têm a loja. Eles não podem ficar muito tempo na Unidade. No caso dos coreanos, eles vêm e a

gente tem que resolver a situação deles rápido, porque eles são os patrões. Eles querem “fazer exames”, “fazer check-up”, “para ver se estou bem de saúde”. A gente lida com isso, explicando que a gente tem uma norma, que é uma Unidade de PSF. [...]. Vamos cadastrar, marcar consulta para gente entender essa pessoa, como um todo. O fato dela vir e querer só fazer um exame não quer dizer que aqui seja um serviço fast-food. (PS3)

Os coreanos têm uma preocupação com a realização de exames preventivos, expressa no desejo de realizar exames de *check up*. Com relação a isso, Chum e Kim (2007) observaram que, entre os idosos coreanos, há uma associação entre melhor posição econômica e a utilização de serviços preventivos. Portanto, há coreanos que procuram a Unidade apresentando comprometimentos mais sérios de sua saúde em decorrência de doenças crônicas, mas também existe uma demanda por exames preventivos.

A gente tem os dois lados: aquele que vem querendo fazer um check up, para ver se tem colesterol, se está tudo bem, se ele precisa tomar sinvastatina, porque ele já vem com esse discurso; e aquele que vem para gente, porque ele sabe que a gente atende. (PS3)

A importância do vínculo no PSF está apontada em seu primeiro documento oficial emitido em 1994, no qual o Ministério da Saúde propôs o Programa Saúde da Família (PSF) como uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial, com a organização da atenção básica, o “estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre profissionais de saúde e a população” (Brasil, 1994, p.7). Do grau de dificuldade para estabelecer o vínculo com os imigrantes coreanos, dependerá a adesão a qualquer orientação proposta pela equipe

de saúde. Essa dificuldade e a possibilidade de contorná-la são mencionadas pelos agentes de saúde:

São poucas pessoas [coreanas] porque precisam de receita de remédio. [...] E poucos voltam, vêm uma vez e depois param de vir. Eu não sei se é por não entender. Fica uma coisa desgastante. Eu acho que a língua é um impeditivo muito grande. Numa consulta, eu sou muito falante, e fica uma consulta que eu não sei fazer. Vêm, pegam a receita, peço os exames, e não voltam mais. E aí eu vou atrás, peço para marcar, e não vêm. Aí de repente aparecem porque precisam trocar a receita. Eu só falo, eles não entendem, e eles falam e eu não entendo. Vira uma consulta basal do serviço público, que é exame e receita, e essa eu não gosto de fazer. (PS2)

O que me parece é que, com o trabalho das equipes e com essa credibilidade, com o vínculo, eles estão se aproximando mais da unidade. Agora continua uma questão bastante, bastante complexa que é a questão da barreira da língua, mesmo, então assim, acho que isso é o grande desafio mesmo, você incorporar essas diversas culturas. (PS1)

Sem dúvida, a questão do idioma constitui uma barreira para o estabelecimento de vínculo com os imigrantes coreanos, porém há também um aspecto relacionado com a sua psicologia própria, com uma tendência a estabelecer relações interpessoais marcadas pela verticalidade, ou seja, um distanciamento (Yang, 2011). Para que o vínculo se estabeleça, é essencial que a relação interpessoal seja caracterizada pela horizontalidade.

Olha, quando já cria esse vínculo, esse elo, aí, sim, a gente com muita dificuldade consegue mostrar qual a nossa necessidade e aí eles começam a entender, e aí tudo já muda. Eu posso falar porque eu cadastrei e comecei a acompanhar uma família coreana, que em um primeiro momento foi muito difícil. Mas hoje em dia eu chego lá e parece que eu sou da família. E aí eles ficam me ensinando, porque eu falo que eu preciso aprender pelo menos o básico para eu poder me comunicar, entender. (PS5)

A dificuldade na utilização da USF do Bom Retiro também ocorre quando esse imigrante a procura com uma demanda aguda, não agendada. Apesar de os trabalhadores sinalizarem para o fato de que a maioria dos coreanos tem convênio, eles podem demandar a Unidade em situações agudas. E então se deparam com a dificuldade do PSF para lidar com a demanda espontânea já apontada por Franco e Merhy (2006, p.103). O PSF passa a ser a “porta de entrada” do serviço de saúde, e não está organizado para atender à demanda espontânea, ou até mesmo não o faz por absoluta impossibilidade de fazê-lo, seja por questões relacionadas com as instalações da Unidade, que mal comportam suas EqSF; seja pela absoluta sobrecarga decorrente das inúmeras demandas da população; seja, ainda, em decorrência da desestruturação de uma rede de serviços de saúde, que coloca aquela Unidade como única opção possível; ou, até, pelo desfalque no quadro de médicos na Unidade. Assim, sua credibilidade junto aos usuários fica bastante comprometida. Estes depoimentos exemplificam esses entraves:

[...] geralmente os coreanos, eles têm um convênio lá fora...então é muito raro vir no posto. A não ser se for num acidente grave, cortou, caiu, aí corre aqui. [...]. (PS4)

Eu tinha um problema em casa, com um menino com unha encravada. Para resolver isso, eu tive que passar em 4 lugares: a gente foi à Santa Casa, no Pronto Socorro, depois passou no AMA, na Barra Funda, depois em outro lugar que não sei onde é. Então, essa coisa é tão simples, mais a gente tem que correr, e acaba desistindo. Aqui no Brasil eu tô sofrendo muito para levar criança na urgência. Demora, e às vezes não atende, e por isso não frequento mais. Convênio daqui é muito caro. Lá na Coréia não é tão caro assim. Aqui é muito caro, é melhor desistir. Mas, como eu tenho muitos problemas, eu não desisti. (UC1)

Um aspecto que certamente dificulta a aproximação do imigrante coreano do PSF é a obrigatoriedade de aceitar o cadastro da família, feito pelo ACS do domicílio, como pré-requisito ao início do acompanhamento no PSF. Como vimos, a comunidade coreana é fechada e pouco afeita a invasões em sua privacidade; desse modo, podemos imaginar que tal exigência não seja facilmente aceita. Soma-se a isso o fato de que esse ACS visita essa família mensalmente, para exercer sua vigilância sobre o território. A dificuldade de acesso ao coreano pelo profissional de saúde está expressa na fala seguinte:

A confiança é importante, e isso com o coreano não tem. Não temos isso. E tanto que, mesmo se a gente tentar ir na residência para tentar fazer um elo de trabalho, para a gente ter a confiança deles, não adianta, eles são muito desconfiados. Eles não confiam, eles não aceitam a visita. (PS3)

No PSF, a visita domiciliar tem a finalidade “de monitorar a situação de saúde das famílias” (Brasil, 1997, p.14). A partir do cadastro familiar feito pelo ACS no domicílio, inicia-se o vínculo com a Unidade e a possibilidade de utilizar o serviço.

Essa mesma lógica é mantida pelo Documento Norteador, definido pela SMS-SP em 2005.

Tipos de cadastro:

- Familiar: realizado no domicílio pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) do PSF ou PACS. O cadastro familiar será realizado tão logo uma família se instale na área de abrangência. (São Paulo, 2005, p.15)

- Os ACS devem visitar 100% de suas famílias cadastradas no mês, estabelecendo uma meta diária de acordo com os períodos disponíveis, variando de 10 a 15 VD/dia, conforme agenda em anexo;
- O ACS deve realizar diariamente a visita domiciliar garantindo o vínculo e o acesso ao contexto familiar e social. O resultado de cada visita deve ser repassado à equipe para o conhecimento e encaminhamento de cada caso conforme a sua realidade. (São Paulo, 2005, p.25)

Como já mencionamos, é necessário que a USF do Bom Retiro busque estratégias para divulgar, entre os coreanos, o funcionamento e os recursos da Unidade. Além disso, é muito importante levar em conta a psicologia coreana, para entender que, além da real dificuldade da língua, outras barreiras surgem e poderão ser rompidas a partir desse conhecimento.

Tendo em conta a diversidade do território do Bom Retiro, teremos, dentro da USF, uma polifonia¹³², e tal situação demanda que o serviço exercite sua competência cultural para ouvir essas diversas vozes, entendendo “quem fala”; “de onde fala”; e “o que fala”, para, assim, reduzir as barreiras culturais e sociais de acesso ao serviço. No caso do Bom Retiro, temos vozes que falam diversos idiomas, e entre eles estão os coreanos, que, ao se aproximarem da Unidade, entram em contato com uma fala institucional que dita as normatizações do PSF e um esforço por parte da equipe de saúde para romper e adaptar-se às diferentes necessidades de cuidado. Segundo Araújo e Cardoso (2010, p. 245), a comunicação na saúde tem seguido o sentido de que as políticas e as estratégias acentuam a fala institucional, e é necessário aprimorar as condições de circulação das vozes não hegemônicas.

¹³² A palavra polifonia é emprestada da arte musical e entendida como o “efeito obtido pela sobreposição de várias linhas melódicas independentes, mas harmonicamente relacionadas”.

A competência cultural é, segundo Starfield (2002), um dos atributos da APS, enquanto capacidade do profissional e dos serviços de saúde de perceber a diversidade de populações em seu território e desenvolver conhecimentos capazes de estabelecer nexos de compreensão e interação, habilidade primordial em áreas como o Bom Retiro. Indo além, com o incremento dos movimentos migratórios internacionais no cenário mundial, sobretudo a partir dos anos 1980, a possibilidade de haver imigrantes utilizando esses serviços de saúde vem sendo cada vez maior.

4.6 A comunicação entre os imigrantes coreanos e o PSF

Ao tratarmos da comunicação entre os imigrantes coreanos e os profissionais de saúde do PSF do Bom Retiro, é apontada como um obstáculo a dificuldade para entender a língua coreana. Por outro lado, há a preocupação do coreano em preservar a língua, sendo comum que, mesmo residindo há longa data no bairro, esses imigrantes tenham dificuldade para compreender e falar português. Com relação a essa questão, Choi (1996) observou uma evidente dificuldade de comunicação entre coreanos e brasileiros, uma vez que, em geral, aqueles se tornam apenas bilíngues funcionais; ou seja, usam o português somente em situações de necessidade, tais como as atividades de trabalho, que são basicamente relacionadas ao ramo de confecção feminina, e mostram conhecimento relativamente maior das palavras ligadas a esse ramo.

Para aprender português estudava o dicionário e também conversando com brasileiro, trabalhar com brasileiro, aprende.
(UC3)

A língua é vista como símbolo da identidade coreana, e a família é o principal espaço de sua preservação e perpetuação. O hiato entre a primeira geração e as seguintes vem crescendo cada vez mais, uma vez que as novas gerações vão se abrasiando. Com isso, há um grande esforço em perpetuar a língua coreana, expresso nas 26 escolas particulares de coreano nas regiões do Bom Retiro e Brás e nas aulas de coreano ministradas pelas igrejas protestantes coreanas aos sábados (Yang, 2011, p.172, 173).

A dificuldade na comunicação compromete a adesão às orientações dadas pelos agentes de saúde, e a utilização da Unidade é identificada, tanto pelos profissionais como pelos coreanos, conforme as falas abaixo.

No posto de saúde, a maioria dos coreanos não dá para conversar direitinho, não consegue ir lá. Outra conhecida minha está aproveitando bem. Acho que tem um convênio lá. Também o remédio estão fornecendo, coisa boa. Mas eu não saberia dizer exatamente o que deveria mudar, porque eu nunca usei o posto.
(UC1)

Vou ser sincera, eu tenho a impressão de que eles não entendem nada [a receita] e eu também não entendo nada. Eu tento, tento no dia a dia explicar, e eles ficam olhando para mim. E aí muitas das vezes como que faz.? Eles ligam para alguém que fala português e a gente explica para a pessoa no telefone e aí eles levam a receita. A pessoa vai e coloca em símbolos para eles poderem entender. (PS3)

Cabe ressaltar que quanto mais idoso o imigrante, maior será a dificuldade em comunicar-se em português e, por outro lado, maior será sua necessidade de cuidado, tendo em vista a maior ocorrência de doenças crônico-degenerativas nessa faixa etária. Para possibilitar melhor comunicação com o cliente, os profissionais da saúde, muitas vezes – como relatado na fala transcrita a seguir – recorrem a algum acompanhante que compreenda português.

Mais a dificuldade maior da gente lidar no dia a dia é o idioma.[...] Agora, o coreano, a gente depende muito de quem vem, se for um coreano que não fala nada da nossa língua, fica mais difícil para gente e isso a gente tem no dia a dia. Coreano que vem sozinho e que chegou recentemente da Coreia ou mesmo coreano que está aqui há 20 anos e nunca quis tentar aprender nosso idioma e aí fica difícil. Isso é frequente. Aí, às vezes, a gente até que manda bilhetinho para alguém, para eles virem com alguém que sabe português, e aí a gente tenta se comunicar através disso.[...] Acho que isso acontece porque eles são muito restritos. A colônia deles não é uma colônia que possa permitir a entrada. Eles são coreanos, eles não têm que aprender nossa língua e ficam muito restritos. Geralmente os que falam um pouco melhor é porque têm filhos que já estão na escola. (PS3)

Atualmente, outras gerações de coreanos já entraram em contato com a cultura brasileira, na medida em que foram para a escola e depois para a universidade. Desse modo, têm facilidade para falar coreano e português e servem como tradutores para os coreanos mais velhos.

Vim para o Brasil com meus pais. Eu tinha idade menor [4 anos], e tinha que mudar com meus pais [...]. Trabalharam em ramo de roupa (UC1).

Além da língua, as diferenças culturais acabam constituindo uma barreira na comunicação, pois a EqSF se depara, no dia a dia, com dificuldades que se referem a hábitos alimentares típicos dos coreanos, preservados, sobretudo, pelos mais velhos (Choi, 1991, p. 134). A culinária é considerada outro símbolo do grupo a ser mantido (Yang, 2011, p.173). As falas abaixo exemplificam esses dois aspectos:

É, a comunicação com o coreano é difícil. Eu tinha coreano que eu ia fazer visita para ele, e, às vezes, ia colher sangue, e então eu já deixava avisado que não era para comer. Só que era assim, ele comia e aí a mulher dele falava assim: que ela deu comida para ele porque ela tinha que ir na igreja fazer o café da manhã cedo, 6 e meia ela já estava de volta da igreja para fazer o café da manhã dele, e aí ela tinha dado a comida para ele. [...] Ela ainda mostra: “ele comeu isso no horário”... eu digo “que horário ele come esse coisa?”...tipo um doce... não sei o que é que eles comem, uma coisa estranha [...] era como se fosse um bebê que ela está alimentando, porque é mais a mulher que cuida dos homens. Os coreanos, mesmo doente, geralmente a mulher cuida do homem, entendeu?. (PS4)

[...] A comida que eles comem são comidas picantes, mas com uma qualidade um pouquinho melhor [...].(PS2)

A alimentação deles, tudo isso é muito diferente do que a gente lida no dia a dia.[...]. (PS3)

Há também “ruídos” que comprometem a comunicação, tais como a pecha de exploradores dos imigrantes bolivianos – colocados em posição inferior (vitimizados) –, que até hoje incomoda a comunidade coreana em São Paulo, muito preocupada com sua imagem diante da sociedade brasileira (Sampaio, 2011, p 106). Essa representação negativa sobre os coreanos e o pressuposto de que o fato de terem melhor poder econômico lhes permite prescindir do Sistema Único de Saúde podem resultar no comprometimento da capacidade do profissional de saúde de “enxergar”

as necessidades de cuidado dessa população. Estas falas são reveladoras dessa situação:

O coreano tem uma grande vantagem na parte econômica, eles têm outro tipo de organização, diferente que o latino. Para o latino, o boliviano, ele... vamos falar de uma forma um pouco mais popular, eles têm que usar a palavra “vire-se”, e ele tem que se virar. Enquanto que o coreano, não... ele não utiliza a palavra vire-se... ele usa a palavra organização... então as igrejas estão organizadas com uma escala de pessoas bem estruturadas dentro do país, aonde eles têm a obrigação... os primeiros daquela listagem têm obrigação de ajudar aquele que chegou. Então... aí que o coreano, quando chega... em curto tempo ele já tem um apartamento, tem uma loja, tem trabalhador, tem uma oficina de confecção, tem tudo. Enquanto que o boliviano tem que lutar para sobreviver. (PS6)

O coreano, eu acho que ele tem mais um aporte financeiro do que os bolivianos. Porque a maioria dos coreanos passa nas lojas deles, quem trabalha para eles são os bolivianos. E eu acho assim, que os bolivianos, eles são muito explorados pelos coreanos [...]. (PS4)

Me parece que os coreanos têm uma condição de vida melhor. Por exemplo, todas as oficinas, hoje nós temos os bolivianos que estão nas oficinas de trabalho, nas oficinas de costura, inclusive os outros imigrantes que vêm hoje, paraguaios e peruanos, acabam trabalhando nessas oficinas e moram nas oficinas, nas oficinas de trabalho, numa condição muitas vezes sub-humana, em condições muito, muito precárias. No entanto, coreanos me parece que têm uma coisa mais estruturada, do ponto de vista do recurso mesmo, do recurso material e financeiro e, portanto, muitos deles também têm os seus convênios. Os coreanos têm outros caminhos, outras possibilidades. (PS1)

Para exemplificar como a comunicação entre a EqSF e os imigrantes coreanos pode ser comprometida por falas que podem soar como uma ameaça, é interessante relatar uma situação ocorrida durante uma entrevista com um imigrante coreano, que resultou em súbita interrupção da comunicação.

Esta entrevista foi feita com um jovem coreano de 32 anos, em sua própria residência. Cabe ressaltar que o convite para a entrevista foi feito pelo ACS dessa família, que acordou com ele o dia e o horário apropriado. A primeira tentativa de entrevistá-lo não teve sucesso, pois, ao chegar a sua casa no dia e no horário combinado, não o encontramos, e fomos atendidas por sua avó de 90 anos, que não sabia desse agendamento. Diante disso, fizemos contato telefônico com ele, que pediu desculpas, porém não tinha conseguido sair do comércio a tempo. Desse modo, reagendamos para outra oportunidade, quando fizemos, então, a entrevista. Esse coreano chegou ao Brasil aos 4 anos de idade, com sua família, que se inseriu nos negócios de seus tios, no setor de confecção. Estávamos conversando sobre sua atividade profissional e travamos o seguinte diálogo:

Entrevistador: *Atualmente qual é sua atividade?*

UC2: *Trabalho com comércio de roupas*

Entrevistador: *Você tem uma loja?*

UC2: *Não, sou empregado.*

Exatamente no momento da entrevista, ele teve uma inusitada reação, pedindo para desligar o gravador, no que foi atendido imediatamente. Começou, então, a questionar porque ele devia falar com uma pessoa desconhecida. Novamente recebeu explicações sobre a pesquisa (o que já havia ocorrido antes do início da entrevista, anteriormente à assinatura do termo de consentimento), e foi lembrado a ele brevemente todo o caminho percorrido até o agendamento da entrevista. Nesse momento, pegou o celular e fez uma ligação, falando em coreano todo o tempo. Ao

final, voltou-se e disse que havia conversado com seu tio, com quem trabalha, e poderíamos continuar a entrevista, porém pediu que fôssemos breves, pois tinha “muita pressa”. Foi informado de que poderíamos interromper a entrevista nesse momento, se ele desejasse, pois não haveria qualquer problema. No entanto, ele insistiu em terminá-la, passando a dar respostas curtas e evasivas. Essa entrevista durou ao todo doze minutos, a mais curta de todas. Portanto, as indagações sobre sua atividade profissional foram o estopim para sua abrupta reação. E, imediatamente, buscou autorização de seu tio, pessoa mais velha a quem deve respeito, para prosseguir ou não a entrevista. A comunidade coreana tem grande preocupação com sua imagem perante a sociedade brasileira, e, por isso, é possível que tenha tido receio de que houvesse algum questionamento sobre a legalidade do comércio¹³³ ou sobre a regularidade da situação de imigrante.

As EqSF reconhecem que seria muito bom contar com um ACS coreano, para facilitar essa aproximação. No entanto, encontra grande dificuldade para conseguir esse profissional. Levantam-se várias hipóteses para essa dificuldade: baixo salário, a própria especificidade do trabalho, a dificuldade de comunicação, etc.

No caso dos coreanos acho que nós temos essa barreira, a gente até tem pensado em contratar alguém, algum agente de saúde, para fazer essa ponte, mas também é muito difícil, porque é uma

¹³³ A cadeia de produção da indústria de roupas foi sofrendo transformações ao longo do tempo, e os imigrantes coreanos foram gradualmente se deslocando de uma inserção direta nas oficinas de costura do Bom Retiro, seja como trabalhadores, seja como donos dessas oficinas, para outros patamares dessa cadeia. Como, por exemplo, sendo dono de empresas que têm um papel de intermediador entre as oficinas e as lojas de marcas famosas. Dessa forma, os coreanos evitam problemas jurídicos, pois têm uma relação de prestação de serviços com as oficinas, evitando os direitos trabalhistas, e não têm responsabilidade pelas condições dos trabalhadores bolivianos nessas oficinas. Essas empresas intermediárias vendem essas roupas prontas para grandes magazines, como: Renner, Marisa, Riachuelo e C&A (Silva, 2008, p. 99-104).

população com poder aquisitivo maior, e está mais sedimentada aqui no bairro, no país, então você tem mais dificuldade de conseguir este profissional aqui. (PS1)

Tendo em conta as particularidades da cultura coreana, seria importante redefinir o papel do ACS coreano, pois isso tornaria essa função mais atraente. Nesse sentido, seria talvez interessante garantir que ele fosse referência apenas para famílias coreanas e que tivesse importante papel na divulgação da USF, em todos seus aspectos, dentro da comunidade. Outro papel primordial seria o de matriciar a EqSF sobre vários aspectos da cultura coreana, de um modo geral.

Apesar da dificuldade relacionada com a língua, apontada por todos os ACS como o principal obstáculo para conseguir fazer o cadastro da família, eles percebem que essa dificuldade pode ser superada pelo estabelecimento de um vínculo de confiança construído por outras formas de comunicação não verbal, que fazem com que o outro perceba o seu esforço para comunicar-se.

Bom, primeiro é o idioma, porque o castelhano dá para gente enganar. É com dificuldade, mas a gente se entende alguma coisa. Agora o coreano é muito difícil mesmo, porque, muitas vezes, eles até entendem o que a gente fala, mas eles não sabem se expressar, eles não conseguem falar o que realmente eles estão precisando, o que ele deseja. E talvez nós também temos dificuldade porque nós não entendemos o idioma, então fica difícil a comunicação. Então primeiro é, no caso, é a comunicação. Para gente poder estar desenvolvendo o trabalho, aí eu sinto muita dificuldade. É como diz, vem a imaginação e a gente vai fazendo né, nossa! Eu, eu me desdobro no sentido de ficar bem mais tempo com essa pessoa, com a família, e que eu saia de lá é... sabendo que eles entenderam alguma coisa... e se não entenderam, se eu saí de lá, eu perceber que não entenderam, que meu esforço não foi, não foi válido, eu venho aqui, chamo médico, enfermeiro quem puder me auxiliar...entendeu, para mim poder, né desenvolver o meu trabalho. (PS5)

4.6.1 Estratégias para mediar a comunicação

Tendo em vista que a língua é uma das principais barreiras a serem transpostas na comunicação com os imigrantes coreanos, a EqSF construiu uma cartilha contendo expressões que facilitassem a interação mínima — cuja necessidade é demonstrada no depoimento abaixo — entre os profissionais e esses usuários.

No geral, hoje em dia... é... começam a criar uma nova ideologia do funcionalismo público, dos funcionários da UBS... eles... pessoal está ciente que tem que se preparar, tentar ser bilíngue para poder te ajudar. Então aquela filosofia que tem... um outro país, que também não deseja de fugir o Brasil, de falar assim: “você esta na minha terra... e você tem que falar minha língua”, é uma filosofia um pouco abstrata já... então... hoje em dia... quem trabalha dentro da parte de pública... ele é que tem que se preparar, sendo bilíngue ou trilíngue pra poder facilitar seu trabalho... e essa filosofia optou a UBS do Bom Retiro... aonde as pessoas estão se preparando, pelo menos sabem as coisas básicas em coreano, sabem as coisas básicas em espanhol... e isso ajuda a fluidez do trabalho da Unidade. (PS6)

Com a intenção de melhorar a adesão às prescrições médicas por parte dos imigrantes coreanos, a EqSF passou a utilizar estratégias lúdicas. A adesão aos regimes de tratamento tem sido uma grande preocupação no contexto na Atenção Primária (Klein, Gonçalves, 2005) e torna-se ainda mais relevante em USF inseridas em territórios como o Bom Retiro.

[...] Com relação à medicação, para eles entenderem também é difícil. Existe aquele método que a gente faz as caixinhas com nome, com as cores, e o menino da farmácia faz, e até a médica

também faz isso. Mais eles são mais difícil porque a língua deles é muito complexa para gente entender. (PS4)

Essa dificuldade dos imigrantes coreanos, sobretudo os idosos, com a língua portuguesa os impede de expressar-se e de cuidar de sua saúde. Percebe-se o esforço por parte da EqSF para aprender a comunicar-se com eles. E, nesse sentido, Hong (2010, p. 91, 98) sugere que haja profissionais bilíngues (português/coreano) nos serviços básicos de saúde¹³⁴.

Os funcionários também percebem a necessidade de aprender a comunicar-se com eles. Este depoimento, por exemplo, reforça a importância dessa comunicação:

Eu aprendi que o coreano, além do idioma dele, ele tem saber o espanhol ou o inglês. Porque eles fazem primeiro uma parada nos Estados Unidos... antes de vir para cá para o Brasil ou Sul América, então eles aprendem o inglês ou espanhol. Então, quando eu chego, primeiro eu falo, me identifico como agente de saúde, e falo sobre o que é a UBS e pergunto para eles se eles falam português, espanhol ou inglês. Se eles falarem pra mim que eles não entendem muito bem português, então eu pelo menos a coisa básica — pergunto o nome em inglês para eles, e aí eu vou ganhando um pouco de informação, e aí alguém chega e fala assim para mim que entende mais espanhol que português, então eu oriento para eles irem nas igrejas deles, porque lá eles têm curso de português. (PS6)

Durante um certo tempo, a USF do Bom Retiro contou com a presença de uma coreana voluntária que, uma vez na semana, ia até a Unidade e ficava à disposição

¹³⁴ Hong (2010, p.118) sugere a criação de centrais de tradutores a distância (como médicos plantonistas a distância), que poderiam ser acionados, quando solicitados. Tradutores voluntários também conseguiriam atingir maior número de pessoas, auxiliando, por exemplo, o diálogo nas consultas médicas e internações. São necessários profissionais bilíngues, com competência multidisciplinar, para atender à procura.

para auxiliar na relação com os coreanos em vários aspectos. Essa participação era bem vista tanto pela EqSf como pelos usuários coreanos, como demonstram as falas abaixo.

Eu demorei oito meses para tirar o cartão SUS da minha filha. Tem que ter o cartão SUS para qualquer coisa e por isso primeiro tinha que ter cartão do SUS e eu não conseguia sozinha, por oito meses eu procurei lugar... o rapaz da recepção disse que aguardasse que iria me ligar e não ligou. Quinta-feira, que era um dia que tinha uma coreana ajudando lá, e eu nunca tinha tempo, correndo para cá e para lá. Até que um dia fui em uma quinta-feira, quando a coreana estava lá e deu certo, ela tirou o cartão na mesma hora lá no posto. (UC3)

O que a gente tem feito mediante essa dificuldade de lidar com os coreanos é pensar na possibilidade de contratar um agente comunitário coreano para gente poder entender a cultura, para a gente entender a fala. A intenção não é de que a gente saia falando coreano, mas a gente entender a cultura, o jeito deles serem, para gente poder ver como que a gente pode melhorar. Só que assim... a gente entende que o salário é pequeno, e os coreanos não querem ficar se sujeitando a ir em residências, cadastrar. Muito difícil isso, então a gente não conseguiu. Já abrimos essa possibilidade, mais não vem nenhum candidato. Tanto que a gente tinha uma coreana que era psicóloga, que era voluntária. Ela vinha uma vez por semana e a gente concentrava todas as questões que a gente tinha. Não que nos outros dias não podiam vir coreanos, mas aqueles que vinham nos outros dias a gente deixava escrito que naquele tal dia aquela pessoa vinha para ver ...a gente podia se comunicar ...e a gente entender. A gente teve durante um ano, essa pessoa, e aí depois ela foi embora e a gente não tem ninguém de voluntário para a gente fazer essa ponte, esse feedback com o coreano. Porque é muito difícil. Eles às vezes vêm com algumas questões que a gente não entende, eles não entendem a gente. E aí não teve candidato. (PS3)

Esta voluntária atuava como uma mediadora cultural, apontada por Santagata (2005) como um recurso muito útil em Unidades utilizadas por imigrantes. O mediador cultural seria alguém da comunidade coreana que auxiliaria o serviço, intermediando a comunicação.

Ainda segundo esta autora, a implantação de um Programa de Assistência Médica Transcultural (PAMT) no plano de saúde oferecido aos coreanos e chineses no hospital italiano em Buenos Aires, em 2000, resultou na mudança no comportamento organizacional. Havia uma barreira idiomática que foi resolvida com a contratação de um “facilitador cultural bilíngue” (FCB), talvez subestimado como um mero “tradutor”, palavra com que era designado por ambas as partes. Os FCB funcionaram como mediadores culturais entre a instituição e os usuários. Houve um aumento de novos afiliados chineses e coreanos e uma redução dos egressos da mesma população.

Ressaltamos que a mediadora cultural poderá matricular e habilitar os trabalhadores de saúde para ampliar seu conhecimento sobre os coreanos, permitindo que se aproximem de espaços freqüentados por eles no Bom Retiro, tais como as igrejas, e ali possam divulgar a USF. Além disso, essas pessoas iriam auxiliar os coreanos na difícil tarefa de caminhar pela rede de assistência, quando fosse necessário.

Outro recurso que poderia resultar em uma maior procura da USF do Bom Retiro por parte dos imigrantes coreanos seria a utilização da prática da acupuntura, bastante difundida entre eles. Segundo Scognamillo-Szabó e Bechara (2010, p. 494), os coreanos trouxeram para o Brasil um tipo de acupuntura bastante diferente da chinesa e da japonesa. Porém essa prática ficou restrita à sua comunidade até a metade do século XX, devido à dificuldade com a língua.

Na Coreia é muito comum a utilização de práticas alternativas, como acupuntura. (UC2)

Para que os médicos do PSF do Bom Retiro pudessem recorrer a esta técnica, seria muito útil que fosse incorporado ao Núcleo de Apoio da Saúde da Família¹³⁵ (NASF), um médico acupunturista, o qual poderia matriciar a equipe médica na utilização dessa técnica.

Ramos e Silva (2010) realizaram um estudo para compreender o processo de interação entre profissionais de saúde e usuários estrangeiros nas Unidades de e PSF nos bairros do Brás, Bom Retiro e Pari e observaram que, para os profissionais, a interação com o paciente coreano é o nível extremo da impossibilidade de compreensão. Estes autores concluem que “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 educação continuada” (Ramos, Silva, 2010, p. 189).

¹³⁵ Em 2008, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), com a finalidade de apoiar a Estratégia de Saúde da Família, ampliando a sua capacidade de resolução e suas ações na Atenção Primária à Saúde (Brasil, 2008).

5 O PSF DO BOM RETIRO E O CASO DOS IMIGRANTES BOLIVIANOS

“...Soñe palavras

Que abrían puertas

Desperte com um extraño manajo

Aún estoy buscando las cerraduras...”¹³⁶

(Homero Carvalho, poeta boliviano-poema “Las Puertas”)

Os imigrantes bolivianos, ao chegarem ao Bom Retiro, em 1980, encontraram ali uma Unidade de Saúde estadual, em pleno arrefecimento do terceiro modelo tecnológico da saúde pública paulista – Programação em Saúde. Naquele momento, ocorria um alinhamento de São Paulo com a política nacional, e esse retrocesso fez com que os Centros de Saúde se transformassem em ambulatorios gerais, priorizando o padrão assistencial do pronto atendimento (Mota, Schraiber, 2011, p.848). Portanto, até aquele momento havia no bairro uma Unidade Básica de Saúde (UBS) tradicional, contando em sua equipe com médicos (clínicos, pediatras e ginecologistas), enfermeiros, dentistas, auxiliares de enfermagem e pessoal de apoio técnico. A demanda se apresentava espontaneamente à Unidade e/ou era encaminhada por outros serviços. Neste caso, não havia adscrição de clientela, e a delimitação da área de abrangência referia-se exclusivamente às ações de vigilância à saúde.

¹³⁶ Tradução livre: “...Sonhei palavras/Que abriam portas/Despertei com um estranho molho de chaves/Ainda estou buscando as fechaduras...”

Apesar do PSF ser, desde 1994, uma proposta de reorganização da APS em nível nacional, somente em 2001 se deu a municipalização do sistema de saúde na cidade de São Paulo, ocorrendo uma mudança no *modus operandi* da Unidade do Bom Retiro, que passaria, então, a funcionar sob a lógica do PSF. Até aquele momento, tínhamos uma Unidade que praticava o que Starfield (2002, p.32) denominava “atenção médica primária convencional”, contando com médicos nas especialidades básicas.

O PSF se apresenta como uma estratégia de substituição do modelo tradicional de atenção também em grandes centros urbanos. Essa expansão deflagrou a reflexão sobre as potencialidades e as dificuldades dessa proposta nesses locais (Caetano, Dain, 2002; Escorel, 2005; Escorel et al., 2007). As transformações sociais observadas na cidade de São Paulo são muito variadas, sobretudo em relação à área central, onde está o bairro do Bom Retiro. Nessa região, o PSF iria se deparar com uma heterogeneidade de grupos sociais: moradores locais com condições adequadas de vida; outros que vivem em situação de precariedade, como os moradores de cortiços e favelas¹³⁷; profissionais do sexo; a população em situação de rua; trabalhadores do setor formal e do informal da economia, que transitam na área central e ali constroem suas vidas. Além disso, o Bom Retiro tem também a forte presença dos imigrantes bolivianos, trabalhando e morando nas inúmeras oficinas de

¹³⁷ A favela localizada no Bom Retiro chamava-se Favela do Gato e teve sua origem na década de 1970, estando localizada entre as ruas Sérgio Tomás e a Av. Presidente Castelo Branco, na confluência dos rios Tietê e Tamanduateí. Quando a USF do Bom Retiro iniciou seu funcionamento, no final de 2001, assumiu o cuidado dessa área, com 396 famílias, somando um total de 1.188 pessoas. No segundo semestre de 2004, essas famílias foram transferidas para o Conjunto Residencial Parque do Gato, construído pela Prefeitura de São Paulo em área anexa à favela, num contrato de locação social.

costura existentes no bairro, que serão objeto de nossa discussão neste capítulo, através da lente do PSF.

Esse contexto nos obriga a recorrer à noção de “competência cultural”¹³⁸¹³⁹ que, segundo Starfield (2002), é um dos atributos da APS, entendida como a capacidade do profissional e dos serviços de saúde de perceber a diversidade de populações em seu território e desenvolver conhecimentos capazes de estabelecer nexos de compreensão e interação, habilidade primordial em áreas como o Bom Retiro. Indo além, com o incremento dos movimentos migratórios internacionais no cenário mundial, sobretudo a partir dos anos 1980, a possibilidade de haver imigrantes utilizando nossos serviços de saúde deverá ser cada vez maior. Nesse sentido, o desafio crucial que se coloca, contemporaneamente, para a saúde pública, consiste em propor intervenções “culturalmente sensíveis e adaptadas ao contexto no qual vivem as populações às quais são destinadas” (Massé¹⁴⁰, 1995 apud Trad, Bastos, 1998, p.430).

¹³⁸ O conceito de “competência cultural” surgiu na década de 1980, como uma evolução das noções iniciais de *cultural responsiveness* ou *cultural sensitivity*, superando críticas quanto às limitações desses conceitos feitas por Geetz (2012), que sublinham a heterogeneidade das culturas e seu caráter multidimensional e dinâmico, sujeitas a um processo contínuo de mudança

¹³⁹ Cross et al. (1989, p.13) formularam um das definições mais amplamente reconhecidas de “competência cultural”, entendida como “um conjunto coerente de comportamentos, atitudes e políticas que se mostram num sistema, agência ou entre os profissionais, permitindo tal sistema, agência ou profissionais trabalhar eficazmente em situações transculturais”

¹⁴⁰ Massé R. *Culture et Santé Publique*. Montréal: Gaëtan Morin Éditeur; 1995.

5.1 Diferentes olhares sobre o Bom Retiro

O bairro do Bom Retiro compõe uma paisagem única, constituída, ao longo do tempo, pela permanência e pela circulação de grupos de diversas procedências; por acréscimos, substituições e inclusões, configurando uma paisagem escrita sobre a outra, uma confluência de camadas socioculturais definidas como um palimpsesto, nas palavras de Milton Santos (2008).

Essa conformação teve início com os imigrantes italianos, os primeiros a chegar ao bairro, no final do século XIX — em consequência da imigração subsidiada pelo governo da Província —, destinados a compor a mão de obra nas fazendas de café no Oeste paulista. O processo de constituição do bairro prosseguiu, quando, a partir da I Guerra Mundial, inúmeros estrangeiros originários da Europa Oriental, como lituanos, poloneses, russos, armênios e gregos, a maioria desses de origem judaica, chegaram ao Bom Retiro. Ali geraram as primeiras confecções e lojas, e o bairro passou a assumir uma função mais comercial. A partir de 1970, chegaram os coreanos, fugindo de uma situação de guerra em seu país, e se inseriram no setor de confecção e de lojas de roupas. A partir de 1980, o Bom Retiro começou a receber grandes levas de latino-americanos¹⁴¹, sobretudo bolivianos, que, motivados por uma profunda crise econômica em seu país (Silva, 1997), também se inseriram na cadeia de produção de roupas.

¹⁴¹ Desde 2009, a imigração paraguaia para a cidade de São Paulo tem se intensificado, sendo um dos principais fluxos de imigração atuais e concentra-se na cidade de São Paulo. Ela está, tal qual a imigração boliviana, muito relacionada com a indústria de confecção e localizada nos bairros centrais, entre eles o Bom Retiro (Souchaud, 2012, p.75).

[...]é um bairro que tem uma característica predominantemente comercial. Tem um comércio bastante grande. Na José Paulino [principal rua do bairro] a gente tem cerca de 50.000 pessoas por final de semana aqui, fazendo compras e tudo mais. E de outro lado, a gente tem uma população que reside aqui no bairro, com muita complexidade. Então a gente tem desde migrantes latinos, bolivianos, paraguaios, peruanos enfim, e tem uma grande quantidade também de coreanos que vivem no bairro. (PS1)

Esse bairro, no centro da cidade, é percebido pelos bolivianos como um lugar com qualidades bem atraentes, tais como: a proximidade de espaços de sociabilidade e, sobretudo, dos contatos de trabalho; a possibilidade de construção de relações de vizinhança; e a acessibilidade ao transporte público. O Bom Retiro constitui um cenário de transição, no qual a inserção é mais viável no momento em que se chega à cidade, com poucos recursos e menos autonomia, pois é fácil a colocação em alguma oficina de costura (Xavier, 2010).

A maioria deles não tem muita oportunidade lá na Bolívia, e se alguém aqui já se deu melhor, então fala, comenta, e então todo mundo quer vir. Estão todos buscando uma vida melhor, né. A maioria deles, vem assim, sem a intenção de ficar no Brasil, só trabalhar por um tempo e voltar para lá. (UB1)

Importa ressaltar que houve uma circularidade de vivências entre esses grupos que passaram e passam, historicamente, a conviver no bairro do Bom Retiro. Essas vivências permitem entender como se entrelaçaram o que é particular e o geral, conformando um tecido social de complexidade bastante interessante para essa área da cidade de São Paulo. Culturas que foram sendo absorvidas pelo cotidiano das práticas sociais, no processo em que essas marcas culturais foram sendo

identificadas, mas nunca “enquistadas”, de tal modo que bolivianos passaram a se relacionar com o “Bonra” (modo como os italianos se referiam ao Bom Retiro) dos italianos; com a cultura judaica, identificada nas igrejas e nas sinagogas, nos mercados e nos restaurantes; e também com os coreanos, com suas lojas, restaurantes, escolas, instituições culturais, esportivas e religiosas, identificadas por placas em português e em hangul, o alfabeto coreano.

5.2 Do altiplano boliviano ao Bom Retiro

A partir de 1980, houve uma intensa imigração de bolivianos para a cidade de São Paulo em busca de melhores oportunidades de trabalho, em decorrência das péssimas condições econômicas de seu país. Esses imigrantes eram predominantemente pacenhos e cochabambinos, muitos de origem rural, em sua maioria jovens de ambos os sexos, solteiros e de escolaridade média (Silva, 1997).

Do ponto de vista espacial, já na década de 1990, concentraram-se em bairros como Bom Retiro, Brás e Pari, onde atuavam na indústria de confecção (Silva, 1997). Atualmente estão dispersos pelas áreas centrais e periféricas da cidade, porém ainda com uma forte concentração nos bairros do Bom Retiro, Pari, Belém e Brás, onde estão 19,5% do total dos bolivianos residentes na cidade, reiterando a vocação dos bairros centrais como porta de entrada para imigrantes na capital paulista (Souchaud, 2010).

A presença de parentes e conterrâneos instalados no Bom Retiro tornou-se, ao longo do tempo, uma motivação para os bolivianos migrarem. Além disso, eles mantêm fortes laços com a Bolívia, o que resulta em uma tendência a um movimento circular, com idas e vindas entre São Paulo e a Bolívia, com um franco desejo de um dia voltar para lá (Silva, 1997).

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

Para a Bolívia, sempre viajei, sempre viajei todo ano, eu viajo, sempre, sempre viajo. (UB1)

Em relação às estimativas do tamanho da comunidade boliviana em São Paulo, há uma enorme variação, que oscila de 10 a 30 mil não regularizados, segundo o Ministério do Trabalho e Emprego, até 200 mil bolivianos, ao todo (regulares e irregulares), de acordo com o Ministério Público. O dado mais recente fornecido pelo Censo de 2000 indica a presença de 8.909 bolivianos recenseados na região metropolitana de São Paulo (Souchaud, 2011). O consenso entre essas estimativas é o fato de São Paulo abrigar o maior número de imigrantes bolivianos no Brasil, mas a imprecisão dos dados sobre essa comunidade coloca desafios metodológicos para a construção de conhecimento científico sobre ela. Diante disso, Xavier (2010) buscou como alternativa o registro dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), por região administrativa da cidade de São Paulo. Encontrou, em setembro de 2009, um total de 5.483 cartões SUS cadastrados por bolivianos, dos quais 1.481 (27%) foram feitos em Unidades de Saúde na área central da cidade de São Paulo, 530 (36%) deles, na Unidade de Saúde no bairro do Bom Retiro.

Cabe ressaltar que a utilização do cartão SUS como fonte de informação tem algumas limitações: nem todos os usuários de origem boliviana se encontram necessariamente cadastrados; o banco de dados aceita duplicação de cadastros; os casos de óbito não são eliminados da base; e os usuários cadastrados em diferentes regiões administrativas não são necessariamente moradores do município de São Paulo, pois podem vir de outros municípios da Região Metropolitana de São Paulo. Sem dúvida, apesar de todas essas restrições, são dados relevantes.

Outra fonte possível de informação é o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), que registra o número de usuários bolivianos cadastrados pelas EqSF na USF do Bom Retiro em janeiro de 2012, onde se constata que, em um total de 12.292 usuários cadastrados, 2.939 (23,9%) eram bolivianos. Portanto, vislumbra-se a possibilidade de o PSF constituir um meio de conhecer melhor os imigrantes bolivianos na cidade de São Paulo, em seus diversos aspectos, contribuindo para a compreensão da sua distribuição territorial na cidade.

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

Já no início do século XX, o bairro do Bom Retiro foi marcado pela presença de pequenas indústrias com características artesanais, muitas delas instaladas no mesmo espaço da moradia ou em espaço adjunto a ela, onde trabalhavam membros da própria família ou alguns poucos funcionários, moradores do próprio bairro. Essa característica industrial predominante na cidade na primeira metade do século XX

marcou a paisagem no seu território, onde a associação entre moradia e trabalho no mesmo lote ou edificação era uma permanência, e parecia ser uma regra, e não uma exceção, no bairro (Mangili, 2011).

A expressão máxima dessa conjugação, nos dias de hoje, é representada pelas inúmeras oficinas de costura existentes ali, onde imigrantes bolivianos trabalham e moram. A formação das oficinas de costura com as características atuais teve sua origem em 1970, com a chegada dos coreanos ao Bom Retiro. Naquele momento, diante da necessidade de competir com os produtores nordestinos de São Paulo, nas linhas de roupas de baixo preço e baixa qualidade, acumulando a produção e a venda no atacado, os coreanos se organizaram para trabalhar em casa, com a participação de familiares e conterrâneos, em longas jornadas de trabalho, a fim de reduzir os custos de produção (Kontic, 2007, 2001).

A chegada dos bolivianos ao Bom Retiro se deu a partir de 1980, num momento de franca ascensão econômica dos coreanos, que se afastavam do segmento de produção e passavam a assumir outro papel na indústria do vestuário, criando suas próprias marcas, que seriam vendidas em suas lojas de atacado (Sampaio, 2011). Outro aspecto relevante foi o fato de que, naquele momento, a mão de obra nacional, essencialmente feminina e natural de outros estados, que predominava no setor de costura, migrava para o setor de serviços, o que abriu espaço para a mão de obra boliviana no segmento de produção (Souchaud, 2012). Essas mudanças em curso no Bom Retiro tiveram como pano de fundo a reestruturação da indústria de confecção paulista, visando à redução de custos: convinha, então, consolidar a aparição e a difusão de oficinas de costura de pequeno e médio porte, subcontratadas (Silva, 2008).

Desse modo, os bolivianos foram, em um primeiro momento, contratados pelos coreanos para trabalhar nas oficinas e, posteriormente, passaram a ser donos das oficinas, tendo os coreanos como principais compradores de suas produções. Um aspecto peculiar é o fato de que – como já apontamos aqui – essas oficinas passaram a conjugar o espaço de trabalho e moradia para os imigrantes bolivianos, que acabavam de chegar ao bairro com pouco dinheiro, numa situação de clandestinidade; e trabalhar e morar no mesmo local era uma maneira de solucionar a questão da moradia, além de ser rentável aos empregadores, que podiam manter próxima sua força de trabalho (Silva, 1997).

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

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

As oficinas de costura no Bom Retiro constituíram, para os bolivianos, lugares de inserção e ascensão social, sendo a informalidade e a flexibilização dessas organizações facilitadoras da integração no mercado de trabalho e da realização de um projeto migratório, de quem, frequentemente “indocumentado”, sem conhecimento do mercado de trabalho e com domínio fraco da língua e dos usos da sociedade do país de destino, teria poucas chances de ficar em São Paulo (Souchaud, 2012, p.80). Isso significa ir além do entendimento das oficinas de costura unicamente como lugares de exploração de mão de obra.

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

O ponto de interseção da trajetória migratória de coreanos e bolivianos se deu nas oficinas de costura do Bom Retiro, inserido na cadeia da indústria de confecção de roupas femininas. A interação entre eles nesses trinta anos nesse bairro foi e continua sendo essencialmente comercial, marcada por uma verticalidade nessa relação. A ascensão econômica e social dos coreanos ao longo dos anos também determinou esse distanciamento social, pois o encontro entre coreanos e bolivianos da segunda geração, em escolas, que poderia resultar em uma aproximação entre as duas culturas, não ocorreu. Apesar de as questões relacionadas ao idioma e a aspectos culturais serem relevantes, elas não constituíram um obstáculo intransponível, que inviabilizasse essa interação. Segundo Truzzi (2001, p.13-16), o convívio entre grupos étnicos culturalmente muito distintos no Bom Retiro foi, muitas vezes, superado por interesses econômicos e de sobrevivência, numa situação de complementaridade dos negócios que atenuou o potencial para conflitos. As falas a seguir indicam que a relação entre bolivianos e coreanos é essencialmente de trabalho.

A relação com o coreano é totalmente diferente, é uma cultura muito diferente, então não se tem muita aproximação com

coreano. O boliviano não tem essa intimidade com o coreano, com quem nós só trabalhamos. Alguns ficam amigos, alguns não, é só relação de trabalho mesmo. Talvez bolivianos pudessem ser mais amigo deles. Mas eles são assim. Não permitem assim, facilmente...eles não permitem.[...] A cultura é muito diferente. Acho que também eles não gostam de se aproximar do boliviano. Eles só buscam boliviano para trabalhar, dar serviço para ele, para eles trabalharem, só isso. (UB1)

Eu não tenho nenhum conhecimento dos coreanos. Eles são muito diferentes. São diferentes em falar. Eles falam diferente. Uma vez teve uma amiga coreana, uma vizinha, ela era amiga sim. Só uma vez...uma amiga que eu tinha. É mais uma relação de trabalho mesmo, de trabalho, de vizinho. Coreano é quem compra a produção da oficina (UB3)

Essas oficinas de costura, assim configuradas, conferiram uma singularidade a esse bairro, exigindo que o PSF o compreendesse a partir de uma perspectiva multiterritorial, fugindo de um entendimento parcial; sob uma vertente jurídico-política, na qual a exclusiva alusão à quantidade de população para a definição de recortes territoriais, sem nenhuma proposta de tipificação desses territórios, limita a eficácia das ações (Pereira, Barcellos, 2006).

Partindo da necessidade do PSF de adequar suas normatizações, ao interagir com o Bom Retiro, uma questão que se coloca é como esse modelo, que tem na família seu objeto de ação, veio a compreender as oficinas de costura, espaço que conjuga trabalho e moradia para os imigrantes bolivianos. E, ao analisar os principais documentos oficiais do PSF (Brasil, 1994, 1997; Costa Neto, 2000) , percebemos uma imprecisão sobre o conceito de família: limitam-se a defini-la a partir do espaço em que as pessoas vivem, o espaço-domicílio, ponto de partida para a lógica de adscrição domiciliar utilizada no PSF.

A escolha da família como fator determinante principal da saúde da população, núcleo central de intervenção para alterar o perfil de morbimortalidade e centro absoluto de abordagem dos problemas sociais, significa uma redução e um retrocesso na concepção da produção social do processo saúde-doença (Miranda, 1998). Sem dúvida, será positivo olhar para um “indivíduo em relação”, em oposição ao “indivíduo biológico”; e, onde houver famílias na forma tradicional, a compreensão da dinâmica desse núcleo será enriquecedora para o trabalho em saúde. No entanto, nem sempre esse núcleo está presente e nem sempre é o espaço de relação predominante, ou, mesmo, o lugar de síntese do “modo de andar a vida”¹⁴² das pessoas (Franco, Merhy, 2006).

É necessário entender a família como uma construção social em mudança, destacando os novos “arranjos” e a “composição familiar”, desmistificando os conceitos e os preconceitos estabelecidos ao longo da história, falando em “famílias”, para que se possa contemplar a diversidade de relações que convivem na sociedade contemporânea (Miotto, 2004).

Isso posto, retornemos à realidade do Bom Retiro, onde os cadastros dos bolivianos, em sua grande maioria, são feitos nas oficinas de costura, tornando-se inevitável ampliar o conceito de família e remetendo-nos a olhar para esses bolivianos enquanto trabalhadores desse local, em que as relações entre eles nem sempre são próximas e nem sempre se realizam (Trad, Bastos, 1998, p.431).

¹⁴² A expressão “modo de andar a vida” pertence a Canguilhem (1978) e indica que os sujeitos têm modos de andar a vida que se modificam pela ocorrência de doenças e que não pode ser compreendido como dissociado do modo como a vida anda num certo lugar, aonde ele vive. Em suma, cada sujeito apresenta singularidades que se expressam no seu modo de andar a vida.

Portanto, ampliar o entendimento da dinâmica de uma família boliviana inserida no conjunto de trabalhadores de uma dessas oficinas permitirá uma melhor compreensão da ocorrência de obesidade em filhos desses trabalhadores, em função do sedentarismo e da alimentação inadequada, pois também eles, os filhos, são moradores das oficinas.

[...]Então, você tem [nas oficinas] muita criança obesa, porque não tem, não faz nenhuma atividade, fica dentro da oficina, e a mãe ali costurando por dez, doze horas[...]. (PS1)

[...]Por falar em criança, a gente não pode deixar de mencionar o problema de “nutricionismo” dentro delas, porque a mãe costureira, o pai costureiro e para a criança ficar quieto, calmo no carrinho, no berço ou na cama, coloca a TV, dá salgadinho, dá iogurte, e a criança comendo fica o dia inteiro, mais isso não é o alimento que precisa a criança. (PS6)

A presença das crianças nas oficinas pode resultar em acidentes. Por outro lado, há dificuldade para inserir essas crianças nas creches, primeiro por uma real carência de vagas; mas também, segundo Ianni e Quitério (2004, p.86), “há creches que discriminam os filhos de bolivianos, porque eles têm feridas na pele, piolho, são agressivos e não compreendem o que os funcionários e as outras crianças dizem”.

Em suma, o imigrante boliviano tem uma dupla inserção nesse território: como morador e como trabalhador, e o PSF do Bom Retiro precisou levar em consideração essa situação, com toda a repercussão que ela traz, pois eles se tornam vulneráveis a processos de adoecimentos próprios dessa realidade. O conceito de família também foi revisto, uma vez que os bolivianos estabelecem outras formas gregárias de relacionamento, dividindo o espaço doméstico e de trabalho entre grupos de famílias.

5.4 A “visibilidade” do boliviano por meio do PSF

Segundo Cymbalista e Xavier (2007), haveria uma baixa visibilidade da comunidade boliviana em São Paulo, por tratar-se de um grupo praticamente ausente das estatísticas públicas. Estes autores apontam as oficinas de costura como espaço de “privacidade coletiva”, sinalizando que a internalização da comunidade em seus dias de trabalho, com hipertrofia do local de trabalho, determinaria a invisibilidade do grupo e a pouca utilização, por parte deste, de equipamentos públicos, do comércio e dos serviços. Entretanto, as falas dos trabalhadores da saúde sugerem que a USF do Bom Retiro possa ter um outro significado para esse imigrante, que ali busca uma “identidade”.

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

Por outro lado, Xavier (2010), Silva (2009a) e Waldman (2011) ressaltaram que a relação do imigrante boliviano com o PSF assume um significado fundamental no processo de sua inserção na cidade, sobretudo no que se refere a sua identidade, pois o cartão SUS passa a funcionar como uma espécie de identificação — muitas vezes, a primeira que recebe no Brasil. Além disso, de acordo com Silva (2009a, 2009b) e Silva e Ramos (2010), os bolivianos têm uma presença marcante na USF do Bom

Retiro, reconhecida como um espaço de convivência, por ser um dos poucos espaços frequentados pelos bolivianos adultos.

[...] Eu acho que hoje a gente tem credibilidade, e que, se a gente olhar aqui hoje no corredor, a gente vê que tem mais imigrantes do que brasileiros [...]. (PS1)

[...] mas o atendimento maior são dos bolivianos, os bolivianos têm filho, as mulheres têm muitos filhos aqui. Então eles têm um atendimento maior, mais até que o próprio brasileiro que está aqui. (PS4)

Não existe nenhum estudo sobre a utilização da UBS do Bom Retiro pelos imigrantes bolivianos anteriormente à implantação do PSF. No entanto, Carneiro Jr. et al. (2006) relatam o caso do Centro de Saúde Escola Barra Funda Dr. Alexandre Vranjac, no bairro da Barra Funda, vizinho ao Bom Retiro, que, a partir da implantação do PSF nessa Unidade em 2001, ocorreu um maior uso do serviço por imigrantes bolivianos, quando comparado com o período anterior, quando a Unidade funcionava sob a lógica da Programa em Saúde.

No início de 2001, a partir da implantação do PSF, as equipes iniciaram o cadastramento dos moradores da área e, dentre as várias repercussões para as ações em saúde, destaca-se a dos bolivianos, que representou para o serviço melhoria quanto ao controle dos cuidados junto às famílias, tendo destaque o trabalho dos agentes comunitários de saúde, como ferramenta fundamental nos processos de inclusão desse segmento no serviço. Assim, a partir de 2002, os bolivianos, que não procuravam anteriormente o serviço, mesmo sendo moradores do bairro, passaram a fazê-lo (2006, p.36).

5.5 A mobilidade dos imigrantes bolivianos no Bom Retiro e a cartografia do Programa Saúde da Família

O PSF tem seu princípio operacional baseado na adscrição de clientela, entendendo que, dessa forma, permite o estabelecimento de vínculo da Unidade de Saúde da Família com a população, possibilitando, em tese, o resgate da relação de compromisso de corresponsabilidade entre profissionais de saúde e usuários dos serviços. Fica muito claro que, quando tratamos de um bairro como o Bom Retiro, é necessário flexibilizar normatizações, para que o vínculo entre os profissionais e os usuários, sobretudo os bolivianos estudados, seja preservado, uma vez que estes têm uma intensa movimentação no território, fruto de sua inserção como trabalhadores nas oficinas de costura. Caso não se tenha o cuidado de adequar as normas à realidade, corre-se o risco de impor barreiras de acesso ao serviço de ordem organizacional. Sendo assim, esse exacerbado caráter prescritivo do PSF pode comprometer a potencialidade de sua proposta (Franco, Merhy, 1999).

Segundo Pereira e Barcellos (2006), a delimitação de áreas e microáreas de atuação, essencial para a implantação e a avaliação do programa, é, em geral, realizada com base apenas no quantitativo da população, sem considerar a dinâmica social e política inerente aos territórios. Os imigrantes bolivianos circulam por vários espaços da cidade, com uma forte concentração na região central (Souchaud, 2010). Essa mudança constante se deve à busca de novas colocações nas oficinas de costura. Esse aspecto é evidenciado na fala dos trabalhadores.

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

5.6 O PSF se adaptando ao movimento “circulatório” dos bolivianos

A territorialização e o vínculo de uma dada população às Equipes de Saúde da Família são ideias nucleares à proposta do PSF, que têm sua matriz teórica circunscrita prioritariamente ao campo da vigilância à saúde. Tendo em vista as características do Bom Retiro – um território “circulatório”, com bolivianos inseridos em oficinas de costura, com grande rotatividade e buscando sempre melhores oportunidades –, concordamos com Franco e Merhy (2006) quanto ao risco de o PSF desarticular sua potência transformadora, aprisionado em normas definidas, conforme o ideal da vigilância à saúde.

A Estratégia da Família, quando foi concebida, não foi concebida para esse ou aquele tipo, eu pelo menos não consigo ver diferença, e não acho que deva ter. É exatamente a mesma coisa, você vai cuidar de famílias. A única grande dificuldade é que existe uma mobilidade muito grande desse grupo de imigrantes [bolivianos]. Eles num mês estão num endereço e depois já estão mudando. Então isso, para a organização do serviço, é muito complicado. (PS2)

Um caso exemplar dessa compreensão flexível exigida por causa das mudanças frequentes de endereço dos bolivianos dentro do bairro é a adaptação feita na lógica do cadastramento nessa Unidade: habitualmente, quando um usuário se muda de uma microárea para outra, os Agentes Comunitários de Saúde procedem a uma transferência de cadastro entre eles. Quando isso ocorre entre ACS que pertencem a equipes diferentes, essa mudança inclui também a mudança do médico e do enfermeiro responsáveis pelo cuidado daquele usuário. Essa situação comprometia, exemplarmente, a continuidade do acompanhamento de pré-natal e o tratamento de imigrantes bolivianos portadores de tuberculose, doença muito comum devido às condições insalubres de moradia e trabalho (Martinez, 2010). Diante disso, a equipe acordou internamente que, quando houvesse uma mudança entre as áreas de abrangência das Equipes de Saúde da Família, seria mantido o cadastro inicial, garantindo o término desses acompanhamentos com a mesma equipe, com a qual já se havia estabelecido um vínculo.

[...] uma boa parte dos bolivianos tem problemas de saúde, é tuberculose. Então eu acho que deveria ter um cuidado diferenciado [...] as condições que eles vivem são condições bem precárias [...] você não tem um espaço para você dormir, num momento que você já está cansado, que você trabalha o dia todo. Eles trabalham muitas horas sabe, sem parar, sem descansar, sem ter uma pausa, e chega a noite, no momento de descansar, eles não tem um lugar adequado [...] abrir um espaço para um monte de pessoas, parecendo mercadoria, estoque de mercadorias[...]. (PS5)

[...] Então, muitas vezes, elas não fazem o pré-natal, inicia, mas não termina, e também pela mudança, elas mudam muito de oficina. De repente ela já mudou, ela inicia o pré-natal aqui, já está em outro bairro e assim vai indo, uma mudança muito grande, às vezes não só de bairro, mas de rua também, né, então a gente tem que sair atrás, à procura, saber onde está, né? [...] Mesmo mudando de área, saindo da [microárea] azul e indo para

vermelha, continua fazendo pré-natal com o [médico] que começou e vai até o fim. E no caso de tuberculose também. (PS5)

Alguns trabalhos (Salcedo-Barrientos, Caldas, 2012, Sass et al., 2010; Madi et al., 2009; Silva, 2009a) apontam para a importância da abordagem de questões culturais — sobretudo relacionadas ao parto —, durante o pré-natal de mulher boliviana, pois há muitos relatos sobre a dificuldade em realizar seus partos nos hospitais públicos na cidade de São Paulo: elas são resistentes a procedimentos como a cesariana, que possui significado pejorativo entre elas. Desse modo, somente será possível promover a discussão desses temas com as gestantes bolivianas, garantindo a continuidade de seu pré-natal e tendo uma escuta diferenciada para essas questões.

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

Ao tratarmos da interação entre os bolivianos e os profissionais de saúde no Bom Retiro, a questão da comunicação se impõe. Porém, devemos sublinhar a polissemia desse objeto, e é necessário delimitar o aspecto que nos importa, isto é, a rede de conversação envolvida na interação entre eles, seja dentro da USF, seja no território. Segundo Teixeira (2007), o trabalho em saúde possui uma natureza eminentemente conversacional dos processos de trabalho que se dão no encontro entre trabalhador e usuário.

Nesse sentido, há muitas dificuldades relacionadas com a compreensão do idioma falado, uma vez que os bolivianos não constituem um grupo homogêneo do ponto de vista étnico: a Bolívia é uma sociedade pluriétnica e multicultural, com 26 línguas diferentes, que se subdividem em 127 dialetos (Arágon¹⁴³, 1987 apud Silva, 1995, p.56). A fala do usuário boliviano, a seguir, reflete essa diversidade:

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

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

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

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

Já o imigrante boliviano percebe sua dificuldade para falar português e, ao mesmo tempo, para ser compreendido.

¹⁴³ Aragón MM. *Antropologia cultural boliviana*. 2ª ed. La Paz: Ed. Don Bosco; 1987.

[...] na recepção, creio que têm um pouco de dificuldade na recepção. Muitas vezes, no início eles não compreendiam. (UB2)

[...] sempre tem essa dificuldade de falar português mais direito. Eu tenho essa dificuldade. Mas eu entendo tudo que fala [...]. (UB3)

Observamos, então, como esse encontro entre bolivianos e trabalhadores da saúde pode ser atravessado por “mal-entendidos” que podem comprometer a adesão às orientações e ao tratamento propostos. Essa questão é expressa no receio que os bolivianos têm de suas queixas não serem compreendidas pelo médico, o que pode levar a uma menor adesão à prescrição. Por outro lado, há também a percepção do profissional de saúde, que, em sua atividade educativa com bolivianos, se surpreende com a falta de compreensão da sua mensagem.

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

[...] As dificuldades eu acho que são essas barreiras mesmas, né, de entender, por exemplo, a gente outro dia estava fazendo uma atividade a respeito da dengue, então dizendo dos cuidados, a questão do vaso, água parada, e aí um desses bolivianos diz: “não, eu não pego, porque não sou deste país”. Então, como é que a gente faz para que ele compreenda que esta questão não tem a ver com a sua nacionalidade. Então, acho que essas barreiras, são barreiras mesmo, que tem que compreender e desenvolver mecanismos para ir sanando e tal. (PS1)

[...]E também acho que peguei dengue.[...] vários vizinhos pegaram dengue aqui no bairro. (UB1)

A recepção da Unidade é identificada como um ponto de contato importante, e ali se revela a dificuldade de compreensão por parte do funcionário. Aliado a esse,

outro aspecto peculiar foi o fato de o tom de voz ser um aspecto que intimidaria o imigrante boliviano. Com relação a comunicação, Costa¹⁴⁴ (2011, p.51, 208) ressalta a importância de investimentos na melhoria dos processos de comunicação, com o treinamento dos profissionais de saúde para trabalhar em contextos interculturais, o que diminuiria as barreiras culturais entre a equipe de saúde e usuários.

[...]no atendimento aos bolivianos os brasileiros falam mais alto, e eles[os bolivianos] ficam assustados. (UB3)

Talvez ajude ter alguém que fale espanhol na recepção, e melhore a comunicação. É mais que tudo na recepção, né, principalmente quanto tem uma pessoa, que é a primeira vez que passa e não fala português...talvez ter uma pessoa que pode falar espanhol na recepção [...]. (UB3)

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

O trabalho nas oficinas impõe desafios para a utilização da USF, pois a remuneração de seus trabalhadores depende da produção e, portanto, as interrupções no trabalho não são bem vistas nem pelos donos das oficinas, nem pelos costureiros. Soma-se ao fato a dificuldade de os ACS realizarem os cadastros nas oficinas ou, mesmo, de realizar ali suas visitas domiciliares mensais ou qualquer outra atividade.

¹⁴⁴ Costa (2011) analisou em sua dissertação de mestrado a estrutura e o financiamento do sistema de saúde para povos indígenas da Bolívia e do Brasil.

Diante disso, os ACS bolivianos iniciaram uma sensibilização dos donos das oficinas para a necessidade de facilitar a interrupção do trabalho, a fim de possibilitar o acesso dos funcionários da Unidade de Saúde e de vencer o medo oriundo da situação de clandestinidade de seus costureiros.

Uma dificuldade [para fazer o cadastro dos bolivianos? [...]] Depende muito do dono da oficina, que em geral é boliviano também, mas agora ele é o empregador e aí o que acontece é que ele se coloca como “eu sou o patrão, eu tenho que ter produção, e aí se eu tiver a liberação de muito das pessoas, eles vão sair e eles vão produzir menos”, então essa é uma dificuldade que a gente vem enfrentando ultimamente. (PS3)

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

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

A gente, na verdade, tem tentado fazer um trabalho nessa ordem, fazer um trabalho laboral, pelo menos para que elas saiam um pouco dessas máquinas, mas não é fácil, acho que é um trabalho bastante difícil e complexo, porque, como é que você compõe com

o lucro e com essa necessidade, como é que se compõem essas duas coisas. (PS1)

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

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

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

Outro veículo utilizado pelas EqSF para melhorar a comunicação são as rádios bolivianas, muito relacionadas ao papel simbólico das áreas centrais como espaço de recursos urbanos, uma vez que só no centro é possível escutar essas rádios, pois não se consegue sintonizá-las fora de um determinado e limitado perímetro. Nas oficinas de costura, é muito comum o rádio ligado todo o tempo, um veículo que leva informações de toda ordem, orientando sobre providências para a regularização da

estadia no Brasil, sobre ofertas de emprego e ajudando a localizar familiares e amigos, além de servir como uma voz amiga, reconfortante, que faz com que o boliviano não se sinta só na cidade, pois a emissora coloca no ar bolivianos falando uns com os outros sobre como é morar em São Paulo (Xavier, 2010). Essas rádios também falam sobre saúde, sobretudo alertando para o perigo da tuberculose, e fazem propaganda de unguentos e pomadas para dores de coluna e câibras, corriqueiras entre eles.

Sendo assim, a EqSF reconhece a relevância desse veículo e utiliza-o como canal de comunicação com essa comunidade; reconhece também a importância de participar de espaços localizados no centro da cidade, nos quais os bolivianos buscam convivência e identidades de grupo, como a feira Kantuta, que ocorre aos domingos em um bairro próximo ao Bom Retiro. Ali se estabelecem múltiplas relações de ordem comercial, gastronômica, artística; oferta de trabalho e serviços, como corte de cabelo, fotografia, entre outros (Silva, 1997).

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

O reconhecimento, por parte da EqSF, da potencialidade da Feira Kantuta, enquanto campo de diálogo intercultural, é muito significativo, sobretudo enquanto

possibilidade de visibilidade da comunidade boliviana. Segundo Zanforlin (2012, p.86) a Kantuta representa a notoriedade desses migrantes pelo viés cultural, e não pela chave da exploração de mão de obra e, consequentemente, pela vitimização.

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

Segundo Mendes-Gonçalves (1994), esse saber, enquanto tecnologia (imaterial), é utilizado na produção de serviços de saúde. Entendemos a tecnologia como o conjunto de conhecimentos e agires aplicados à produção de algo. Merhy e Onocko (2007), em sua proposta de tipologia, denominaram tecnologia leve a tecnologia de trabalho usada para produzir saúde. Ainda com relação a isso, Ayres (2000) ressalta o lugar privilegiado do cuidado nas práticas de saúde, sublinhando ser útil para a saúde a sabedoria prática apoiada na tecnologia, mas sem resumir a ela a intervenção em saúde.

Indo além das questões relacionadas com a língua e as diferenças culturais, que são os dois aspectos mais comumente apontados como dificultadores da comunicação, cabe chamar atenção para a influência subjetiva das construções sociais que povoam o imaginário dos trabalhadores da saúde acerca desses imigrantes. Nesse sentido, Simai e Baeninger (2012), ao analisar o discurso de jovens universitários brasileiros acerca deles e de suas condições de vida, verificaram

a ênfase negativa sobre os bolivianos, ressaltando sua pobreza, seu sofrimento e sua condição de semiescravidão, expressando o imaginário social dos brasileiros em relação a esse grupo. Da mesma forma, identificamos, nas falas da EqSF, representações sociais¹⁴⁵ marcadas por aspectos valorativos (culturais e ideológicos) predominantemente negativos, relacionados a higiene, cultura, ilegalidade, origem indígena, instrução, alimentação, entre outros, como apontados nas falas a seguir.

[...] Eu acho que os bolivianos são pessoas que têm muita falta de higiene, então precisa ter uma orientação sobre higiene, mas a maioria não aceita, não aceitam não. (PS4)

Eles [os bolivianos] têm hábitos, tem hábitos que chamam atenção: o hábito alimentar é importante, e existem hábitos de higiene que chamam bastante atenção; existem hábitos de cuidados com os bebês, que entra aí também a higiene, esses são marcantes. Não sei se é pela população que vem para cá, se já é um grupo culturalmente desfavorecido, mas realmente a questão de higiene é muito importante. (PS2)

[...] o coreano tem um maior aporte financeiro do que os bolivianos. Porque a maioria dos coreanos passa nas lojas deles, e quem trabalha para eles são os bolivianos. E eu acho que os bolivianos, eles são muito explorados pelos coreanos, e também pelos bolivianos que tem mais poder aquisitivo.[...]. Os coreanos não são tão necessitados quanto os bolivianos, que são um povo carente. Porque a maioria mal sabe falar, a maioria mal sabe escrever, eles não são muito alfabetizados. E, pelo que eu me informei, a maioria dessas moças bolivianas que tem 20 anos e parece que tem 30, tão sofridas, elas vêm lá do interior, como se fosse do mato, do interior, então elas vêm em busca de alguma coisa melhor para elas. (PS4)

Comportamentos esperados e estimulados no dia a dia do PSF, que têm pouca adesão por parte da população brasileira, tal como a prática do aleitamento materno

¹⁴⁵ Segundo Minayo (2006), as representações sociais são definidas como categorias de pensamento que expressam a realidade, possibilitando explicações que as justificam ou questionam.

pela mulher boliviana, são reconhecidos, porém explicados pela origem indígena e pelo baixo poder aquisitivo, como na fala a seguir.

Com relação às crianças, tem uma coisa que tem muita tranquilidade, que é em relação a aleitamento natural. Isso é uma coisa que já está enraizada. Os bolivianos têm uma tendência muito maior ao aleitamento natural. A adesão é boa e você não precisa gastar saliva, não precisa convencer. Pelo contrário, às vezes eu tenho que convencer que eles estão amamentando em excesso [...]. Apesar que a gente tem a impressão que eles não querem que os bebês chorem, não é porque acham que eles [as crianças] estão com fome, é porque dentro da oficina eles são maltratados se a criança chorar, e isso gera problemas lá dentro, mais aí é outra coisa. [...] São indígenas, todos criados nisso. Não tem, não tem dinheiro até para ter uma outra alimentação, e isso [o aleitamento natural] acaba sendo uma solução natural. Vai muito tranquilo...desmamar é que é o problema. (PS2)

Manetta (2012) ressalta a contribuição da mídia na construção e manutenção dessas representações. Ao analisar o discurso da mídia jornalística sobre os imigrantes bolivianos, esse autor constatou uma forte associação desses com aspectos negativos, tais como: envolvimento com crime, informalidade, contravenção e exploração de compatriotas. Segundo Silva (2006, p.10), os preconceitos enfrentados pelos bolivianos na cidade de São Paulo decorrem do desconhecimento de suas raízes étnicas e culturais.

Há, portanto, uma tendência a vitimizar o imigrante boliviano, e isso se sustenta sobre a ideia de imigrante enganado, que acaba se submetendo à condição de trabalho escravo. Com relação a isso, Cymbalista e Xavier (2007, p.124) comentam:

Na Bolívia, jornais publicam anúncios de emprego no Brasil no ramo da costura, incluindo moradia e alimentação (sem custos) e boas condições de trabalho. É bastante presente a imagem de que tais promessas seriam falsas e os imigrantes, enganados. No entanto, dos entrevistados com os quais tivemos contato, apenas quatro afirmaram acreditar que ganhariam mais do que recebem hoje trabalhando nas oficinas no Brasil, a maioria recebe o que já esperava receber. Tal dado pode indicar que a idéia do imigrante enganado seja um dos elementos de vitimização do grupo. Com efeito, é difícil acreditar que a informação sobre reais condições de trabalho e moradia em São Paulo não circulem de alguma forma entre os candidatos a emigração da Bolívia. Normalmente, os imigrantes já chegam a São Paulo com pelo menos uma pessoa conhecida instalada no Brasil, e o trabalho com parentes é muito comum.

Segundo Simai e Baeninger¹⁴⁶ (2012), há uma tendência contemporânea a um discurso¹⁴⁷ de negação da existência de racismo e xenofobia entre os imigrantes bolivianos e os brasileiros na cidade de São Paulo, sendo as questões étnicas e raciais mascaradas por falas de receptividade a todos os imigrantes. Ainda com relação a essa questão, Truzzi (2001) aponta para a existência de uma ideologia a respeito da assimilação de grupos étnicos que está longe de resguardar a etnicidade de algum grupo e que, no fundo, é uma ideologia antipluralista por excelência. Esse discurso assimilacionista é muito comum em São Paulo, estado brasileiro que mais recebeu imigrantes. O bairro do Bom Retiro, um microcosmo social no centro da cidade de São Paulo, que acolheu, ao longo de sua história, contingentes de imigrantes com características culturais bastantes diferenciadas, constitui, no contexto nacional, um privilegiado campo de observação.

¹⁴⁶ Estas autoras (2012, p.195) se basearam em estudo discursivo de brasileiros acerca dos imigrantes bolivianos que vivem em São Paulo, bem como na análise do discurso presente no interior do próprio grupo de imigrantes.

¹⁴⁷ O termo “discurso” refere-se a uma forma de prática social que se manifesta na conversa e na comunicação, juntamente com expressões não verbais (Simai, Baeninger, 2012, p.195).

Olha, eu não vou desmerecer bairro nenhum, porque o Brasil todo é bem generoso. Ele abre a porta para todos. Mas o Bom Retiro é bem peculiar, é o bairro que concentra mais etnias. Vamos falar assim: um pequeno mundo que criou-se dentro do Bom Retiro. Porque tem todos, tem moradores dos 5 continentes e isso faz com que o Bom Retiro tenha essa peculiaridade que o diferencia dos outros bairros. Porque, se você quer falar coreano, é só caminhar pelas quadras do bairro. Você quer falar grego, é só caminhar. Quer falar judeu, quer falar com africano... é só caminhar. Isso que caracteriza o Bom Retiro em comparação com os outros bairros. (PS6)

Situações de discriminação de crianças bolivianas têm sido relatadas no espaço escolar, e sobre isso Magalhães (2010) realizou um estudo sobre os imigrantes bolivianos nas escolas públicas em São Paulo e identificou dificuldade das professoras em lidar com estudantes bolivianos, sobretudo em relação ao idioma e aos hábitos culturais. Silva (2012, p.31) também chama atenção para a recente onda de *bullying* contra crianças bolivianas em algumas escolas da capital paulista, sugerindo que a multiculturalidade é marcada por tensões e resistências.

O PSF também constitui uma importante possibilidade de aproximação dessa questão, uma vez que a EqSF desenvolve atividades nas escolas de seu território, envolvendo professores e alunos. Do mesmo modo, será importante, ainda dentro da lógica intersetorial, que a USF do Bom Retiro promova uma conversa com os outros equipamentos da rede de saúde por onde os bolivianos transitaram, para sensibilizar essas unidades de atendimento para a necessidade de perceber as peculiaridades desses usuários, sobretudo nos aspectos culturais. Isso é particularmente sentido na relação com as maternidades.

Sim, eu percebi [discriminação] na Beneficência, onde tive meu filho. Eu não gostei do trato que fizeram comigo. Mas não sei por que, se foi porque eu sou boliviana, ou não sei. O médico que me atendeu, e todo o tempo estava chato. Mas quando ele tirou meu filho com cesárea... o médico depois que ele fez a cesárea... não vi mais ele, não vi mais. Não foi conversar comigo. Mas as enfermeiras também, não todas as enfermeiras... o turno da manhã... muito diferente, ... eu tinha ao meu lado uma brasileira, o atendimento foi muito diferente. Eu não gostei disso. (UB2)

Enquanto projeto estruturante, o PSF deve provocar uma transformação interna no próprio sistema, com vistas à reorganização das ações e dos serviços de saúde (Brasil, 1997, p.20); e, no caso do imigrante boliviano, isso implica também em abrir canais de comunicação com outros níveis de atenção, para que também desenvolvam competência cultural para assisti-los de modo mais adequado, e para que não ocorram situações nas quais os imigrantes se sintam desassistidos.

Da mesma forma, pode haver o comprometimento da autoestima do imigrante boliviano, que pode se expressar pelo silêncio.

O boliviano tem uma cultura, e é a própria cultura que faz com que ele seja incrédulo. Então, quando o boliviano passa em uma consulta médica, a vergonha dele manda, obriga ele falar para o médico que ele entendeu tudo, enquanto não entendeu nada. Então quando sai da consulta ele procura alguém para perguntar sobre o que o médico falou. Então a gente pergunta para ele o que ele entendeu, o que ele compreendeu..então a médica te falou isso...isso...isso. Então é isso que você tem que fazer. Então, é a cultura, a vergonha. O medo não deixa ele falar a verdade. falar: “Doutora, eu não entendi” ou “Doutor, eu não compreendi”. Eles falam: “não, não tá bom”. “Você entendeu? Entendi, entendi”. Então eles querem fugir rápido da consulta. (PS6)

Tem um aspecto que me chama a atenção muito, que é o seguinte: eles [os bolivianos] são mudos, falam muito pouco. Se você der chance deles falarem da necessidade de saúde deles, é exatamente a mesma do brasileiro. Não tem diferença nenhuma.[...]. (PS2)

Em suma, a qualidade da comunicação entre os trabalhadores da saúde e os imigrantes bolivianos no Bom Retiro será influenciada pelo idioma e pela cultura. Mas também não nos podemos esquecer de que as representações sociais que permeiam o ideário nacional poderão influenciar os trabalhadores da saúde e constituir “ruídos” nessa comunicação. É essencial estar atento a essas questões, para que sejam objeto de reflexão por parte da EqSF e dos gestores dos serviços de saúde.

Quando eu vim trabalhar aqui, falaram que ia ter muito boliviano e perguntaram até para mim. Foi até interessante porque na entrevista perguntaram assim pra mim: “Você tem algum problema, porque você vai atender muito boliviano?”. E eu ouvi de pacientes que falaram assim: “Agora a gente vem porque a gente vê que está sendo atendido”. Então essa questão do preconceito existe, e a população andina percebe isso, e eles se retraem. Tenho a impressão que, na hora que eles sentem que a coisa é mais tranquila, é aquilo que eu falei: eles se apoderam do serviço. (PS2)

Isso [o preconceito] aparece com pequenos comentários, mesmo de funcionários da Unidade. Isso existe através de piadas, de brincadeiras, de preferências. Fora também existe as separações, os espaços são bem delimitados. Mas eu tenho a impressão que isso é assim em qualquer lugar do mundo. [...] Se tem um bairro brasileiro em Boston, americano não deve gostar de frequentar o bairro brasileiro. Nova Iorque é a mesma coisa. Então não acho que seja um preconceito patológico, acho que é uma questão de guardar os devidos espaços. Aqui na Unidade, apesar de existir essa diferença, eu não acho que seja alguma coisa gritante, deve ter uma ou outra coisa pontual, que me chamou a atenção. (PS2)

5.8 Contextualizando os adoecimentos dos bolivianos

A aproximação com o território possibilitada pelo PSF permite uma compreensão ampliada dos principais adoecimentos que acometem os imigrantes bolivianos no Bom Retiro e vai além de um diagnóstico de saúde da comunidade baseado em uma matriz teórica circunscrita ao campo da epidemiologia e da vigilância à saúde. O conhecimento das condições de vida da população, somado à história da formação desse bairro e da imigração boliviana, com sua peculiar inserção nas oficinas de costura, onde moram e trabalham, contextualiza seus adoecimentos e permite o delineamento de estratégias de atuação individuais e coletivas, respeitando as especificidades culturais.

Os imigrantes bolivianos são, portanto, moradores e trabalhadores nas oficinas, onde dividem o espaço com muitos compatriotas, costurando longas horas em um exíguo espaço físico pouco arejado (Cacciamali, Azevedo, 2008). Essa conjuntura cotidiana se reflete nas queixas respiratórias, com especial atenção para os casos de tuberculose; dores musculares; doenças sexualmente transmissíveis; queixas digestivas; quadros alérgicos, sejam cutâneos ou respiratórios; sintomas depressivos; e situações de violência doméstica (Melo, Campinas, 2010). Um outro aspecto relevante é o fato de que a comunidade de imigrantes bolivianos é, sobretudo, constituída de jovens, o que explica o predomínio de patologias agudas (infecto-parasitárias) e relacionadas ao trabalho, com baixa incidência de doenças crônico-degenerativas.

[...] Enquanto o boliviano, ele adoece mais no lado de problemas pulmonares, é a tuberculose devido à alimentação que é muito pobre. Não é aquela alimentação que eles precisam, devido à carga de trabalho. A gente teria que citar a infecção urinária, porque as oficinas de costura, todo mundo sabe, o mundo inteiro sabe, que está dentro da própria residência, e residência não tem dois banheiros, como deveria ter, um feminino e masculino, e todo mundo utiliza aquele banheiro, e não é todo mundo que tem o cuidado higiênico que deve ter, então aquilo provoca infecção urinária, principalmente na mulher e nas crianças. (PS6)

Na minha área, por incrível que pareça, não tenho bolivianos de tanta idade. Os bolivianos que eu tenho, que eu posso dizer que tem um pouco mais de idade, chega a 39 anos. Eles são novos. (PS5)

Tem aparecido é muita dor lombar, dor na coluna. Tem aparecido as DSTs. Acho que as DSTs, ainda tem muito. Eu acho que tem uma questão da agressão à mulher, bastante complicada, mais complicada do que a gente possa imaginar, e tem aparecido. Todo dia vem uma ou duas porque apanhou do marido. E com as crianças, é esta questão da obesidade que tem vindo também, e acho que as equipes estão mais sensíveis a isso. TB, bastante TB, a gente faz busca ativa, mais acho que a gente ainda faz pouco diagnóstico, mas isso aparece, né. Hipertensão e diabetes, não, acho que até por conta da coisa da cultura mesmo. Que eu me lembre, acho que são essas as mais frequentes mesmo. (PS1)

Segundo Carballo e Nerukar (2001), quando o migrante chega ao seu destino, defronta-se com outra realidade, com diferenças culturais, linguísticas e administrativas. Essa situação o coloca em uma condição de vulnerabilidade de ordem física, psicológica e social, podendo influenciar diretamente suas condições de saúde. No caso do imigrante boliviano, essa condição de vulnerabilidade se agrava pela habitual falta de documentação, pelas dificuldades de expressar-se na língua portuguesa e pelo preconceito ao qual é submetido, fatores que constituem obstáculos à busca de assistência médica (Ianni, Quitério, 2004). Nesse contexto, ganha relevância a USF local como porta de entrada para o sistema de saúde e, sobretudo, pelo vínculo que estabelece com essa população.

Olha, necessidade de saúde dentro dessa característica do imigrante, a gente entende aquele apoio que precisa quando você sente que está fraco na parte física, orgânica...então você tem que acudir algum lugar para ser apoiado, para ter um pouco de...é...vamos falar assim de suporte na área de saúde...então a necessidade é ter praticamente este posto de saúde, né. Se você não tem este posto de saúde, com certeza dificilmente o imigrante vai querer chegar num hospital grande, então primeiro chega no posto de saúde...e aí que imbuir-se de forças, e de informações para poder ir a um hospital grande. (PS6)

5.8.1 Tuberculose

Segundo Figueroa-Munoz e Ramon-Pardo (2008), a tuberculose está entre os principais agravos que acometem os imigrantes de um modo geral, sobretudo em função de sua condição de vulnerabilidade, enfrentando barreiras no acesso aos cuidados rotineiros de sua saúde e à aquisição de medicamentos, por sua pouca adesão às orientações médicas, inclusive à conduta terapêutica, o que acarreta piores resultados do que a população geral, no tratamento da tuberculose.

Esta também é uma preocupação entre os imigrantes bolivianos em São Paulo (Cacciamali e Azevedo, 2008), e a questão se complica pelo fato de que também na Bolívia a tuberculose constitui uma das endemias urbanas mais severas (USAID, 2007; WHO, 2009). Contudo, mesmo que muitos possam ter adquirido a bactéria geradora da infecção em seu país de origem, a doença se manifesta no Brasil devido ao estilo de vida.

Diante da ausência de dados consistentes sobre tuberculose na comunidade boliviana na cidade de São Paulo, inclusive sobre aspectos relacionados ao acesso aos serviços de saúde por essa população, Martinez (2010) desenvolveu uma

pesquisa com a finalidade de analisar o comportamento da tuberculose na população de imigrantes bolivianos no período entre 1998 e 2008, analisando dados dos distritos localizados nas zonas leste (Belém) e central (Brás, Bom Retiro e Pari) do município de São Paulo, regiões que abrigam grande quantidade de bolivianos. Esta autora constatou que havia um fácil acesso dos imigrantes bolivianos aos serviços e um atendimento de qualidade, com equidade¹⁴⁸.

A dificuldade de obter dados sobre a ocorrência da tuberculose em imigrantes bolivianos se deve ao fato de que a informação relativa à nacionalidade só foi inserida na ficha de notificação dessa doença a partir de 2008 e, por ser uma introdução recente, esse item nem sempre é preenchido adequadamente. Essa ausência de dados sobre etnia na atenção primária, secundária e terciária dificulta o planejamento de estratégias voltadas à ampliação do acesso aos serviços de saúde (Mladovsky, 2009). Nesse sentido, é importante ressaltar que o PSF do Bom Retiro constitui potencial campo de pesquisa sobre aspectos étnicos e suas relações com a saúde.

O PSF do Bom Retiro tem grande preocupação com a incidência de tuberculose na área e reconhece a necessidade de flexibilizar as normatizações do PSF, sobretudo com relação às normas de cadastramento, para viabilizar o término do tratamento. O mesmo nível de preocupação envolve a disponibilização de material em espanhol para melhorar a comunicação e a adesão às orientações de promoção e prevenção. Tão importante quanto uma política nacional de tratamento de tuberculose é a

¹⁴⁸ O princípio da equidade reconhece que os indivíduos são distintos entre si, merecendo, portanto, tratamento diferenciado, com o intuito de reduzir as desigualdades.

possibilidade de a Unidade de Saúde Local estabelecer estratégias adequadas à sua realidade, exercendo a equidade do cuidado.

Foi com essa preocupação que o serviço incorporou, em 2003, o ACS boliviano às suas equipes e passou a utilizar materiais educativos em espanhol. Essa estratégia vai ao encontro do que sugere Martinez (2010), com a inclusão de intérpretes profissionais nos serviços de saúde localizados em áreas com grandes contingentes de imigrantes. No caso dos ACS, eles fazem um papel muito mais amplo, uma vez que são moradores do bairro e facilitam em muito o acesso às oficinas de costura e o estabelecimento do vínculo entre os imigrantes e a equipe da Unidade de Saúde, de grande importância na adesão às intervenções. Segundo Escorel et al. (2007, p.166), o PSF tem, na figura do ACS, um facilitador da acessibilidade cultural, pois ele constitui um elo mediador entre a comunidade e o serviço de saúde, na medida em que esse profissional é morador da comunidade de referência da Unidade de Saúde da Família e, portanto, em geral, pertence ao mesmo grupo social dos usuários. No caso do PSF do Bom Retiro, incorporar à equipe ACS bolivianos foi essencial para a aproximação com essa comunidade, pois, como sabemos, além da dificuldade relativa à língua e a aspectos culturais, há o grande receio de ser descoberto em uma situação de clandestinidade. À medida que a EqSF vai compreendendo melhor todo o contexto em que vivem os bolivianos, pode praticar a equidade no cuidado.

5.8.2 Dores musculares

Outra queixa muito frequente entre os bolivianos são as dores musculares. As inadequações ergonômicas, com os trabalhadores permanecendo, em média, entre 12 e 16 horas por dia sentados numa cadeira na frente da máquina de costura, executando uma mesma ação motora repetidas vezes, levam os bolivianos a desenvolver doenças, como distensões, tendinites e artrites; desvios posturais, como escoliose, lordose e cifose; além das câimbras quase diárias (Alves, 2012, p. 247).

Dor nas costas, dor nos braços, dor nas pernas, são as queixas mais comuns, e tosse também. Estas queixas têm muito a ver com a forma de vida dos bolivianos. Porque eles trabalham 14/15 horas seguidas, em posições, as mesmas, só param exclusivamente para comer, é..., então tem muito exercício repetitivo. A cadeira que eles trabalham, a máquina de costura, não são adequadas, eles acabam não tendo uma forma de descanso durante o dia. E, além de tudo, eles trabalham em ambientes muito fechados e aí acabam tendo vários problemas...o ambiente é fechado, o ambiente é insalubre, e condições precárias de trabalho. (PS3)

A elevada prevalência de sintomatologia dolorosa associada a problemas músculo-esqueléticos em trabalhadores da indústria têxtil é um fato estabelecido (Maciel et al., 2006). Esta situação também é observada em imigrantes bolivianos trabalhadores das oficinas de costura do Bom Retiro, e está relacionada com múltiplos fatores, tais como: posturas e movimentos inadequados, repetições, poucos intervalos de descanso; e com aspectos ambientais (ruído, iluminação, temperatura, entre outros). Tudo isso se agrava por estarmos falando de um jovem imigrante boliviano que veio para a cidade de São Paulo e está no Bom Retiro ilegalmente,

submetendo-se a longas horas de trabalho, sem qualquer direito trabalhista, movido pela aspiração de ascender econômica e socialmente e de, quem sabe, vir a ter sua própria oficina.

A migração também poderá resultar em mudanças de hábitos alimentares. Isso será agravado, no caso dos bolivianos, pela conjuntura das oficinas de costura; e as frequentes queixas digestivas são expressão dessa realidade. O ritmo de trabalho nas oficinas resulta em horários irregulares de alimentação, e a qualidade e a quantidade de alimentos ingeridos nem sempre são adequadas para suprir as necessidades diárias desses trabalhadores (Alves, 2012, p. 246-247).

Agora tenho tido também dor no estômago. Eu passei já no posto de saúde, agora. (UB3)

[...] A alimentação dos bolivianos é basicamente muita batata, batata, cebola, batata, cebola [...]. (PS5)

Há muitas queixas gastrointestinais principalmente, sobretudo em gestantes.[...] E, nas outras [pessoas não-gestantes], as queixas gastrointestinais são: empachamento, náuseas e muito que eu atribuo ao hábito alimentar, que é ainda não adequado. (PS2)

5.8.3 Queixas digestivas

Com relação à alimentação, cabe assinalar que essa é uma preocupação entre os bolivianos, que relatam uma alimentação mais saudável, quando estavam na Bolívia, com consumo de alimentos orgânicos.

Sinto diferença na alimentação, lá na Bolívia, tudo natural, tudo orgânico. Então aqui acho que é um pouco diferente, né? É totalmente diferente a alimentação pra mim. (UB1)

É, eu tenho que me alimentar mais, né. Mas é um pouco difícil porque não gosto muito da comida daqui. Não gosto de feijão...feijão. Não tinha esse hábito. Eu costumava comer sopa, aqui não...só coisas secas.[...] Na Bolívia, é diferente a alimentação. Lá as coisas que eu preciso pra comer tem muito na minha casa. Mas aqui tem que procurar. Muitas vezes eu quero uma coisa, e não tem aonde encontrar. (UB2)

Sinto falta de cereais, assim...eu acho . Coisa assim: quinua orgânico, alimento orgânico. Lá tem mais orgânico... que minha mãe, minha avó usam, lá. Eu comia orgânico, aqui não. Aqui bem diferente, né? Legumes é muito difícil. Eu evito de comer temperos, pimenta, eu cuido muito disso. Evitando, não comendo. Bebo mais água, eu não bebo refrigerante aqui no Brasil, não muito. Evito temperos, pimenta, frituras. (UB3)

Portanto, a migração resulta em mudança de hábitos alimentares e, além disso, é preciso considerar que a inserção desses imigrantes nas oficinas de costura, onde trabalham e moram, dificulta uma rotina alimentar saudável.

Há também, por parte do imigrante boliviano, uma percepção de que para a sua saúde seria melhor ter outro ritmo de vida, outra qualidade de alimentação e um cuidado maior com a prática de atividade física.

Ah, não sei, talvez devesse trabalhar menos, se cuidar bem, alimentar bem, acho que isso, né. Acho que preciso de atividade física. Uma vez por semana eu jogo salão...como se chama?...é Society, né? (UB1)

Preciso me alimentar um pouco melhor, um pouco mais e me manter mais ocupada para não ficar triste. Eu acho que só isso. (UB2)

5.8.4 Queixas alérgicas

Queixas alérgicas, sejam respiratórias ou dermatológicas (dermatites, rinites, entre outras) também são frequentes, pois as oficinas têm grande quantidade de tecidos, onde se acumula muito pó. Por ser o local onde os imigrantes bolivianos trabalham e também dormem, seu grau de exposição a alérgenos é intenso.

A última vez eu tive problema de alergia a pó. Não pode com a poluição do carro mesmo, porque meu olho começou inchar, coça muito, e eu fui no médico, aí ele falou que pode ser alergia à poluição, ar seco, assim, isso. [...]. (UB1)

5.8.5 Queixas Psíquicas

A situação de afastamento de familiares que ficaram na Bolívia pode, muitas vezes, resultar em queixas depressivas, sobretudo quanto o imigrante tinha uma profissão e abriu mão dessa atividade ao migrar.

Só sinto depressão. É, tenho muita, muita saudade de meu pai, minhas amigas, companheiras de trabalho. Ah, eu sou enfermeira, eu trabalhava no hospital. (UB2)

Hirye (2006) aponta para a condição de vulnerabilidade psíquica e social a que estão sujeitos os imigrantes bolivianos na cidade de São Paulo, resultando em muitos

adoecimentos. A perda de referenciais simbólicos de sua história e cultura podem ocasionar estados de padecimento psíquico, tais como: luto, isolamento, estados depressivos, doenças psicossomáticas, drogadição, desagregação familiar, fenômenos melancólicos, entre outros. As situações de desagregação familiar podem levar à violência familiar.

5.8.6 Vulnerabilidade da mulher boliviana

A mulher boliviana está particularmente sujeita a uma situação especial de vulnerabilidade. Estima-se que 46% dos imigrantes latino-americanos na cidade de São Paulo sejam mulheres, e a maioria jovens. Elas podem estar sujeitas a diversos tipos de violência: no ambiente doméstico, nas relações em suas redes de amigos e conhecidos, no ambiente de trabalho e no acesso aos serviços públicos. As agressões físicas por seus companheiros podem ocorrer quando reclamam de opressão, da falta de assistência afetiva e do alcoolismo do marido. A violência sexual aparece de forma mais velada, sendo frequentemente omitida pelas mulheres, em função de ameaças e pela própria condição de imigrante com situação migratória irregular, que faz com que ela se afaste da polícia e não faça qualquer tipo de denúncia ao poder público (Illes et al., 2008, p. 212-213).

Porque as mulheres novas aparentam muita idade, muita, e tem o corpo marcado já pelo sofrimento, né? [...]. (PS4)

A gravidez nas mulheres bolivianas tem constituído objeto de atenção dos serviços de saúde, pois remete a questões socioeconômicas do trabalho, vida doméstica, vida conjugal, situação jurídica instável de permanência no País e dificuldades decorrentes da ausência de acesso livre aos serviços públicos de saúde; e somam-se às barreiras impostas pelas diferenças culturais que delimitam as concepções sobre o processo saúde-doença, as práticas de saúde no ambiente doméstico e, particularmente, no tocante à saúde reprodutiva e às concepções sobre a gravidez. O trabalho excessivo nas oficinas é determinante na deterioração da saúde dessas mulheres, sobretudo porque, apesar da carga física e emocional dos afazeres domésticos, não são poupadas durante a gravidez (Madi et al, 2009, p.71). Também cabe sublinhar que os bolivianos buscam o quanto antes ter um filho no Brasil, pois isso significa a regularização de sua situação migratória (Salcedo-Barrientos, Caldas, 2012, p.53).

[...] E tem muitas gestantes. Eu fiz meu censo e estou, minha média é ao redor de 50 gestantes que eu acompanho aqui, normalmente de 60 a 70% são bolivianas...então tem bastante.[...]. (PS2)

Eu queria formar uma família, ter filhos, só isso. Porque que ele fica mais tempo aqui. Só isso era o objetivo, ter, nascer um filho, mas agora volta pra Bolívia. (UB2)

[...] a questão das gestantes, a gente ainda tem dificuldade de fazer um pré-natal mais precoce do que a gente gostaria, porque também, quando muitas delas chegam já em idade gestacional avançada, então você não consegue fazer isso.[...]. (PS1)

5.8.7 Doenças sexualmente transmissíveis

Outra questão relevante são as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) entre os bolivianos, de difícil manejo pela EqSF. Sobre essa questão, Salcedo-Barrientos e Caldas (2012, p. 49) ressaltam o fato de que a prevenção de DSTs torna-se mais difícil, quando o contexto envolve questões de gênero, cultura e valores morais. As questões de gênero que caracterizam a sociedade, pautadas nos valores de poder masculino e condição de subalternidade feminina, dificultam a aceitação da necessidade de prevenir-se. Muitos homens não aceitam a prevenção e o tratamento, e a mulher, por não querer passar a ideia de infidelidade, acaba por aceitar a imposição do parceiro.

[...]E tem alguns hábitos, algumas coisas que chamam atenção em relação à sexualidade, que a gente vê rapazes que não têm relacionamento sexual, e a gente vê moças que também não têm essa preocupação. Não vivem isso. Chegam aqui, quando a gente vai conversar sobre algum assunto em relação à sexualidade, você nota que tem uma certa diferença do brasileiro para o boliviano, chama atenção. Já até discutimos isso em reuniões com o NASF, de questões relacionadas à dificuldade de sexualidade, tudo mais.[...]. (PS2)

Questões de gênero também estão presentes quando tratamos do planejamento familiar, com o homem boliviano tendo papel fundamental na definição do método anticoncepcivo.

5.9 As “prioridades do PSF” e as necessidades de cuidado dos bolivianos

Os principais documentos oficiais que tratam do PSF (Brasil, 1994, 1997, 1999, 2001b, 2006, 2012; Costa Neto, 2000) apontam para a proposta de mudança de conteúdo das práticas e da forma de organização do processo de trabalho, com ações criativas baseadas em um diagnóstico da realidade vivida em um determinado território sob os cuidados do PSF; com o planejamento de ações, organização horizontal do trabalho e compartilhamento do processo decisório.

Dessa forma, haveria uma adequação permanente das práticas às necessidades e aos problemas de saúde da população, tendo como referência a possibilidade de conjugar ações voltadas ao controle de determinantes, riscos e danos (promoção, prevenção e assistência (Teixeira, 2006a, p. 42).

A última Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), datada de 2012, também ressalta a adequação à realidade local como uma das características do processo de trabalho das EqSF.

I - Definição do território de atuação e de população sob responsabilidade das UBS e das equipes;

II - Programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população, com a priorização de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência. Inclui-se aqui o planejamento e organização da agenda de trabalho compartilhado de todos os profissionais e recomenda-se evitar a divisão de agenda segundo critérios de problemas de saúde, ciclos de vida, sexo e patologias, dificultando o acesso dos usuários; (Brasil, 2012, p. 40-41).

Entretanto, uma dicotomia se instala quando esses mesmos documentos oficiais propõem para o PSF um *modus operandi* marcado pela obrigatoriedade de atender “prioridades”, previamente determinadas por diretrizes centralmente definidas pelo Ministério da Saúde. Essa face do PSF, com forte caráter prescritivo e normatizador, enfraquece sua potência transformadora e inovadora (Ribeiro et al., 2004, p. 441; Franco, Merhy, 2006, p.106).

A definição das prioridades de intervenção estão na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/2001), entendidas como áreas de atuação estratégica mínimas para a habilitação na condição de gestão plena da Atenção Básica Ampliada, e são elas: o controle da Tuberculose, a eliminação da Hanseníase, o controle da Hipertensão Arterial e da Diabetes Mellitus, a saúde da criança, a saúde da mulher e a saúde bucal (Brasil, 2001a, p.2)

Esta dicotomia também é evidenciada na gestão municipal da saúde da cidade de São Paulo, em seu Documento Norteador (São Paulo, 2005, p. 11-12), que indica inicialmente que as necessidades de saúde da população determinarão a organização do serviço da Unidade e o planejamento das ações. Contudo, a definição das prioridades também está presente nesse documento, quando estabelece que as consultas médicas e de enfermagem devem contemplar: pré-natal, tuberculose, hipertensão arterial, tuberculose e puericultura, considerando os protocolos preconizados para cada prioridade (São Paulo, 2005, p.19). Portanto, há um cardápio predefinido de consultas médicas e de enfermagem .

Segundo Friedrich e Pierantoni¹⁴⁹ (2006, p. 88-89), a dimensão organizativa do processo produtivo das equipes de Saúde da Família se caracteriza pela realização de inúmeras atividades e pela intensa divisão de trabalho. As equipes prestam assistência por meio das atividades preestabelecidas, que são idênticas na maioria das equipes. Há uma ausência de políticas programáticas efetivas, de acordo com a realidade das áreas de abrangência de cada equipe. O processo produtivo é organizado de forma parcelada, fragmentada e isolada. Portanto, segundo esses autores, o modo como se organiza o processo produtivo das equipes na ESF apresenta sérias contradições entre o propósito dessa estratégia e a demanda dos usuários.

Por fim, a ESF, embora tenha apresentado uma expansão à nível nacional, se defronta com o grande desafio de afirmar-se como estratégia estruturante dos sistemas municipais, sobretudo nos grandes centros urbanos. Com relação a essa questão Gil (2006, p.1179) comenta:

Vive, com isso, um paradoxo: ao mesmo tempo em que cresce, desvenda importantes fragilidades inerentes a processos de mudança. Em relação às práticas profissionais, estas não conseguem atender adequadamente as novas necessidades de prestação dos cuidados de saúde (integralidade, visão ampliada do processo saúde-doença, formação de vínculos, abordagem familiar, trabalho em equipe). O mesmo ocorre em relação à gestão do sistema (lógica quantitativa da produção, rigidez nos processos de trabalho, fixação das equipes, normatização excessiva, baixa capacidade de inovação gerencial, grande dependência dos serviços secundários, referência e contra-referência).

¹⁴⁹ Estes autores realizaram essa pesquisa qualitativa com equipes da ESF, em Juiz de Fora, em 2003 e 2004. No período de realização da pesquisa, a estratégia de Saúde da Família em Juiz de Fora possuía 80 equipes credenciadas no Ministério da Saúde (MS), que cobriam 42% do município.

Evidentemente, não se desconsidera a necessidade de definir linhas gerais de ação; no entanto, o grande perigo é quando as metas referentes ao cumprimento das prioridades programáticas se transformam em metas únicas e exclusivas, sem que haja espaço para identificar e propor ações voltadas para as necessidades e as demandas do território. Um cardápio limitado de oferta de serviços levará a uma dificuldade de acesso. As verdadeiras prioridades devem ser reconhecidas e estabelecidas a partir da interação dos profissionais de saúde com o território, com todas as facetas que ele contém (Escorel et al., 2007, p.173).

No caso dos imigrantes bolivianos no Bom Retiro, não podemos esquecer que acumulam a condição de moradores e trabalhadores, o que nos remete à necessidade de uma ampla discussão sobre as relações trabalho-saúde-doença (Silva et al., 2011). Com relação a isso, não encontramos, nos documentos oficiais do programa, qualquer discussão sobre a saúde do trabalhador. Essa questão é apontada por Ianni e Quitério (2004, p. 86), abordando o trabalho que a EqSF desenvolve junto aos imigrantes bolivianos em suas oficinas.

O PSF Barra Funda tem se preocupado com essa população e está desenvolvendo atividades para avaliar a capacidade da equipe na prevenção dos riscos de saúde de cerca de 250 imigrantes [bolivianos] cadastrados no programa. A coordenadora da equipe justifica a importância do projeto esclarecendo que o PSF não contempla a saúde do trabalhador.

Podemos identificar, nas falas dos trabalhadores de saúde da USF do Bom Retiro, a percepção de que o cardápio de prioridades não é suficiente para

contemplar as demandas e as necessidades dos imigrantes bolivianos que buscam o serviço.

Eu tenho pensado muito em necessidade em saúde quando eu começo a ver que eu não tenho agenda, eu não tenho espaço para atender a demanda, quer dizer, as pessoas que procuram pelas necessidades de saúde, que elas acham. Aí eu vou perguntar, e existe um discurso que a preferência é para os programas para hipertensos, para os diabéticos, para as gestantes, para as crianças menores de um ano, e não sei o quê, que são “as prioridades”. A necessidade da população é muito mais ampla, é muito maior que só esses programas, e eu acho que é minha função também atender essas necessidades. Então eles vêm com queixas, inclusive de especialidade [...] O cara que tem vinte e um anos que não tem pressão alta e não tem diabete, esse cara o programa não inclui. Não encaixa no cardápio e ele me procura, e eu tenho que atender, e ele tem uma necessidade, seja ela qual for. [...]. Então eu me surpreendo com algumas muito interessantes, como ejaculação precoce. Um moço com vinte anos, tá querendo casar e tem uma dúvida. Então é essa população que dá o tom no cardápio e é desassistida. Se você for levar ao pé da letra, eu poderia muito bem chegar e cortar todo mundo, e só me ater ao que o programa faz. (PS2)

Por outro lado, identifica-se, nas falas dos bolivianos, a incorporação do entendimento de que essa Unidade pode ser utilizada para atendimentos programáticos, sobretudo para puericultura e pré-natal. E que, quando se tratar de quadros agudos, que se caracterizaram por demandas espontâneas, deverão buscar outro serviço.

Quando fico doente vou direto para AMA¹⁵⁰ da Barra Funda.[...] Só uma vez fui a uma clínica particular. Mais comum ir para AMA, AMA da Barra Funda.[...] Só uso o posto pra pré-natal e controle de crescimento de meu filho. Porque emergência eles não atendem aí. (UB2)

¹⁵⁰A AMA (Assistência Médica Ambulatorial) é uma Unidade que absorve a demanda de baixa e média complexidade, com oferta de atendimento médico imediato, sem um agendamento prévio, garantindo o encaminhamento do paciente para níveis de maior complexidade, quando necessário.

Quando eu ficava doente aqui, antigamente, como eu era solteiro, tinha oficina, então sempre as consultas, ia no particular, não eram muito caro como agora. Frequentava a Beneficência Portuguesa, pagava a consulta. Sempre fui na Beneficência Portuguesa, depois agora consulta muito caro, então sempre vou lá no AMA, que apareceu um atendimento rápido, é bom também.[...] Agora comecei usar o posto do Bom Retiro com meu filho que faz acompanhamento do crescimento, e depois minha esposa engravidou e aí ela fez consulta pré-natal no posto de saúde. Daí que comecei a usar posto de saúde do Bom Retiro. (UB1)

[...] eu só passava [no posto do Bom Retiro] mais frequente quando eu estava grávida.[...] Tive consulta [no pré natal] por 2 ou 3 meses, mais depois fui para a Bolívia. Depois meu pai ficou doente lá na Bolívia e eu tinha que cuidar e também fiquei lá. Voltei quando ele estava bem. [...] O parto foi na Beneficência Portuguesa.[...] Passaram na minha casa [quando voltou para a casa após alta do Hospital], onde morava. Eu tive uma visita [no domicílio pela enfermeira][...] sim. Eu levei sim. Depois eu levei [a bebê na consulta] até 10 meses, eu acho. Era mensal, mensal [a consulta]. (UB3)

Contudo, apesar dessas dificuldades, o modelo do PSF permite uma maior interação com os imigrantes bolivianos do que o modelo tradicional de UBS, como observou Carneiro Jr (2006, p.36), ao estudar o Centro de Saúde da Barra Funda, Unidade de Saúde localizada no bairro da Barra Funda, vizinho do Bom Retiro, que, a partir de 2001¹⁵¹ teve a implantação do PSF. Esse autor constatou que um maior número de imigrantes bolivianos passou a usar o serviço, a partir da implantação do PSF, quando comparado com o período anterior, quando a Unidade funcionava sob a lógica do modelo da Programação em Saúde.

O vínculo dos imigrantes bolivianos com a USF do Bom Retiro expressa-se nas falas em que manifestam o desejo de poder recorrer a ela em quadros agudos, por

¹⁵¹ A USF do Bom Retiro e o Centro de Saúde Escola da Barra Funda tiveram a implantação do PSF na mesma ocasião, novembro de 2001. E, apesar de não haver nenhuma pesquisa abordando a utilização da UBS do Bom Retiro pelos imigrantes bolivianos quando a mesma funcionava sob a lógica da Programação em Saúde, parece muito importante o achado de Carneiro Jr (2006).

entenderem que, como têm um acompanhamento nesse serviço, o cuidado que receberão será mais efetivo.

Antigamente o posto nos atendia assim...alguma emergência...assim...alguém atendia..tinha um lugar assim de emergência. Mas agora não quer atender mais [...] Como eles nos conhecem, uma vez levei meu filho porque estava um pouco resfriado, assim com catarro. Ele estava tossindo, queria que a médica fizesse uma receita pra mim, pra ele soltar o catarro. [...] Trouxe meu filho aqui no posto, porque ela já conhece, já acompanha o crescimento. Mais aí, eles não quiseram atender. Disseram que não podia atender, para isso tinha AMA. E aí nós fomos pra AMA. Seria mais assim.como a médica acompanha ele, então seria mais fácil de receitar o que ele precisa, só isso. (UB1)

Apesar de os documentos oficiais, inclusive o mais recente, que é o PNAB de 2012, sinalizarem para a responsabilidade do PSF em atender as urgências que constituem as demandas espontâneas dos usuários de seu território, esse constitui um nó crítico, pois falamos de equipes sobrecarregadas: pelo número excessivo de usuários cadastrados; por um nível secundário que funciona como um gargalo e compromete toda estrutura, organização e funcionamento do PSF; e por territórios de graus acentuados e variados de vulnerabilidade. Vejamos o caso da USF do Bom Retiro, localizada em um bairro onde aproximadamente 70 mil pessoas transitam diariamente, entre trabalhadores do comércio de roupas e transeuntes. Tudo isso, somado à diversidade de grupos sociais existentes em sua área de abrangência, resulta em grande sobrecarga.

O estudo de Dalmaso (1996) constatou que as urgências constituem uma demanda (reprimida) muito frequente nas unidades básicas de saúde. Outros autores (Merhy, Franco, 2006; Trad et al., 2002) lembram que, sobretudo no PSF, a falta

desse serviço constitui um dos principais motivos de insatisfação dos usuários. Dessa forma, os usuários procuram o serviço de saúde em situação de sofrimento agudo e, quando a Unidade Básica não responde às suas necessidades, desembocam nos serviços de pronto atendimento e pronto-socorros, lotando-os com demandas consideradas “simples”, que poderiam ter sido resolvidas no nível básico da atenção (Merhy, Franco, 2006; Cohn et al., 2002; Cecílio, 1997). O PSF, como uma estratégia de viabilização do acesso de pessoas com complexas necessidades sociais às ações e aos serviços de saúde, revelou-se uma porta de entrada estreita (Azevedo, Costa, 2010, p.806, 807; Elias et al.¹⁵², 2006).

A fala da EqSF demonstra a situação de sobrecarga em função da densidade do território.

Eu conto que aqui é um lugar que tem muito imigrante, então nós temos coreano, chinês, boliviano, italiano não vejo muito, não. Mas tem pouquíssimo argentino, e tem muito paraguaio também. É um bairro que tem uma demanda muito grande. Porque nós temos bastante trabalhadores, e o posto não é um PSF, não funciona como um PSF. Aqui eu acho que funciona mais como um pronto atendimento, porque as pessoas passam mal no trabalho, corta um dedo, tudo correm para cá, e a gente tem que dar os primeiros socorros.[...]. A demanda é muito grande, aqui o espaço é muito pequeno para atender esse povo todo. Aqui deveria ter um espaço maior, o pessoal passa mal, não tem onde colocar, é muito pequeno mesmo, não tem um suporte. Às vezes, só tem um médico na Unidade, às vezes, só tem uma enfermeira na Unidade, e a enfermeira tem que se desdobrar. É um bairro comercial, então, além do pessoal que trabalha, você tem o pessoal que mora. Você tem que dar um atendimento igual, não tem que haver diferenças. Todo lugar tem tumulto, todo lugar tem. Eu acho assim, a nossa área já não é mais só o Bom Retiro, porque a gente abrange muito mais além do Bom Retiro. (PS4)

¹⁵² Elias et al. (2006), comparando o PSF e a UBS (Unidade Básica de Saúde) na cidade de São Paulo, a partir da avaliação de usuários, gestores e profissionais, identificaram que a acessibilidade foi considerada a pior dimensão da atenção básica nos dois modelos.

Os imigrantes bolivianos¹⁵³ identificam o serviço de saúde como o primeiro lugar a recorrer, quando precisam de cuidado. Nesse caso, soma-se também o fato de que o vínculo estabelecido com o serviço permite que não se sintam ameaçados em função de sua frequente condição irregular no País.

Porque tanto um quanto o outro sabe que a salvação dele, vamos falar assim, está na Unidade. Então, quando ele está passando mal, naquela hora, nem o boliviano, nem o coreano pensa que tem que ir no pronto socorro, tem que ir no hospital. Não, a primeira coisa que passa na cabeça é que tem um posto de saúde, e lá está a salvação dele. Então isso aí também dificulta um pouco o trabalho da equipe médica. Porque nós somos uma Unidade Básica e, embora todo dia a gente bata na tecla: “quando você estiver passando mal, não adianta vir na Unidade, não temos material, não temos equipamento, tem que ir no pronto socorro, no AMA”. Mas não, na hora que começa chegar a doença, a coisa que está na cabeça é a UBS. E isso aí mostra o grau de confiança que a equipe da UBS criou dentro do bairro. (PS6)

Em função da grande sobrecarga, as falas sobre a demanda espontânea são ambivalentes, com algumas sinalizando a necessidade de a população procurar o AMA para quadro agudos e, por outro lado, a disponibilidade de acolhimento.

O posto, por conta de ser um PSF, tem o pré-natal, tem a puericultura, tem o exame complementar de doença crônica, tem o acolhimento. E o boliviano, quando usa esse serviço, vem fazer um pré-natal, uma puericultura. Você percebe que o boliviano adere mais a algumas propostas. É pela confiança, porque, ao longo do tempo, eles vão tendo confiança no nosso trabalho [...]

¹⁵³ O sistema de saúde boliviano se organiza em quatro subsectores: público, de seguros sociais, privados e de medicina tradicional. A fragmentação e segmentação do sistema estão entre os principais problemas do sistema, pois gera desigualdades no acesso aos serviços de saúde. Segundo um estudo da Organização Panamericana de Saúde e a Organização Mundial da Saúde em 2004, mais de 77% da população boliviana está excluída de alguma maneira dos serviços de saúde (Giovanella et al., 2012, p.178).

Ele acaba tendo a confiança na gente, e aí, sim, a gente consegue até fazer intervenção. Porque ele sabe que, quando eles precisam, eles vão vir aqui, eles vão procurar a enfermeira, eles vão procurar o médico, o auxiliar e o agente e eles vão estar para ajudar. (PS3)

Segundo Marsiglia et al. (2005), a implantação do PSF na região central da cidade de São Paulo, onde há diversos grupos populacionais, vai requerer a organização de diferentes práticas de saúde que permitam a garantia da assistência. Para isso, torna-se necessário reformular os processos técnico-assistenciais no interior dos serviços. Estes autores apontaram para a importância da organização do Sistema Único de Saúde, particularmente no que se refere à garantia da equidade no acesso aos serviços e às ações de saúde, visando à diminuição das desigualdades sociais e de saúde. É nessa perspectiva que o PSF constitui uma forma particular de estratégia de ações em saúde, que pode ser dirigida aos grupos populacionais em situação de exclusão social em áreas metropolitanas, sendo adaptado para essa finalidade. Nesse sentido, assinalamos a importância da dinâmica dos atores sociais, especialmente daqueles que são os sujeitos das ações no cotidiano assistencial, que têm o potencial de reconstruir teorias, normas e prescrições tecno-burocráticas (Conill, 2008, p.S13). São esses sujeitos, que, apesar de normatizações ministeriais, aditivadas por prescrições da gestão municipal, atuam nas USF, como a do Bom Retiro, praticando cotidianamente o cuidado de seus usuários. As EqSF transitam num ideário permeado de contradições, espaço de luta no qual os vários projetos dos atores sociais em cena, divergem e convergem (Bertoncini, 2000, p.67).

6 Considerações Finais

Esta dissertação de mestrado tratou da relação entre os imigrantes coreanos e bolivianos residentes no Bom Retiro e os profissionais de um serviço de atenção primária à saúde, funcionando sob a lógica do PSF. Tal como aponta a literatura, por si só, um estudo tendo como objeto um PSF implantado no bairro do Bom Retiro, no centro da cidade de São Paulo, remete obrigatoriamente à reflexão sobre as potencialidades e as dificuldades dessa estratégia em grandes centros urbanos. Além disso, as particularidades desse bairro – um microcosmo social por excelência –, marcado atualmente pela forte presença de imigrantes coreanos e bolivianos, exigiu, de fato, que a EqSF buscasse desenvolver suas competências para lidar com essa realidade. Embora existam estudos sobre esses dois grupos de imigrantes na cidade de São Paulo, esta foi a primeira reflexão através da lente do PSF, contribuindo para o entendimento da dinâmica desses grupos no Bom Retiro e do modo como se dá a interação entre eles e o PSF.

Ao reconstituirmos historicamente a formação do Bom Retiro, inspirados em Ginzburg, foi possível identificar como se estabeleceu uma circularidade de vivências entre os diversos grupos étnicos ligados à sua formação e suas particularidades, para entendermos como o particular e o geral se entrelaçam, formando um tecido social de complexidade particular nessa área central da cidade de São Paulo. Tendo em vista que o PSF tem, com seu território de atuação, uma relação de muita proximidade, essa abordagem ampliou a compreensão sobre o modo como se deu a inserção dos coreanos e dos bolivianos no bairro; sua relação de

complementaridade, mediada pela cadeia de comércio de roupas; e os interesses macroeconômicos envolvidos nessa estrutura. A partir dessa perspectiva, evitamos uma abordagem baseada na vitimização dos imigrantes bolivianos e na representação social dos imigrantes coreanos como seus exploradores implacáveis.,

Para isso, abordamos historicamente os modelos da organização tecnológica praticados em saúde em São Paulo e seu reflexo no bairro do Bom Retiro, partindo do final do século XIX e chegando ao PSF do Bom Retiro em 2001, evidenciando que essas diversas formas de organização recorreram, em cada contexto, a tecnologias diversas e, por isso, puderam sofrer transformações em perspectivas históricas variadas, perdendo significados substantivos originais e assumindo outros sentidos, como bem nos ensinou Mendes-Gonçalves (1994, p.113). Portanto, a permanência de algumas técnicas ao longo do tempo deve ser contextualizada, para entendermos o seu uso. Sendo assim, o PSF tem, na sua relação com o território, a base para sua atuação, com uma cartografia definida por uma adscrição de clientela e pelo uso do ACS como grande vigilante dessa área, inclusive sendo, obrigatoriamente, morador do bairro. Há nesse modelo um vestígio de um esquadramento do espaço, típico do modelo higienista do final do século XIX.

O PSF tem, sabidamente, um forte caráter prescritivo, com normatizações definidas em nível ministerial. Apesar disso, a EqSF do Bom Retiro, ao estabelecer vínculo com a comunidade, promoveu a flexibilização da lógica cartográfica do PSF, pois adequou-se à territorialidade própria dos imigrantes bolivianos no bairro. Nesse sentido, a incorporação do ACS boliviano teve grande importância na aproximação entre o serviço e os usuários bolivianos, facilitando o acesso às oficinas de costura e o entendimento do seu dia a dia e ampliando a compreensão da produção

social do processo saúde-doença. Do mesmo modo, o seu forte caráter programático, resquício do modelo de Programação em Saúde, compete com a proposta de delinear ações a partir da realidade do território e estabelece um paradoxo com o qual a EqSF se defronta cotidianamente.

Um grande desafio se apresenta, quando temos os imigrantes bolivianos organizados em oficinas de costura, local que conjuga trabalho e moradia, e também com intensa movimentação no território, com mudanças frequentes de uma oficina para outra. Essa conjugação de trabalho e moradia é vestígio de uma prática usual no bairro do Bom Retiro desde o início do século XX, quando as pequenas indústrias artesanais eram instaladas no mesmo espaço da moradia ou em um espaço adjunto a ela, onde trabalhavam membros da própria família. Esse cenário impôs uma reflexão sobre os princípios operacionais do PSF, sobretudo com relação à adscrição de clientela residente no território.

Os bolivianos estão muito presentes no dia a dia do serviço, enquanto sua presença nas ruas do bairro é mais tímida, sobretudo porque trabalham e moram nas próprias oficinas de costura. Este estudo sugere que o PSF pode proporcionar um conhecimento mais apurado sobre os imigrantes bolivianos na cidade de São Paulo, trazendo maior visibilidade e reconhecimento na relação com o serviço, como um meio de construir outras identidades. Dessa forma, a USF do Bom Retiro passa a fazer parte da rede de conversação que essa comunidade construiu no bairro e recorre a várias estratégias para implementar a comunicação com eles, tais como: a contratação de ACS bolivianos, que também participam das atividades de prevenção e promoção da saúde, realizadas, muitas vezes, nas próprias oficinas; a criação de material educativo em espanhol; a utilização das rádios bolivianas, muito ouvidas

pelos imigrantes bolivianos, enquanto trabalham nas oficinas, como veículo de comunicação; e o reconhecimento da importância de espaços localizados no centro da cidade, nos quais os bolivianos buscam convivência e identidade de grupo, como a feira Kantuta, que ocorre aos domingos em bairro próximo ao Bom Retiro.

Consideramos, porém, que a aproximação do PSF aos imigrantes coreanos do Bom Retiro constitui um desafio para esse serviço, pois cria vulnerabilidades e necessidades de cuidados bastante específicas, que precisam ser mais bem identificadas, para ser possível traçar estratégias que permitam ao PSF “enxergar” com outros olhos os coreanos de várias gerações que ali estão. Coreanos que são facilmente vistos circulando pelas ruas do bairro, no entanto são pouco visíveis no dia a dia do PSF. A EqSF identificou a necessidade de estratégias para melhorar a divulgação, entre os coreanos, sobre o funcionamento e os recursos da Unidade; recorreu também a estratégias lúdicas para melhorar a adesão às prescrições médicas por parte dos coreanos.

A dificuldade de comunicação com esses imigrantes se inicia com a inegável dificuldade da língua, e, para superar isso, a EqSF estimula que compareçam às consultas acompanhados de familiar que compreenda português; e, por algum período, contaram com uma coreana que voluntariamente auxiliava nessa questão. Sugerimos que a incorporação de coreanos para intermediar a comunicação tome um caráter formal, com a incorporação desse profissional ao serviço, e que ele desempenhe uma função que ultrapasse o papel de mero facilitador ou tradutor: que também tenha uma ação matricial sobre a EqSF, possibilitando-lhe compreender melhor as particularidades da cultura e do temperamento coreano, uma vez que as dificuldades comunicacionais vão além da questão da língua.

Os coreanos têm uma relação de maior permanência no bairro do Bom Retiro, onde, ao longo dos anos, consolidaram um ambiente bastante acolhedor para essa comunidade, que conta com ampla rede de comércio destinado a atender às suas necessidades, sendo possível prescindir de falar português. Isso tornou o Bom Retiro o bairro com maior concentração de idosos coreanos na cidade de São Paulo, pois esses têm a tendência de ali permanecer ou para ali retornar à medida que envelhecem. Notamos reflexos desse fato no dia a dia do PSF do Bom Retiro, que identifica as doenças crônico-degenerativas como prevalentes entre os coreanos que buscam o serviço – usuários idosos, de modo geral –, o que também determina a grande dificuldade na comunicação, pois a grande maioria desses idosos não fala português.

A qualidade da comunicação entre os trabalhadores da saúde e os imigrantes bolivianos e coreanos no Bom Retiro é, certamente, influenciada pelo idioma e pela cultura; mas também não nos podemos esquecer de que as representações sociais que permeiam o ideário nacional poderão influenciar os trabalhadores da saúde e instituir “ruídos” nessa comunicação. É essencial estar atento a essas questões, para que sejam objeto de reflexão por parte da EqSF e dos gestores dos serviços de saúde. No caso do Bom Retiro, uma diversidade de grupos ocupa o seu território, com uma polifonia de vozes que falam diversos idiomas, e entre eles estão os coreanos e os bolivianos, que, ao se aproximarem da Unidade, entram em contato com uma fala institucional que dita as normatizações do PSF. Há, no entanto, um esforço, por parte da equipe de saúde, para rompê-las e atender às diferentes necessidades de cuidado aos imigrantes.

É essencial reconhecer a intensa “vigilância” que o PSF propõe sobre o território, porém devemos ter o cuidado de não dogmatizá-lo aprioristicamente. Essa atitude poderá impedir o reconhecimento das potencialidades desse programa, quando a realidade do território se sobrepõe às normatizações ministeriais e revela experiências criativas. Apesar de a gestão do PSF, no que tange a sua organização, ter alto grau de normatividade na sua implementação, é no dia a dia que a EqSF se defronta com as mais diversas realidades em seus territórios, com novas situações de vulnerabilidade próprias do contexto urbano e pode identificar que aquela normatização é insuficiente e fazer uso de um saber gerado por um olhar mais integral, propondo as mais variadas estratégias para melhorar a interação entre o serviço e os usuários.

Ficou claro que os profissionais de saúde da USF do Bom Retiro são obrigados, diariamente, a colocar em xeque sua competência cultural; sua capacidade de perceber a diversidade de populações em seu território e desenvolver conhecimentos capazes de estabelecer nexos de compreensão e interação, habilidade primordial em áreas como o Bom Retiro. Ressaltamos que a conjuntura contemporânea de incremento dos movimentos migratórios internacionais no cenário mundial tornará cada vez mais comum que os serviços de saúde e, sobretudo, de Atenção Primária à Saúde, porta de entrada do sistema de saúde, se deparem com usuários imigrantes. É claro o protagonismo da EqSF do Bom Retiro, no sentido de compreender esse território e as particularidades desses dois grupos de imigrantes, coreanos e bolivianos, propondo estratégias de superação.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS¹⁵⁴

Aguiar ALO. *Os bolivianos na periferia de Guarulhos*. XIV. Congresso Brasileiro de Sociologia; 2009 jul 28-31; Rio de Janeiro; Brasil. [citado 02 ago. 2010]. Disponível em: http://www.sbsociologia.com.br/portal/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=2571&Itemid=171.

Aguiar DS. *A “Saúde da Família” no Sistema Único de Saúde: um novo paradigma?* [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 1998.

Almeida C. Novos modelos de atenção à saúde : bases conceituais e experiências de mudança. In: Costa NR, Ribeiro JM, organizadores. *Política de Saúde e Inovação Institucional: uma agenda para os anos 90*. Rio de Janeiro: Secretaria de Desenvolvimento Educacional/ENSP; 1996. p.69-98.

Almeida CM. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendência de mudança. *Ciência & Saúde Coletiva*. 1999; 4(2):263-286.

Almeida M. *República dos Invisíveis: Emílio Ribas, Microbiologia e Saúde Pública em São Paulo (1898-1917)*. São Paulo: Editora Universitária São Francisco; 2003. 370p.

Alves US. *Imigrantes bolivianos em São Paulo: a praça Kantuta e o futebol* [tese]. Campinas, SP: Faculdade de Educação Física da Universidade Estadual de Campinas; 2011.

_____. Imigrantes bolivianos em São Paulo: a praça Kantuta e o futebol. In: Baeninger R, organizadora. *Imigração Boliviana no Brasil*. Campinas: Núcleo de Estudos de População-Nepo/Unicamp; Fapesp; CNPq; Unfpa; 2012. p.231-256.

Araújo IS, Cardoso J. Circulação Polifônica: comunicação e integralidade na saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção social da demanda à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: CEPES/UERJ: ABRASCO; 2010. p.241-254.

¹⁵⁴ De acordo com o Estilo Vancouver

Ayres JRCM. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática. *Interface (Botucatu)*. 2000; 4(6):117-120.

_____. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface. Comunicação, Saúde e Educação*. 2004a; 8(14):73-92.

_____. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*. 2004b;13(3):16-29.

Azevedo ALM, Costa AM. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. *Interface. Comunicação, Saúde, Educação*. 2010; 14(35):797-810.

Baptista TWF, Fausto MCR, Cunha MS. Análise da produção bibliográfica. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2009; 19(4):1007-1028.

Berridge V. History in Public Health: a new development for History? *Hygea internationalis*. 1999; 1(1):23-36.

_____. History in Public Health: Who needs it? *The Lancet*. 2000; 356:1923-1925.

Berridge V, Gorsky M. The importance of the past in public health [editorial]. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2004; 58:728-729.

Bertoncini JH. *Da intenção ao gesto – uma análise da implantação do Programa de Saúde da família em Blumenau* [dissertação]. Florianópolis: Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina; 2000.

Bertucci LM. *Saúde: arma revolucionária*. Campinas: Centro de Memória, Unicamp; 1997. 232p.

Bonfim JRA, Bastos S, organizadores. *Walter Sidney Pereira Leser. Das análises clínicas à Medicina Preventiva e à Saúde Pública*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2009. 389p.

Bordieu P. Compreender. In: Bourdieu P, coordenador. *A miséria do mundo*. Petrópolis, RJ: Vozes; 2011. p.693-713.

Borges H, Martins A. Migração e sofrimento psíquico do trabalhador da construção civil: uma leitura psicanalítica. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2004; 14(1):129-146.

Braga JCS, Paula SG. *Saúde e Previdência: estudos de política social*. São Paulo: Cebes-Hucitec; 1981. 226p.

Brasil. Ministério da Saúde. *Programa de Saúde da Família: saúde dentro de casa*. Brasília: Ministério da Saúde; 1994. 20p.

_____. Ministério da Saúde. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília: Ministério da Saúde; 1997. 36p.

_____. Ministério da Saúde. *Manual para a organização da atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência a Saúde; 1999. 40p.

_____. Ministério da Saúde. Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS – SUS 01/2001. Portaria nº 95 de 26 de janeiro de 2001(a).[citado 10 nov 2012].Disponível em:
http://www.ucg.br/ucg/institutos/nepss/arq_doc/noas_sus2001.pdf.

_____. Ministério da Saúde. *Guia Prático do Programa Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde; 2001(b). 67p.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica estabelecendo a revisão das diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários (PACS).[Citado 9 set 2012].

Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Diário oficial da República Federativa do Brasil; 2008.

_____. Ministério de Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, 2012. 108p.

_____. Ministério da Saúde. População coberta pelas Equipes de Saúde da Família. Departamento de Atenção Básica – DAB.[Citado 16 out 2012]. Disponível em: <http://189.28.128.178/sage/>.

Bruno ES. *História e tradições da cidade de São Paulo: Metrópole do Café (1872-1918)*. São Paulo de agora (1918-1954). 2a ed. São Paulo: Livraria José Olympio Editora; 1954. vol. III, 1541p.

_____. *História e tradições da cidade de São Paulo: burgo dos estudantes (1828-1872)*. 4a ed. São Paulo: Hucitec;1991. vol.II, 895p.

Buechler S. Sweating it in the brazilian garment industry: bolivian workers and global economic forces in São Paulo. *Latin American Perspectives*. 2004; 3:99-119 [citado 15 jan 2011]. Disponível em : <http://lap.sagepub.com/content/31/03/99>.

Cacciamali MC, Azevedo FAG. Entre o tráfico humano e a opção da mobilidade social: a situação dos imigrantes bolivianos na cidade de São Paulo. In: Cerqueira GC, Figueira RR, Prado AA, Costa CML, organizadores. *Trabalho escravo contemporâneo no Brasil: contribuições críticas para sua análise e denúncia*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ; 2008. 352p.

Caetano R, Dain S. O Programa de Saúde da Família e a reestruturação da atenção básica nos grandes centros urbanos: velhos problemas, novos grandes desafios. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2002; 12(1):11-21.

Camargo MDBD. *São Paulo moderno: açúcar e café, escravos e imigrantes. In: Setubal MA, coordenador. A formação do Estado de São Paulo, seus habitantes e os usos da terra. Coleção Terra Paulista: histórias, arte, costumes. São Paulo: Cenpec/Imprensa oficial; 2004. v.1, p.105-155.*

Campos C. *São Paulo pela lente da higiene: as propostas de Geraldo Horácio de Paula Souza para a cidade (1925-1945). São Carlos: RIMA; 2002.157p.*

Campos CJG. Método de análise de conteúdo: ferramentas para análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2004; 57(5):611-614.

Campos FE, Belisário AS. O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. *Interface.- Revista da UNESP, Botucatu*. 2001; 5(9):133-142.

Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EE, Onocko RT, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Editora Hucitec; 1997. p.229-66.

Canguilhem G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense; 1978. 270 p.

Capozzolo AA. *No olho do furacão. Trabalho médico e o Programa Saúde da Família* [tese].Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 2003.

Carballo M, Nerukar A. Migration refugees, and health risks. *Emerging Infectious Diseases* [periódico na internet]. 2001; 7(7):556-560.[citado 02 jan 2012]. Disponível em: http://wwwnc.cdc.gov/eid/article/7/7/01-7733_article.htm.

Caregnato RCA, Mutti R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. *Texto & Contexto Enfermagem*. 2006; 15(4):679-84.

Carneiro Jr N. Organização de práticas de saúde equânimes em atenção primária em região metropolitana do contexto dos processos de inclusão e exclusão social. *Saúde e Sociedade*. 2006; 15(3):30-39

_____. A complexidade do centro da cidade de São Paulo na interface assistência social e saúde. In: Vannuchi AME, Silveira C, Carneiro Jr N, Marsiglia RMG. *Projeto de inclusão urbana: nós do centro. Metodologia de pesquisa e de ação para inclusão social de grupos em situação de vulnerabilidade no centro da cidade de São Paulo*. São Paulo: Fundação Arnaldo Vieira de Carvalho. Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; 2009. p.21-32.

Carneiro Jr N, Andrade MC, Luppi CG, Silveira C. Organização de prática de saúde equânimes em Atenção Primária em região metropolitana no contexto dos processos de inclusão e exclusão social. *Saúde e Sociedade*. 2006; 15(3):30-39.

Carneiro Jr N, Andrade MC, Mazziero M, Pinheiro RC, Souza N, Silva SM, Akerman M. A construção da equidade no acesso às políticas públicas: uma experiência de articulação intersetorial e interinstitucional na área central do município de São Paulo. *Revista de Administração Pública*. 2000 nov-dez; 34(6): 95-104.

Carneiro Jr N, Nogueira EA, Lanferini GM, Ali DA, Martinelli M. Serviços de saúde e população de rua: contribuição para um debate. *Saúde e Sociedade*. 1998; 7(2):47-62.

Carneiro Jr N, Silveira C. Organização das práticas de atenção primária em saúde no contexto dos processos de exclusão / inclusão social. *Caderno de Saúde Pública*. 2003; 19(6):1827-1835.

Carvalho JR, Marques MCC, Mota A. A Construção da Saúde Pública no Brasil do século XX. In: Rocha AA, Cesar CLG. *Saúde Pública: bases conceituais*. São Paulo: Atheneu; 2008. p.1-14.

Castro Santos LA. A reforma sanitária ‘pelo alto’: o pioneirismo paulista no início do século XX. *Dados – Revista de Ciências Sociais*. 1993; 36(3):361-92.

Castro Santos LA, Faria L. *Saúde & História*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2010. 328p.

Cecílio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Caderno de Saúde Pública*. 1997; 13(3):469-478.

_____. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco; 2006. p.115-128.

Certau M. *A inversão do cotidiano: 2. Morar, cozinhar*. 9a ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes; 2009. 372p.

Chauí M. *O que é ideologia*. 2a ed. São Paulo: Brasiliense; 2008. 123p.

Choi KJ. *Além do arco-íris: a imigração coreana no Brasil* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo; 1991.

_____. *Aspectos fonéticos – fonológicos do português falado por coreanos* [tese]. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo; 1996.

Chum H, Kim IH. Socioeconomic inequalities in preventive services among the elderly: results from medical checkup, cancer check, and BP check. *Journal of Preventive Medicine Public Health*. 2007; 40(5):404-410.

Cohn, A, Nunes E, Jacobi PR, Karsch US. *A saúde como direito e como serviço*. 3a ed. São Paulo: Cortez; 2002. 164p.

Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2008; 24(supl 1):S7-S27.

Cortez A. *Centros de Saúde de São Paulo* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública de São Paulo; 1926.

Costa, FG. *A tomada de consciência e o grupo focal na transformação das representações sociais do envelhecimento: uma pesquisa de intervenção* [tese]. Brasília: Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília; 2006.

Costa NR. O Banco Mundial e a política social nos anos 90 – a agenda para a reforma do setor saúde no Brasil. In: Costa NR, Ribeiro JM, organizadores. *Política de saúde e inovação institucional: uma agenda para os anos 90*. Rio de Janeiro: Secretaria de Desenvolvimento Educacional/ ENSP; 1996. p.13-29.

Costa RE. *Diretos Humanos e Saúde Intercultural: análise da estrutura do sistema de saúde boliviano e brasileiro para os povos indígenas* [tese]. São Paulo: Programa de Pós-Graduação em Integração da América Latina da Universidade de São Paulo; 2011.

Costa Neto MM. *Caderno de Atenção Básica_Programa Saúde da Família. Caderno 1. A implantação da Unidade de Saúde da Família*. Brasília, Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde; Departamento de Atenção Básica; 2000. 44 p.

Cross T, Bazron B, Dennis K, Isaacs M. *Towards a culturally competent system of care: a monograph on effective services for minority children who are seriously emotionally disturbed*. Washington DC: Georgetown University Child Development Center. National Technical Assistance Center for children's mental health; 1989. 90 p.

Cueto M. The origins of primary health care and selective primary health care. *American Journal Public Health*. 2004; 94(11):1864-1874.

Cymbalista R, Xavier IR. A comunidade boliviana em São Paulo: definindo padrões de territorialidade. *Cadernos Metrópole*. 2007; 17:119-133.

Cytrynowicz R. Instituições de assistência social e imigração judaica. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro. 2005; 12(1):169-84.

Dallegrave D, Boff C, Kreutz JA. Acupuntura e atenção primária à saúde: análise sobre necessidades de usuários e articulação da rede. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2011; 6 (21): 249-56.

Dalmaso ASW. Atendimento à demanda espontânea: pronto-atendimento e atividades programáticas. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB, organizadores. *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica*. São Paulo: Hucitec ; 1996. p.151-63.

Decca MAG. *A vida fora das fábricas: cotidianos operário em São Paulo (1920/1934)*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.135p.

Decol RD. *Imigrações urbanas para o Brasil: o caso dos judeus* [tese]. Campinas: Departamento de Sociologia do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas; 1999.

Dertônio H. *O bairro do Bom Retiro*. Coleção História dos bairros de São Paulo. São Paulo: editora Prefeitura de São Paulo; 1971. 86p.

Donnangelo MCF. *Medicina e Sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*. São Paulo: Pioneira; 1975. 174p.

Donnangelo MCF, Pereira L. *Saúde e Sociedade*. 2a ed. São Paulo: Livraria Duas Fronteiras; 1979. 124p.

Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn A, Kishima U, Escrivão Junior A, Gomes A, Bousquat A. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006; 11(3): 633-41.

Escorel S, coordenadora. *Avaliação da Implantação do Programa da Saúde da Família em dez centros urbanos: síntese dos principais resultados*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005 [citado 8 set.2012]. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05_0007_M.pdf.

Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Pan American Journal of Public Health*. 2007; 21(2):164-76.

Evaso AS. Considerações sobre um fragmento da metrópole em fragmentação: o Bom Retiro. In: Souza MA, organizadora. *Território brasileiro: usos e abusos*. Campinas:Edições territorial; 2003. p.258-82.

Faleiros SM. *Universalidade e políticas públicas: a experiência dos imigrantes no acesso à saúde* [dissertação]. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas. Escola de Administração de Empresas de São Paulo; 2012.

Fausto MCR. *Dos programas de medicina comunitária ao Sistema Único de Saúde: uma análise histórica da atenção primária na política de saúde brasileira* [tese]. Rio de Janeiro: Saúde Coletiva. Instituto Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2005.

Fee E, Brown TM. Why history? *American Journal of Public Health*. 1997; 87(11):1763-64.

Figuerola-Munoz JI, Ramon-Pardo P. Tuberculosis control in vulnerable groups. *Bull World Health Organ*. 2008; 86 (9):733-5.

Fina WM. *O bairro do Bom Retiro e seus primórdios*. São Paulo: Sangirard; 1976.17p.

Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisa qualitativa em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*. 2008; 24(1):17-27.

Franco T, Merhy EE. *Programa de Saúde da Família, PSF: contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecno-assistencial em saúde*. Campinas. São Paulo, 1999 [citado 7 ago 2011]. Disponível em: www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-14pdf.

Franco T, Merhy EE. PSF: Contradições e novos desafios. Conferência Nacional de Saúde on Line [citado nov 2011]. Disponível em: www.datasus.gov.br/cns.2002.

Franco T, Merhy E.E. O Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: Merhy E E, Magalhães Junior M, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS, organizadores. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano: o debate no campo da saúde coletiva*. 3a ed. São Paulo: Hucitec; 2006. p.37-54.

Freidenson M. A integração dos judeus em São Paulo. *Cadernos CERU*. 2006; 18: 179-195.

Freitas PT. *Imigração e experiência social: o circuito de subcontratação transnacional de força de trabalho boliviano para o abastecimento de oficinas de costura na cidade de São Paulo* [dissertação]. Campinas: Departamento de Sociologia do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas; 2009.

Friedrich DBC, Pierantoni CR. O trabalho das equipes de saúde da família: um olhar sobre as dimensões organizativas do processo produtivo, político-ideológico e econômica em Juiz de Fora. *Physis*. 2006; 16(1):83-97.

Fusco W, Souchaud S. Bolivianos no Brasil: inserção social e estratégias de união matrimonial. XIV CISO. Encontro de Ciências Sociais do norte e nordeste. Recife; 2009. 15p. [citado 01 jan 2012]. Disponível em: http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/oo/41/85/18/PDF/2009Fusco_SouchaudCisoExogamia.pdf.

Galetti R. Migração de estrangeiros no centro de São Paulo: coreanos e bolivianos. In: Patarra N, coordenadora. *Emigração e imigração internacionais no Brasil Contemporâneo. Programa interinstitucional de avaliação e acompanhamento das migrações internacionais no Brasil*. 2a ed. Campinas: Fundo de população das nações unidas (FNUAP); 1996. v.1, p.133-43.

Gambeta WR. *Soldados da Saúde: a formação dos serviços de Saúde Pública em São Paulo (1889-1918)* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo; 1988.

Geertz C. *A Interpretação das Culturas*. 1a ed.(reimpr.). Rio de Janeiro: LTC; 2012. 323p.

Gil CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde d família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*. 2006 jun; 22(6): 1171-81.

Ginzburg C. *O queijo e os vermes: o cotidiano e as idéias de um moleiro perseguido pela inquisição*. São Paulo: Companhia das Letras; 2006. 256p.

_____. *Mitos, emblemas, sinais*. 2a ed. São Paulo: Companhia das Letras; 2007. 281p.

Giovanella L, Feo O, Faria M, Tobar S, organizadores. *Sistemas de salud em Suramérica: desafios para la universalidad la integralidad y la equidad*. Rio de Janeiro: ISAGS; 2012. 852 p.

Glezer R. Visões de São Paulo. In: Bresciani S, organizadora. *Imagens da cidade: século XIX e XX*. São Paulo: Marco-Zero;1993. p.163-75.

Gomes MHA, Silveira C. Sobre o uso de métodos qualitativos em Saúde Coletiva, ou a falta que faz uma teoria. *Revista de Saúde Pública*. 2012; 46(1):160-5.

Gomes R, Souza ER, Minayo MCS, Malaquias JV, Silva CF. Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadores. *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p.185-221.

Gondim GMM, Monken M. Territorialização em saúde. In: Pereira IB, Lima JCF, organizadores. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; 2009. p.392-8.

Goulart FAA. *Experiências em Saúde da Família : cada caso é um caso?* [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ. 2002.

Hall M. Imigrantes na cidade de São Paulo. In: Porta P, organizadora. *História da cidade de São Paulo: A cidade na primeira metade do século XX*. São Paulo: Paz e Terra; 2004. v.3, p.121-51.

Hasenbalg C. *Discriminação e desigualdades raciais no Brasil*. 2a ed. Belo Horizonte: Editora UFMG; Rio de Janeiro: IUPERJ; 2005. 352p.

Hirye HMC. *Estrangeiridade, invisibilidade política e vulnerabilidade psíquica: imigrantes bolivianos em São Paulo*. [acesso 03 jan 2012]. Disponível em: http://www.fundamentalpsychopathology.org/uploads/files/ii_congresso_internacional/mesas_redondas/ii_con_estrangeiridade_invisibilidade_politica_e_vulnerabilidade_psiquica.pdf.

Hobsbawm E. *Era dos Extremos: o breve século XX (1914-1991)*. São Paulo: Companhia das Letras; 1995. 598p.

Hochman G. *A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil*. São Paulo: Editora Hucitec; 1998. 261p.

_____. História e políticas. *Revista brasileira de ciências sociais*. 2007; 22(64):153-6.

Hong HJ. *Imigração e envelhecimento em São Paulo: perfil de um grupo de idosos coreanos* [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2010. 154p.

Hutter LM. *Imigração italiana em São Paulo (1880-1889): os primeiros contatos do imigrante com o Brasil*. São Paulo: Instituto de Estudos Brasileiros da Universidade de São Paulo; 1972.170p.

_____. *Imigração italiana em São Paulo de 1902 a 1914. O processo imigratório*. São Paulo: Instituto de Estudos Brasileiros da Universidade de São Paulo; 1986. 248p.

Ianni AMZ, Quitério LA. Promoção da Saúde e meio ambiente no Programa de Saúde da Família: os casos da Barra Funda e Jardim Rio Claro, Município de São Paulo. *Saúde e Sociedade*. 2004; 13(1):81-91.

Illes P, Timóteo GLS, Fiorucci ES. Tráfico de Pessoas para fins de exploração do trabalho na cidade de São Paulo. *Caderno Pagu*. 2008; 31:199-217.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Recenseamento Geral do Brasil, 1º de set. 1940*, série regional: São Paulo, parte XVII, t.2, p.272.

_____. *Recenseamento Geral de 1950*. Censo demográfico, Estado de São Paulo, p. 89.

_____. *Censo Demográfico 2000*. Rio de Janeiro: FIBGE.

_____. *Censo Demográfico 2010*. [acesso 15 jan 2013]. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/resultados>

Jorge J. Tietê, o rio que a cidade perdeu: o Tietê em São Paulo 1890-1940. São Paulo: Alameda; 2006. 232p.

Kalache A. Envelhecimento populacional no Brasil: uma realidade nova. *Cadernos de Saúde Pública*. 1987; 3(3):217-220.

Kalache A, Veras RP, Ramos LR. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo. 1987; 21:200-10.

Kang S, Razzouk D, Mari JJ, Shirakawa I. The mental health of Korean immigrants in São Paulo, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2009; 25(4):819-26.

Kim K. Clinical study of primary depressive symptom. Part III: a cross-cultural comparison: Korea, England, United States and India. *Neuropsychiatry (Journal of Korean neuropsychiatric association)*. 1977; 16:53-60.

Kim, Y N. *A jovem coréia*. São Paulo: SSUA Editora, 2008, 169 p.

Klein J M, Gonçalves A G A. (2005). A adesão terapêutica em contexto de cuidados de saúde primários. *Psicologia-USF*. 2005;10(2):113-20.

Kontic B. *Aprendizado e metrópole: a reestruturação produtiva da indústria do vestuário em São Paulo* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Sociais da Universidade de São Paulo; 2001.

_____. *Inovação e redes sociais: a indústria da moda em São Paulo* [tese]. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Sociais da Universidade de São Paulo; 2007.

Langenbuch JR. *A estruturação da grande São Paulo: estudo de geografia urbana*. Rio de Janeiro: FIBGE; 1971. 354p.

Leavell H, Clark EG. *Medicina Preventiva*. São Paulo: McGraw-Hill; 1976.744p.

Lesser J. *O Brasil e a questão judaica: imigração, diplomacia e preconceito*. Rio de Janeiro: Imago Ed.; 1995. 372p.

Levcovitz E, Garrido NG. *Saúde da Família: a procura de um modelo anunciado*. Caderno Saúde da Família. Ministério da Saúde, Brasília, DF. 1996;1(1):3-8.

Levin E. *Bom Retiro*. 1a ed. São Paulo: Editora Perspectiva; 1972. 164p.

Maciel ACC, Fernandes MB, Medeiros LS. *Prevalência e fatores associados à sintomatologia dolorosa entre profissionais da indústria têxtil*. Revista Brasileira de Epidemiologia. 2006; 9(1):94-102.

Madi MC, Cassanti AC, Silveira C. *Estudo das representações sociais sobre gestação em mulheres bolivianas no contexto da atenção básica em saúde na área central da cidade de São Paulo*. Saúde e Sociedade. 2009; 18 (supl.2):67-71.

Magalhães GM. *Fronteiras do direito humano à educação: um estudo sobre os imigrantes bolivianos nas escolas públicas de São Paulo* [dissertação]. São Paulo: Universidade São Paulo, 2010, 179 p.

Magnussen LEJ, Jolly P. Comprehensive versus selective primary health care: lessons of global health policy. *Health Affairs*. 2004; 23(3):167-176.

Manetta A. Boliviano no Brasil e o discurso da mídia jornalística. In: Baeninger R, organizadora. *Imigração Boliviana no Brasil*. Campinas: Núcleo de Estudos de População –Neпо/Unicamp; Fapesp; CNPq; Unfpa; 2012. p.257-270.

Mangili LP. *Bom Retiro, bairro central de São Paulo: transformações e permanências (1930-1954)*. São Paulo: Alameda; 2011. 228 p.

Manso BP. O enigma dos coreanos no Brasil. *Veja* São Paulo.1998 maio13;Especial,1546. [citado 15 out 2011]. Disponível em: http://veja.abril.com.br/idade/exclusivo/vejas450_anos/textos/imigrantes/coreanos.html

Marinho MGSMC. *O papel da Fundação Rockefeller na organização de ensino e da pesquisa na Faculdade de Medicina de São Paulo, 1916-1931* [dissertação]. Campinas: Instituto de Geociências da Universidade Estadual de Campinas; 1993.

_____. *Norte americanos no Brasil: uma história da Fundação Rockefeller na Universidade de São Paulo (1934-1952)*. Campinas, São Paulo: Fapesp/USF/Autores Associados; 2001. 196 p.

_____. *Elites em negociação: Breve história dos acordos entre a Fundação Rockefeller e a Faculdade de Medicina de São Paulo (1916-1931)*. Bragança Paulista: EDUSP; 2003.141p.

Marsiglia RMG. Perfil, rotatividade e satisfação de trabalhadores dos modelos de Atenção Básica à Saúde na cidade de São Paulo. In: Silva JA, Seixas PHD'A, Marsiglia RMG, organizadores. *Atenção básica à saúde em São Paulo: profissionais, instituições parceiras, usuários, integralidade, formação de recursos humanos*. ObservaRHSP. São Paulo: CEALAG; 2012. v. 2, p.23-89.

Marsiglia RMG, Silveira C, Carneiro Junior N. Políticas Sociais: desigualdade, universalidade e focalização na saúde no Brasil. *Saúde e Sociedade*. 2005; 14 (2):69-76.

Martinez VN. *Equidade em saúde: o caso da tuberculose na comunidade de bolivianos no município de São Paulo* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2010.

Marum LL, Gomes JA. *O Bom Retiro: a formação de uma centralidade*. Encontro de Geógrafos da América Latina (EGAL); 2009; Montevideu, Uruguai [citado 20 dez 2011]. Disponível em: http://egal2009.easyplanners.info/area05/5740_Marum_Luana.pdf

Mascarenhas MTT, Almeida C. O Programa do Médico de Família em Niterói (PMFN): uma agenda para a reflexão. *Saúde em Debate, Revista CEBES, Fundação Oswaldo Cruz*. Rio de Janeiro. 2002; 26(60):82-102.

Mascarenhas RDS. *Contribuição para o estudo da administração sanitária estadual em São Paulo* [tese livre-docência]. São Paulo: Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1949.

_____. História da Saúde Pública no Estado de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo. 1973; 7(4):433-446.

Matos ON. São Paulo no século XIX. In: Azevedo, A. *A cidade de São Paulo: estudos de geografia urbana*. São Paulo: Companhia Editora Nacional; 1958. v.2, p.49-100.

Mattos EMD. *O Médico de Família- SP*. In: São Paulo, Secretaria da Administração. O enfrentamento da questão social: Experiências municipais. São Paulo: FUNDAP; 1989. p.237-241.

Melo RA, Campinas LLSL. Multiculturalidade e morbidade referida por imigrantes bolivianos na Estratégia Saúde da Família. *Mundo da saúde, São Paulo*. 2010; 34 (1):25-35.

Mendes EV. *Uma agenda para a saúde*. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 2006. 300p.

Mendes RS. Os bairros da zona norte e os bairros orientais. In: Azevedo, A. *A cidade de São Paulo: estudos de geografia urbana*. São Paulo: Companhia Editora Nacional; 1958. v.3, p.183-256.

Mendes-Gonçalves RB. *Medicina e História: raízes sociais do trabalho médico* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 1979.

Mendes-Gonçalves RB. *Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades*. São Paulo: Cadernos CEFOR 1, série textos; 1992. 41p.

_____. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo*. São Paulo: Editora Hucitec-Abrasco; 1994. 278p.

Mendes-Gonçalves RB, Schraiber LB, Nemes MIB. Seis teses sobre a Ação Programática em Saúde. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB, organizadores. *Saúde do adulto: programas e ações na Unidade Básica*. São Paulo: Hucitec; 1996. p.37-63)

Mera C. *Diáspora coreana em América Latina*. In: Seminário em Cheju National University. Jejudo, South Korea; 2006 [citado 5 fev 2012]. Disponível em: <HTTP://64.233.169.104/search?q=cache:2rIULJBQ18YJ:ceaa.colmex.mx/estudioscoreanos/images/mera.pdf+carolina+mera&hl=ptBR&ct=clnk&cd=20&gl=br&client=firefox-a>.

Merhy EE. *O capitalismo e a saúde pública: a emergência das práticas sanitárias no Estado de São Paulo*. Campinas, São Paulo: Papirus; 1987.134p.

_____. *A Saúde Pública como política: um estudo de formuladores de políticas*. São Paulo: Hucitec; 1992. 221p.

_____. E daí surge o PSF como uma continuidade e um aperfeiçoamento do PACS. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação. Revista da UNESP de Botucatu*, São Paulo. 2001; 5(9):147-149.

Merhy EE, Franco TB. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudanças do modelo tecnoassistencial. In: Merhy EE, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. *O Trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 3a ed. São Paulo: Hucitec; 2006. p.55-124.

Merhy EE, Onocko O, organizadores. *Agir em saúde, um desafio para o público*. 3a ed. São Paulo: Hucitec; 2007. 385p.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9a ed. São Paulo: Hucitec; 2006. 406 p.

Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadores. *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de Programas Sociais*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. 244p.

Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cadernos de Saúde Pública*. 1993; 9(3):239-262.

Mioto, R.C.T. Trabalho com famílias: um desafio para os assistentes sociais. *Revista Virtual Textos & Contextos*. 2004; n.3, ano III, 2004 [citado 2 nov 2012]. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/972/752>.

Miranda AS. *Programa Saúde da Família: entre a panacéia e o preconceito*. Texto disponível no site da Conferência Nacional de Saúde on line; 1998 [citado 10 jan 2011]. Disponível em : <http://www.saude/cnsonline/temasemdebate/psf>.

Misoczky MC. Medicina de Família: os ouvidos do príncipe e os compromissos com o SUS. *Saúde em Debate*. 1994; 42:40-4.

Mladovsky P. A frameworks for a analyzing migrant health policies in Europe. *Health Policy*. 2009; 93(1):55-63.

Monteiro YN. *Da maldição divina à exclusão social: um estudo da hanseníase em São Paulo* [tese]. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Sociais da Universidade de São Paulo; 1995.

_____. Prophylaxis and exclusion: compulsory isolation of Hansen's disease patients in São Paulo. *História, Ciência, Saúde-Manguinhos*. Rio de Janeiro. 2003; 10(suppl 1):95-121.

Morse R. *Formação histórica de São Paulo (da comunidade à Metrópole)*. São Paulo: Difusão Européia do Livro; 1970. 447p.

Mota A. *Quem é bom já nasce feito. Sanitarismo e eugenia no Brasil*. Rio de Janeiro: DP&A; 2003.116p.

_____. *Tropeços da medicina bandeirante: medicina paulista entre 1892-1920*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2005. 248p.

Mota A, Schraiber LB. Mudanças corporativas e tecnológicas da medicina paulista em 1930. *História, Ciência, Saúde-Manguinhos*. Rio de Janeiro. 2009a; 16(2): 345:60.

Mota A, Schraiber LB, organizadores. *Infância e Saúde – perspectivas históricas*. São Paulo: Hucitec; 2009b. 286p.

Mota A , Schraiber LB . Atenção Primária no Sistema de Saúde: debates paulistas numa perspectiva histórica. *Saúde e Sociedade*. 2011; 20(4):834-52.

Mota A, Silva JA, Schraiber LB. *Contribuições pragmáticas para a organização dos recursos humanos em saúde e para a história da profissão médica no Brasil: à obra de Maria Cecília Donnangelo*. Ministério da Saúde; 2004. 59 p.

Nemes MIB. Ação Programática em Saúde: recuperação histórica de uma política de Programação. In: Schraiber L, organizadora. *Programação em Saúde hoje*. São Paulo: Hucitec; 1990. p.65-115.

Nemes MIB. Prática programática em saúde. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB, organizadores. *Saúde do adulto: programas e ações na Unidade Básica*. São Paulo: Hucitec; 1996. p.48-65.

Nogueira-Martins MCF, Bógus CM. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização e saúde. *Saúde e Sociedade*. 2004; 13(3): 44-57.

Nunes ED. Saúde coletiva: história de uma idéia e de um conceito. *Saúde e Sociedade*. 1994; 3(2):5-21.

Oliveira JL. O Museu de Saúde Pública “Emílio Ribas”: recortes de uma memória vivida. *Boletim do Instituto de Saúde*. 2006; 38:47-50.

Opromolla PA. *Informação em saúde: a trajetória da hanseníase no Estado de São Paulo, 1800-2005* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2007.

Opromolla PA, Laurenti R. Controle da hanseníase no Estado de São Paulo: análise histórica. *Revista de Saúde Pública*. 2011; 45(1):195-203.

Paim JS. Medicina Familiar no Brasil: movimento ideológico e ação política. *Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro. 1985; 9(3):207-15.

_____. Por um planejamento das práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 1999; 4(2):243-61.

_____. Saúde da Família: espaço de reflexão e de contra-hegemonia. *Interface-Comunic, Saúde, Educação*. 2001; 5(9):143-6.

_____. Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N, organizadores. *Epidemiologia e Saúde*. 6a ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2003. p.567-86.

_____. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2008a. 356p.

_____. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, CEBES; 2008b. p.547-74.

Paiva OC, Moura S. *Breve história da Hospedaria do Imigrante e da imigração para São Paulo*. Série Resumos 7. São Paulo: Memorial do Imigrante/Museu da Imigração; 2000. v.1, 56p.

Paiva OC, Moura S. *Hospedaria de Imigrantes de São Paulo*. São Paulo: Paz e Terra; 2008.101p.

Pang KYC. Symptoms of depression in elderly Korean immigrants narration and healing process. *Culture, medicine and psychiatry*. 1998; 22: 93-122.

Park K. I'm floating in the air: creation of a Korean transnational space among Korean-latino-america re-migrants. *Position: east asia cultures critique*. 1999; 7(3): 667-95.

Paskulin LMG, Valer DB, Vianna LAC. Utilização e acesso de idosos a serviço de atenção básica em Porto Alegre (RS, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16 (6):2935-2944.

Pereira MPB; Barcellos C. O território no Programa Saúde da Família. *Hygeia, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*. 2006; 2(2):47-55.

Pimenta C, Terto Junior V, Kamel L, Maksud I, Raxach JC, organizadores. *Acesso ao tratamento de AIDS na Bolívia e Paraguai: cooperação internacional e mobilização social*. Rio de Janeiro: ABIA; 2006. 55p. [Acesso 23 dez 2012]. Disponível em : <http://www.abraids.org.br/img/media1plo%20pub%206.pdf>

Pinto MIMB. *Cotidiano e sobrevivência: a vida do trabalhador pobre na cidade de São Paulo, 1890-1914*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 1994. 260p.

Pires-Alves F, Paiva CHA, Hochman G. História, saúde e seus trabalhadores: da agenda internacional às políticas brasileiras. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2008; 13 (3):819-29.

Póvoa CA. *A territorialização dos judeus na cidade de São Paulo: a migração do Bom Retiro ao Morumbi* [tese]. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo; 2007.

Prado Jr C. *A cidade de São Paulo. Geografia e História*. 13a ed. São Paulo: Brasiliense; 1983. 93p.

Ramos DLP, Silva ECC. Interação transcultural nos serviços de saúde. *Acta Bioethica*, 2010; 16(2):180-90.

Ribeiro EM, Pires D, Blank VLG. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental de para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 2004; 20(2):438-46.

Ribeiro FA. *A Atenção Primária (APS) e sistema de saúde no Brasil: uma perspectiva histórica* [dissertação]. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo; 2007.

Ribeiro MAR. *História sem fim...Inventário da saúde pública*. São Paulo- 1880-1930. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista; 1993. 270p.

Rocha HHP. *A Higienização dos costumes: educação escolar e saúde no projeto do Instituto de Hygiene de São Paulo (1918-1925)*. Campinas, SP: Mercado de Letras; São Paulo:Fapesp; 2003. 272p.

Rosen G. *Uma história da saúde pública*. São Paulo: Hucitec: Editora da Universidade Estadual Paulista; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de pós-graduação em Saúde Coletiva; 1994. 400p.

Rotberg A, Bechelli LM. O dispensário na profilaxia da lepra: sua importância crescente e sua modernização. *Revista Brasileira de Leprologia*. 2a série da Revista de Leprologia de São Paulo-órgão oficial da Sociedade Paulista de Leprologia e da Associação brasileira de leprologia. 1951; 19(2):70:4.

Sala A, Luppi CG, Simões O, Marsiglia RG. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidade de saúde do Município de São Paulo. *Saúde e Sociedade*. São Paulo. 2011; 20(4):948-60.

Sala A, Luppi CG, Simões O, Marsiglia RMG. Modelos de Atenção Básica à Saúde em São Paulo e a integralidade: gerentes, profissionais, usuários. In : Silva JA, Seixas PHD'A, Marsiglia R M G, organizadora. *Atenção básica à saúde em São Paulo: profissionais, instituições parceiras, usuários, integralidade, formação de recursos humanos*. ObservaRHSP. São Paulo: CEALAG; 2012, v. 2, p.182- 276.

Salcedo-Barrientos DM, Caldas JMPC. Disparidades e necessidades na atenção sanitária pré natal. *Revista Iberoamericana de Salud y Ciudadania*. 2012; 1(1):37-61.

Salles MRR. Imigração e médicos italianos em São Paulo na primeira República. *Estudos de Sociologia*. 2007; 8:63-92.

Sampaio MRA. Os coreanos no Bom Retiro. In: Lanna ALD. *São Paulo, os estrangeiros e a construção das cidades*. São Paulo: Alameda; 2011. p.89-115.

Santagata M. Diversidade cultural y salud : outra perspectiva para alcanzar la equidad: efectos dela implementacion Del Programa de Atención Médica Transcultural (PAMT) em ela plan de salud Del Hospital Italiano de Buenos Aires / cultural diversity and health, another prospect for achieving equity: effects of the implementation of the transcultural medical care program (PAMT) in the health plano f the Hospital Italiano de Buenos Aires. *Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires*.2005; 25(1):8-11.

Santos CJFD. *Nem tudo era italiano: São Paulo e pobreza: 1890-1915*. 3a ed. São Paulo: Annablume/Fapesp; 2008.195p.

Santos M. *Metamorfoses do espaço habitado: fundamentos teóricos e metodológicos de geografia*. 6a ed. São Paulo: EDUSP; 2008.136p.

Santos MC, Mota A. *São Paulo 1932: memória, mito e identidade*. São Paulo: Alameda; 2010. 178p.

Santos MP. *O Bom Retiro: uma paisagem paulistana*[dissertação]. São Paulo:Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo; 2000.

Santos VSM. Pesquisa documental sobre a história da Hanseníase no Brasil. *História, Ciência, Saúde-Manguinhos*. 2003; 10 (supl. 1):415-26.

_____. Decreto nº 3.876, de 11 de julho de 1925. *Reorganiza o Serviço Sanitário e repartições dependentes*. Leis e Decretos do estado de São Paulo. São Paulo: Imprensa Oficial; 1925. v.35, p.471-566.

_____. Lei nº 2122, de 30 de dezembro de 1925. *Estabelece medidas de caráter financeiro que garantiam o funcionamento do Centro de Saúde do Brás e do Bom Retiro*. São Paulo: Diário Oficial do estado de São Paulo; 06 jan 1926. p.287.

_____. Decreto Nº 4891, de 13 de fevereiro de 1931. *Reorganiza o serviço sanitário do Estado*. Leis e Decretos do estado de São Paulo. São Paulo: Imprensa Oficial; 1931a. p.262-284.

_____. *Relação dos equipamentos do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo*. São Paulo: Diário Oficial do estado de São Paulo; 28 abr 1931b; 96:3298.

_____. *Lista de endereços e telefones da diretoria geral e setores dependentes do serviço sanitário do estado de São Paulo*. São Paulo: Diário Oficial do estado de São Paulo; 15 dez 1932; 282:9.

_____. Decreto nº 29055, de 26 de outubro de 1988. *Determina a criação do Programa Consultório Médico de Família* [citado 2 jun 2011]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>.

São Paulo(Município). *Documento Norteador _ compromisso das Unidades Básicas de Saúde com a população*. Prefeitura Municipal de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação da Atenção Básica e PSF, 2005. 38 p.

Sass N, Figueiredo Junior AR, Siqueira JM, Silva FRO, Sato JL, Nakamura UM, Sousa E. Desfechos maternos e perinatais em gestantes bolivianas no município de São Paulo: um estudo transversal caso-controle. *Revista Brasileira de Ginecologia*. 2010; 32(8):398-403.

Scally G, Womack J. The importance of the past in public health. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2004; 58:751-55.

Schmidt MLS, Neves TFS. O trabalho do agente comunitário de saúde e a política da atenção básica em São Paulo, Brasil. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*. 2010; 13(2):225-40.

Schraiber LB. Seis teses sobre a ação programática em saúde. In: Schraiber L, organizadora. *Programação em Saúde hoje*. São Paulo: Hucitec; 1990. p.37-63

_____. *O médico e seu trabalho: limites da liberdade*. São Paulo: Hucitec; 1993. 229p.

_____. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. *Revista de Saúde Pública*. 1995; 29(1): 63-74.

_____. *Medicina tecnológica e prática profissional contemporânea: novos desafios, outros dilemas* [tese livre docência]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 1997.

_____. *O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança*. São Paulo: Aderaldo & Rothchild; 2008. 254 p.

Schraiber LB, Freitas MC, Mota A, Moura EBB, Nakamura E, Santos MAC, Novaes HMD, Vailat LL, Queiroz LB. *Infância e Saúde: perspectivas históricas*. São Paulo: Hucitec Editora; 2009. 287p.

Schraiber LB, Mendes-Gonçalves RB. Necessidades de saúde e atenção primária. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB, organizadores. *Saúde do adulto: programas e ações na Unidade Básica*. São Paulo: Hucitec; 1996. p.29-47.

Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB, organizadores. *Saúde do adulto: programas e ações na Unidade Básica*. São Paulo: Hucitec; 1996. 290 p.

Scifoni S (organizadora). *Bom Retiro: memória urbana e patrimônio cultural*. São Paulo: 9ª.SR/IPHAN; 2007. 96p.

Scognamillo-Szabó MVR, Bechara GH. Acupuntura: histórico, bases teóricas e sua aplicação em medicina veterinária. *Ciência rural, Santa Maria*. 2010; 40(2):491-500.

Sistema Estadual de Análise de Dados (SEAD). Anuário Estatístico do Estado de São Paulo; São Paulo; vol.II; 1950.

Seixas PHD'A. Os médicos do Programa de Saúde da Família na cidade de São Paulo. In: Silva JA; Seixas PHD'A, Marsiglia RMG, organizadores. *Os sujeitos do Programa de Saúde da Família na cidade de São Paulo: uma década de Programa de Saúde da Família na cidade de São Paulo (1996-2005)*. ObservaRHSP. São Paulo: CEALAG; 2011, v. 1, p.29-92.

Silva CF. *Trabalho informal e redes de subcontratação: dinâmicas urbanas da indústria de confecções em São Paulo* [dissertação]. São Paulo: Departamento de Sociologia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo; 2008.

Silva ECC. Rompendo barreiras. Os bolivianos e o acesso aos serviços de saúde na cidade de São Paulo. *Travessia*. 2009a; 63:26-31.

_____. *Percursos de interação transcultural nos serviços de saúde*. Tese (Doutorado) – Faculdade de odontologia da Universidade de São Paulo, São Paulo. 2009b.

Silva ECC, Ramos DLP. Interação transcultural nos serviços de saúde. *Acta Bioethica*. 2010; 16(2):180-190.

Silva JA, Seixas PHD'A, Marsiglia, RMG, organizadores. *Os sujeitos do Programa de Saúde da Família na cidade de São Paulo: uma década de Programa de Saúde da Família na cidade de São Paulo (1996-2005)*. ObservaRHSP. São Paulo: CEALAG; 2011, v.1, 282 p.

Silva JA, Seixas PHD'A, Marsiglia RMG, organizadores. *Atenção básica à saúde em São Paulo: profissionais, instituições parceiras, usuários, integralidade, formação de recursos humanos*. ObservaRHSP. São Paulo: CEALAG; 2012, v.2, 348 p.

Silva RA. São Paulo nos tempo coloniais. In: Azevedo, A. *A cidade de São Paulo: estudos de geografia urbana*. São Paulo: Companhia Editora Nacional; 1958. v.2, p. 5-48.

Silva SA. *Costurando sonhos: etnografia de um grupo de imigrantes bolivianos que trabalham no ramo de costura em São Paulo*[dissertação]. São Paulo: Departamento de Antropologia Social, Programa de pós-graduação para a integração da América-Latina (Prolam), Universidade de São Paulo; 1995.

_____. *Costurando Sonhos: trajetória de um grupo de imigrantes bolivianos que trabalham no ramo da costura em São Paulo*. São Paulo: Paulinas; 1997. 292 p.

_____. A praça é nossa. Faces do preconceito num bairro paulistano. *Travessia-Revista do Migrante*. 2005; 51:39-44.

_____. Bolivianos em São Paulo: entre sonhos e a realidade. *Estudos Avançados*. 2006; 20(57):157-70.

_____. Bolivianos em São Paulo. Dinâmica cultural e processos identitários. In: Baeninger R, organizadora. *Imigração Boliviana no Brasil*. Campinas: Núcleo de Estudos de População –Nepo/Unicamp; Fapesp; CNPq; Unfpa, 2012, p.19-34.

Silveira C, Luppi CG, Carneiro Junior N. Aspectos éticos nas pesquisas e na produção de conhecimentos junto a grupos em situação de vulnerabilidade social. In: Guerriero ICZ, Schmidt MLS, Zicker F, organizadores. *Ética nas pesquisas em ciências humanas e sociais na saúde*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008, p.158-66.

Simai S, Baeninger R. Discurso, negação e preconceito: bolivianos em São Paulo. In: Baeninger R, organizadora. *Imigração Boliviana no Brasil*. Campinas: Núcleo de Estudos de População –Nepo/Unicamp; Fapesp; CNPq; Unfpa, 2012, p.257-270.

Siqueira U. *Clubes e sociedades dos trabalhadores do Bom Retiro* [dissertação]. Campinas: Departamento de História do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas; 2002.

Soon, PC. *La emigración coreana em America latina y sus perspectivas*. Apresentado no 2º congresso do conselho de estudos latinoamericanos da Asia e Oceania. 2007

Souchaud S. A imigração boliviana em São Paulo. In: Póvoa Neto H, Ferreira AP, Vainer CB, Santos MO, organizadores. *Deslocamentos e reconstruções da experiência migrante*. Rio de Janeiro: NIEM-UFRJ/Garamond; 2010. p.267-90.

_____. Presença estrangeira na indústria das confecções e evoluções urbanas nos bairros centrais de São Paulo. In: Lanna ALD, Peixoto FA, Lira JTCD, Sampaio MRA, organizadores. *São Paulo, os estrangeiros e a construção das cidades*. São Paulo: Alameda; 2011. p.63-88.

_____. A confecção: nicho étnico ou nicho econômico para a imigração latino-americana em São Paulo? In: Baeninger R, organizadora. *Imigração boliviana no Brasil*. Campinas: Núcleo de estudos de população – Nepo/ Unicamp; Fapesp; CNPq; UNFTA, 2012. p.75-92.[citado 20 set 2012]. Disponível em: http://www.nepo.unicamp.br/textos/publicacoes/livros/bolivianos/livro_bolivianos.pdf.

Souchaud S, Baeninger R. *Collas e Cambas* do outro lado da fronteira: aspectos da distribuição diferenciada da imigração boliviana em Corumbá, Mato Grosso do Sul. *Revista Brasileira de Estudos de População*. 2008; 25(2):271-86.

Souchaud S, Carmo RL, Fusco W. Mobilidade populacional e migração no Mercosul: a fronteira do Brasil e Paraguai. *Teoria & Pesquisa*. 2007; 16:39-60

Souza, MAAS. *A identidade da metrópole*. São Paulo: Editora Hucitec-Edusp; 1994. 257p.

Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002. 726p.

Szajman A. *Depoimento feito ao Museu da Pessoa*. s/d. [citado 10 nov 2011]. Disponível em: <http://www.museudapessoa.net/MuseuVirtual/hmdepoente/depoimentoDepoente.do?action=ver&idDepoenteHome=3995>

Tambelini EF, Mascaro LDM, Silva UV. Inclusão de imigrantes bolivianos na cidade de São Paulo: algumas estratégias e políticas locais. In: Vannuchi AME, Silveira C, Carneiro Jr N, Marsiglia RMG. *Projeto de inclusão urbana: nós do centro. Metodologia de pesquisa e de ação para inclusão social de grupos em situação de vulnerabilidade no centro da cidade de São Paulo*. São Paulo: Fundação Arnaldo Vieira de Carvalho. Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; 2009. p. 123-168.

Teixeira C. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços...In: Teixeira CF, Solla JP. *Modelo de Atenção à Saúde_promoção, vigilância e Saúde da Família*. Salvador: EDUFA; 2006a. p.19-58 .

_____. Saúde da Família, promoção e vigilância: construindo a integralidade da atenção à saúde no SUS. In: Teixeira CF, Solla JP. *Modelo de Atenção à Saúde_promoção, vigilância e Saúde da Família*. Salvador: EDUFA; 2006b. p.59-84.

Teixeira RR. Agenciamento tecnosemiológico e produção de subjetividade: contribuição para o debate sobre a transformação do sujeito. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2001; 6(1):49-61.

_____. O acolhimento num Serviço de Saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadora. *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO; 2007. p.91-113.

Telarolli Jr R. *Poder e Saúde : as epidemias e a formação dos serviços de saúde em São Paulo*. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista; 1996. 259p.

Testa M. *Pensar em saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992. 226 p.

_____. *Saber em Salud.la construcción Del conocimiento*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1997. 240p.

Thompson EP. *A miséria da teoria ou planetário de erros*. Rio de Janeiro: Zahar Editores; 1981. 230 p.

Trad LAB, Bastos ACS. O Impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da família (PSF): uma proposta de avaliação. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 1998; 14(2):429-35.

Trad LAB, Bastos ACS, Santana EM, Nunes MO. Estudo Etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. 2002; 7(3):581-9.

Truzzi O. Etnias em convívio: o bairro do Bom Retiro em São Paulo. *Estudos Históricos*. 2001; 28:143-66.

_____. Redes em processos migratórios. *Tempo Social, revista de sociologia da USP*. 2008; 20(1):199-218.

Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*. 2005; 39(3):507-14.

Unglert CVS. Territorialização em sistemas de saúde. In: Mendes EV, organizador. *Distritos Sanitários: processo social de mudança nas práticas sanitárias para o Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec; 1995. p.221-36.

United States Agency International Development (USAID). *Diagnóstico de la situación de La tuberculosis en dieciséis municipios priorizados de Bolivia*. Documento interno técnica de los proyectos GCS y QAP. 2007. 26 p.

Vainfas R. *Os protagonistas anônimos da história. Micro-história*. Rio de Janeiro: Editora Campus; 2002. 163p.

Veras RP, Ramos LR, Kalache A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e consequências na sociedade. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo. 1987; 21:225-33.

Viana ALD, Dal Poz MR. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. 1998; 8(2):11-48.

Vuori H. Health for all, primary health care and general practitioners. *Journal of the Royal College of General Practitioners*. 1986; 36:396-402.

Waldman TC. Movimentos migratórios sob a perspectiva do direito à saúde: imigrantes bolivianos em São Paulo. *Revista de Direito Sanitário*. São Paulo. 2011;12(1):90-114.

World Health Organization (WHO). *Global tuberculosis central: epidemiology, strategy, financing*; 2009.[citado 2 jan 2012]. Disponível em:http://www.who.int/tb/publications/global_report/2009/en/

Wolff E, Wolff I. *Guia histórico da comunidade judaica de São Paulo*. São Paulo: Editora B'nei B'rith s/c; 1988. 151p.

Xavier IR. *Projeto migratório e espaço: os migrantes bolivianos da região metropolitana de São Paulo* [dissertação]. Campinas: Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas; 2010.

Yang EM. *A “geração 1.5” dos imigrantes coreanos em São Paulo: identidade, alteridade e educação* [tese]. São Paulo: Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo; 2011.

Yunes J, Bromberg R. Situação da rede pública de assistência médico-sanitária na área metropolitana da grande São Paulo. *Revista de Saúde Pública*,. 2006; 40(1):20-38.

Yuri D. *Imigração coreana transforma bairro de São Paulo*. Folha de São Paulo, São Paulo. 13 de fevereiro de 2005. Cotidiano, página C8.

Zanforlin SC. Cidades, Migrantes e Pertencimentos: a praça Kantuta como etnopaisagem intercultural. *Esferas*. 2012;1:81-88.

DOCUMENTOS CARTOGRÁFICOS:

ACERVO DO MUSEU PAULISTA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO:

- Planta da cidade de São Paulo, 1810, feita por Rufino Felizardo da Costa. Escala 1:3000. Comissão do IV Centenário da cidade de São Paulo, em 1954.

- Planta da capital do Estado de São Paulo e seus arredores, 1910, feita por Jules Martin. Comissão do IV Centenário da cidade de São Paulo, em 1954

8 ANEXOS

ANEXO A _ ROTEIRO DA ENTREVISTA COM TRABALHADORES DA UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA DO BOM RETIRO

I. Informações gerais:

- Sexo
- Data de nascimento
- Função na equipe de Saúde da Família (médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde ou gerente)
- Tempo que trabalha na Unidade

II. Representações sobre o bairro do Bom Retiro:

- O que você sabe sobre o bairro do Bom Retiro? Como você o descreveria ?
- Falando dos imigrantes que moram na área de abrangência da Unidade, quais suas origens em termos étnicos? Quais os em maior número?

III.Necessidades em saúde :

- O Como você vê os imigrantes coreanos e bolivianos, aqui no território, no contexto do trabalho na Estratégia Saúde da Família ?
- O que você entende por necessidade em saúde ?
- De um modo geral quais as necessidade de saúde dos imigrantes bolivianos ? Como sua equipe lida(cuida) com essa necessidade?
- De um modo geral quais as necessidade de saúde dos imigrantes coreanos ? Como sua equipe lida (cuida) dessa necessidade ?
- Qual a aceitação dos imigrantes coreanos do cadastro pelos Agentes Comunitários de Saúde? A EqSF usa alguma estratégia específica?
- Qual a aceitação dos imigrantes bolivianos do cadastro pelos Agentes Comunitários de Saúde? A EqSF usa alguma estratégia específica?
- No dia-a-dia, os imigrantes bolivianos procuram a Unidade com quais demandas (queixas/motivos) ?
- No dia a dia, os imigrantes coreanos procuram a Unidade com quais demandas (queixas/motivos) ?

IV. Tecnologia em saúde e cuidado:

- Como se dá a adesão dos imigrantes coreanos aos tratamentos ou orientações propostas ? Você usa alguma estratégia específica para essa população?
- Como se dá a adesão dos imigrantes bolivianos aos tratamentos ou orientações propostas ? Você usa alguma estratégia específica para essa população?
- Você identifica hábitos peculiares aos imigrantes coreanos ? Quais?
- Você identifica hábitos peculiares aos imigrantes bolivianos ? Quais?
- Quais os adoecimentos mais freqüentes entre coreanos ?
- Quais os adoecimentos mais freqüentes entre os bolivianos?
- Há dificuldades na comunicação com os imigrantes coreanos ? Caso haja, como a equipe de saúde da família busca resolver essas dificuldades?
- Há dificuldades na comunicação com os imigrantes bolivianos? Caso haja, como a equipe de saúde da família busca resolver essas dificuldades?

- Como se dá o estabelecimento de vínculo com usuários bolivianos?
- Como se dá o estabelecimento de vínculo com usuários coreanos?
- Sua equipe de Saúde da Família desenvolve alguma atividade para usuários bolivianos e coreanos? Caso sim, descreva.
- Tem alguma coisa que você gostaria de falar ou algum comentário a respeito da entrevista ou sobre o tema?

ANEXO B _ ROTEIRO DA ENTREVISTA COM USUÁRIOS COREANOS E BOLIVIANOS

I. INFORMAÇÕES GERAIS:

- Sexo
- Data de nascimento
- Local de nascimento
- Estado civil (se casado, amasiado, viúvo, separado)
- Há quanto tempo (em anos) está na cidade de São Paulo? Há quanto tempo no Bom Retiro? Como foi a decisão de mudança ?
- Quando chegou morava com quem ? E atualmente mora com quem ?
- Depois que chegou ao Bom Retiro já mudou de endereço quantas vezes até hoje ?
- Trabalha atualmente ? Em que? Há quanto tempo no trabalho atual? O endereço de você mora é diferente do local onde trabalha ?

II. Necessidades em saúde:

- O que pensa acerca de sua própria saúde ? Por quê?

- Quais são seus problemas de saúde atuais? Que outros problemas você considera que foram importantes?
- Atualmente como resolve seu problemas de saúde? Quais recursos utiliza (família, amigos, igreja, serviços de saúde , outros) ?
- Como é sua relação com a Unidade de Saúde? Com qual profissional da equipe de Saúde da Família (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agentes comunitários de saúde) você tem mais contato? Há dificuldade na compreensão do que lhe é falado? Existe alguma dificuldade no relacionamento com a equipe de Saúde da Família ?
- O que lhe falta para melhorar sua condição de saúde ?

III Tecnologia em saúde e cuidado:

- Como você cuida de sua saúde?
- O cuidado que você tem aqui em relação a sua saúde é diferente do cuidado que tinha em seu país ? Em que é diferente ?
- Existem dificuldades para cuidar de sua saúde ? Quais?
- Considerando o fato de você não ser do Brasil e sim da Bolívia ou Coréia, existem dificuldades em tratar de

sua saúde na Unidade de Saúde do bairro em que é atendido ? Quais?

- Na Unidade de Saúde do bairro, de qual (quais) atividade(s) você participa (consultas médicas agendadas, consultas de enfermagem agendadas, pronto-atendimento, grupos na Unidade ou na Comunidade, etc)?
- Tem alguma coisa que você gostaria de falar ou algum comentário a respeito da entrevista ou sobre o tema ?

ANEXO C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO Resolução nº 196/96 – Conselho Nacional de Saúde

Sr(a) foi selecionado(a) e está sendo convidado(a) a conceder entrevista que será gravada e posteriormente transcrita e que fará parte de material que será utilizado para a dissertação de mestrado da entrevistadora, Marcia Ernani de Aguiar, junto ao Departamento de Medicina Preventiva da USP.

O tema da pesquisa será: “Tecnologias e cuidado em saúde: a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o caso do imigrante boliviano e coreano no bairro do Bom Retiro – SP”, que tem como objetivo principal compreender como diferentes grupos étnico-raciais percebem e expressam suas necessidades de saúde e como o serviço de saúde as identificam.

O pesquisador se compromete em manter o sigilo sobre a identidade do entrevistado(a) no uso das informações dessa entrevista, resguardando seu nome e dados que possam eventualmente possibilitar sua identificação e que as informações concedidas não lhe acarretaram qualquer prejuízo pessoal.

Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo, inclusive no que se refere ao seu atendimento na Unidade de Saúde do Bom Retiro.

Não haverá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. Não haverá riscos de qualquer natureza relacionada a sua participação.

O Sr (a) poderá tirar qualquer dúvida e fazer denúncias quanto a questões éticas junto ao CEP_SMS, pelo telefone 33972464.

O Sr (a) receberá uma cópia deste termo onde email do pesquisador responsável, podendo tirar dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos.

Pesquisadora: Marcia Ernani de Aguiar

Tel 30617595

marciaernani@uol.com.br

Comitê de ética em Pesquisa _ CEP-SMS _ tel 33972464

São Paulo, ____ de _____ de 20__

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Sujeito da Pesquisa: _____
(assinatura)

ANEXO D – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DA CAPPesq

CIÊNCIA

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em 27.05.11 tomou ciência do Projeto nº 216/11 intitulado “Tecnologias e Cuidado Em Saúde: a Estratégia Saúde Da Família (ESF) e o caso do imigrante boliviano e coreano no bairro do Bom Retiro - SP”, vinculado à pós-graduação do Departamento de Medicina Preventiva, que não envolverá atividade prática e/ou experimental no âmbito da Faculdade de Medicina ou Instituto do Câncer do Estado de São Paulo e que conta com prévia aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde, sendo realizado na Unidade Básica de Saúde Bom Retiro.

Pesquisador(a) Responsável: André Mota

Pesquisador(a) Executante : Marcia Ernani de Aguiar

CEP-FMUSP, 27 de maio de 2011.

Prof. Dr. Roger Chammas
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa

ANEXO E _ APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DA SMS-SP

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Comitê de Ética em Pesquisa/SMS

São Paulo, 31 de Março de 2011.
PARECER Nº 92/11 – CEP/SMS
CAAE: 0002.0.162.015-11

Ilma. Sra.
Marcia Ernani de Aguiar

Projeto de Pesquisa: Tecnologias e Cuidado Em Saúde: A Estratégia Saúde Da Família (ESF) e o Caso dos Imigrantes Bolivianos e Coreanos no Bairro do Bom Retiro- SP

Pesquisador Responsável: Marcia Ernani de Aguiar

Instituição: Departamento de Medicina Preventiva USP

Local onde os dados serão coletados: Unidade Básica de Saúde Bom Retiro

Área Temática Especial: não se aplica

Patrocinador: a própria pesquisadora

I - Sumário Geral do Protocolo

Os princípios gerais da ESF são: ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional, sendo o contato preferencial do usuário com o Sistema de Saúde atuar no território (realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade em que atua), buscando o cuidado dos indivíduos e famílias ao longo do tempo.

Dentre as atribuições globais dos profissionais das equipes de saúde da família, duas merecem especial destaque, pois dizem respeito à necessidade de saúde: "Realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo" e "Realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local).

É nesse contexto que o caso da ESF do Bom Retiro, localizado no centro da cidade de São Paulo, torna-se um interessante objeto de estudo. Uma vez que este bairro constitui um microcosmo social, pois recebeu ao longo de sua história grande contingente de imigrantes com características culturais bastante diferenciadas. Sem falar no grande número de migrantes nacionais, principalmente oriundos da região norte e nordeste que chegaram à cidade de São Paulo e também se instalaram no Bom Retiro, sobretudo na década de 50.

OBJETIVO GERAL: Compreender como diferentes grupos étnicos-raciais percebem e expressam suas necessidades de saúde e como o serviços as toma. Para isso nos utilizaremos da técnica da entrevista semi-estruturada, e do referencial teórico pautado na definição de tecnologia em saúde e cuidado.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Descrever a formação do bairro do Bom Retiro, desde sua origem até os dias atuais, sobretudo os subgrupos étnicos/raciais que o compõem.
2. Analisar o modo como cada componente da equipe de saúde da família percebe as necessidades de saúde dos diferentes subgrupos étnicos que compõem o território de abrangência, tentando identificar o quanto o modelo hegemônico de atendimento ainda é ou não dominante na prática diária.
3. Delinear as representações que os diversos agentes (médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde) envolvidos no processo de trabalho tem sobre diversidade de necessidades de saúde da clientela que atende. Tais representações não se constroem de modo alheio à realidade, elas servirão para formar um quadro descritivo

* Rua General Jardim, 36 – 1º andar – V. Buarque - fone: 3397.2464 – email: smscep@gmail.com
http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/comite_de_etica/

Página 1/3

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Comitê de Ética em Pesquisa/SMS

CAAE: 0002.0.162.015-11

4. dessa realidade, tomando ao mesmo tempo como premissa que o que permite esse não alheamento, o que organiza essas descrições sejam concepções prévias a respeito da ordem real. A análise das primeiras leva à identificação dessas últimas, que equivale neste contexto ao saber tecnológico operante.
5. Identificar as representações que os bolivianos e coreanos tem sobre a Unidade de Saúde do Bom Retiro, suas demandas e necessidades de cuidado.

Este estudo fará uma abordagem qualitativa, utilizando a técnica de entrevistas semi-estruturadas.

O cenário será a Unidade de Saúde da Família localizada no bairro do Bom Retiro, na cidade de São Paulo, com 4 equipes de Saúde da Família, tendo 12.292 usuários cadastrados, dos quais 2939 (23,9%) são bolivianos, 274 (2,2%) são coreanos, e 70 (0,57%) são peruanos (dados obtidos do SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica do mês de janeiro de 2010). Há portanto um grande predomínio de usuários bolivianos, enquanto que os coreanos estão em menor quantidade.

A fonte do material empírico serão as entrevistas semi-estruturadas que serão gravadas, transcritas, e a seguir se iniciará o processo de análise, utilizando o método da análise temática, a qual gerará categorias empíricas ou núcleos temáticos, que serão analisados com base nas categorias de análise formuladas no quadro teórico referencial. Haverá dois blocos de entrevistas: um com os profissionais da Unidade e outro com os usuários.

A entrevista com os trabalhadores da Unidade será dividida nos seguintes blocos temáticos:

1. Informações Gerais
2. Representações sobre o bairro do Bom Retiro
3. Necessidades de saúde/ demandas/ raça/etnia
4. Tecnologia em saúde / cuidado

A entrevista com os usuários bolivianos e coreanos será dividida nos seguintes blocos temáticos:

1. Informações gerais
2. Necessidade de saúde/ demandas / raça/ etnia
3. Tecnologias em saúde / cuidado

O estudo fará uma abordagem qualitativa utilizando a técnica de entrevistas semi-estruturadas.

II – Considerações

A Folha de Rosto está corretamente preenchida. O currículo do pesquisador responsável está de acordo com a proposta da pesquisa. O orçamento detalhado está adequado. A patrocinadora é a própria pesquisadora. O cronograma da pesquisa está adequado.

A metodologia é adequada aos objetivos. A metodologia impõe discreta condição de desconforto ao sujeito da pesquisa. Não há grupos vulneráveis envolvidos. Os direitos fundamentais do sujeito de pesquisa estão garantidos.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE): está redigido na forma de convite.

III - Situação do Protocolo: Aprovado

Antes do início da coleta de dados, alertamos para a necessidade de contato com o gerente da unidade quando não foi ele quem autorizou a realização da pesquisa.

* Rua General Jardim, 36 – 1º andar – V. Buarque - fone: 3397.2464 – email: smscep@gmail.com
http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/comite_de_etica/

Página 2/3

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Comitê de Ética em Pesquisa/SMS

CAAE: 0002.0.162.015-11

Salientamos que 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.

Amaury Zatorre Amaral
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS