Universidade de São Paulo Faculdade de Saúde Pública

Sorrisos em trânsito: modos de levar a vida e praticar cuidado com o corpo e com a saúde de de refugiados exilados no município de São Paulo

Juliana Silva e Alves

Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Saúde Pública para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública

Orientador: Profa. Dra. Isabel Maria Teixeira Bicudo Pereira

São Paulo 2013

Sorrisos em trânsito: modos de levar a vida e praticar cuidado com o corpo e com a saúde de de refugiados exilados no município de São Paulo

Juliana Silva e Alves

Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Saúde Pública para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública

Orientador: Profa. Dra. Isabel Maria Teixeira Bicudo Pereira

É expressamente proibida a comercialização deste documento tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure identificação do autor, título instituição e ano da dissertação.

Aos meus ancestrais, à vó Marcolina e à minha família, com muito carinho.

AGRADECIMENTOS

À professora Isabel, pela confiança de abraçar esta pesquisa comigo, pelos ensinamentos e por me acolher como sua aluna.

Ao senhor Paulo Bersan e ao Dr. Cleber, pelas oportunidades a mim dadas. Ao Dr. Paulo Silas, em especial, pela ajuda, apoio, confiança, estímulo e compartilhamento.

À Irene e Jaucilene, pelo comprometimento no modo ao tratar os refugiados e pela competente e amável ajuda e colaboração durante o processo de levantamento dos dados.

À Denise, pela paciência e condução a um mundo de pessoas que aparentavam estar distantes, mas que na verdade estavam tão perto.

Á Carmem, por me acolher com carinho em suas aulas e compartilhar a convivência com os refugiados.

Aos sujeitos da investigação, os "sorrisos em trânsito", pelo aprendizado, convivência e troca no momento de suas vidas em que estão refugiados, em especial às crianças Abdulahi, Ketsia, Aron, Barak, Abel, Sócrates e Blessing.

A todos da Faculdade de Saúde Pública que me acolheram, professores, amigos, funcionários.

Aos meus pais e ao meu irmão, pela ajuda carinhosa, pelo apoio e compreensão.

A Deus, especialmente, pela vida, pela proteção e pelas oportunidades!

Minha terra tem palmares Onde gorjeia o mar Os passarinhos daqui Não cantam como os de lá

Minha terra tem mais rosas E quase que mais amores Minha terra tem mais ouro Minha terra tem mais terra

Ouro terra amor e rosas Eu quero tudo de lá Não permita Deus que eu morra Sem que volte para lá

Não permita Deus que eu morra Sem que volte pra São Paulo Sem que veja a Rua 15 E o progresso de São Paulo

> Canto de regresso à pátria Oswald de Andrade

ALVES, J. S. **Sorrisos em trânsito**: modos de levar a vida e praticar cuidado com o corpo e com a saúde de refugiados exilados no município de São Paulo. 2013. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

RESUMO

Introdução - As pessoas podem migrar por diversos motivos, mas mudanças no meio físico, conflitos bélicos e violação dos direitos humanos levam a uma migração involuntária: o Refúgio, que significa procurar proteção à vida. Estudar as relações de saúde nas sociedades que acolhem pessoas refugiadas, bem como a saúde mesma dessa população, faz-se relevante e pertinente. Em São Paulo. o Serviço Social do Comércio (SESC), a Associação Cáritas Arquidiocesana de São Paulo (CASP) e o Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR) têm parceria em um projeto para proteção de refugiados. Entre outros serviços, essa parceira viabiliza o atendimento odontológico de refugiados nas unidades do SESC. Objetivo - Buscou identificar de que maneira, no cotidiano, os refugiados exilados no município de São Paulo demonstram e relatam suas práticas de cuidado com seus corpos e sua saúde. Metodologia - Abordagem qualitativa, realizada no curso de língua portuguesa para refugiados no SESC, com observações, entrevistas e exame da cavidade bucal. Para análise dos dados utilizou-se a perspectiva do cotidiano através de análise de conteúdo temático dos dados. Resultados - 11 refugiados compuseram a amostra: 4 do Congo, 2 da Nigéria, 1 da Guiné Conacri, Senegal, Togo, Líbia e Síria. Quanto ao seu cotidiano, alguns colocaram dificuldades e outros, facilidades na retomada da rotina. Dentro de temas surgiram as categorias: saúde e doença e seus significados; percepção de saúde-doença; práticas de cuidados com o corpo e com a saúde; práticas de cuidados com a boca. No exame odontológico ocorreu baixa prevalência de cárie e a presença de gengivite em todos os sujeitos. Conclusões - Ao identificar os relatos e as atitudes dos solicitantes de refúgio no processo saúde-doença e cuidados com o corpo, nos aproximamos das realidades desses sujeitos, apreendendo a tratar e atender suas demandas por saúde à luz do seu cotidiano e das suas diversidades culturais.

Descritores: Refugiado; Saúde pública; Serviços de saúde; Odontologia.

Alves JS. **Smiles in transit**: reports in day by day the process of illness and health and care practices of refugee and asylum requesters in the city of Sao Paulo. 2013. Dissertation (Master of Sciences) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brazil.

ABSTRACT

Introduction – People can migrate for various reasons, but changes in the physical environment, wars and human rights violations lead to involuntary migration: the Refuge, which means seeking protection of life. Study links health in societies that welcome refugees, as well as the health of this same population, it is relevant and pertinent. In São Paulo, the Social Service of Commerce (SESC), the Association Caritas Archdiocese of São Paulo (CASP) and the United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) have partnered on a project for the protection of refugees. Among other services, this partnership enables the dental care of refugees in SESC units. Objective - We sought to identify how, in everyday life, refugees exiled in São Paulo show and report their care practices with their bodies and their health. **Methodology** – Qualitative held in Portuguese language course for refugees at SESC, observations, interviews and examination of the oral cavity. Data analysis used the perspective of everyday life through the content analysis of the data. Results - 11 refugees comprised the sample: 4 Congo, two from Nigeria, one from Guinea, Senegal, Togo, Libya and Syria. As for your everyday, some difficulties and put other, facilities in the resumption of routine. Within the categories of themes emerged: health and disease and their meanings, perception of health and illness; care practices with the body and health; practices of oral care. On examination there was a low prevalence of dental caries and gingivitis in the presence of all subjects. Conclusions - By identifying the reports and attitudes of asylum seekers in the disease process and body care, we approach the realities of these subjects, seizing the agenda and meet their demands for health in light of their daily lives and their cultural diversities.

Key words: Refugee; Oral health; Health services; Dentistry.

ÍNDICE

INTR	ODUÇÃO	10
	Parte 1 – APROXIMAÇÃO ACERCA DA QUESTÃO DA MOBILIDADE HUMANA E A SAÚDE PÚBLICA NOS DIAS ATUAIS	12
	1.1 MOBILIDADE HUMANA NOS DIAS ATUAIS	13
	1.2 MIGRAÇÃO E SAÚDE PÚBLICA	15
	1.3 A QUESTÃO DOS REFUGIADOS E O BRASIL	21
	1.4 O ENCONTRO COM OS REFUGIADOS	26
	1.5 A REGIÃO CENTRAL DA CIDADE DE SÃO PAULO: CENÁRIO DE ESTUDO	28
	1.6OS SUJEITOS ELEITOS NESSA INVESTIGAÇÃO	31
	1.70 COTIDIANO	32
	1.8 OBJETIVOS	34
	1.8.1 Objetivos Específicos	34
Parte	2 - PERCURSO METODOLÓGICO	35
	2.1 AS OBSERVAÇÕES	38
	2.1.1 Observações e Entrevistas Realizadas no Curso de Língua Portuguesa para Refugiados de Novembro/Dezembro de 2012: Entrada e Reconhecimento do Campo de Investigação	39
	2.1.2 Curso de Língua Portuguesa para Refugiados de Janeiro/Fevereiro de 2013: o Local da Investigação	42

2.2 A SALA DE AULA E O CURSO DE LÍNGUA PORTUGUESA PARA REFUGIADOS	42
2.3 AS ENTREVISTAS	48
2.4 O EXAME ODONTOLÓGICO	49
PARTE 3 – OS SORRISOS EM TRÂNSITO SEU MODO DE VIDA E PRÁTICAS DE CUIDADO COM O CORPO E COM A SAÚDE	50
3.1 DESCRIÇÃO, COTIDIANO E TRAJETÓRIA DOS SORRISOS EM TRÂNSITO	52
3.2 PRÁTICAS DE CUIDADO COM O CORPO E SAÚDE DOS SORRISOS EMTRÂNSITO	63
3.2.1 Saúde e Doença e seus Significados	63
3.2.2 Percepção de Saúde	66
3.2.3 Práticas de Cuidados com o Corpo e com a Saúde	66
3.2.4 Práticas de Cuidados com a Boca	69
3.3 ACHADOS DO EXAME ODONTOLÓGICO	73
Parte 4 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
4.1 CONCLUSÕES	81
5 REFERÊNCIAS	82
ANEXOS	88
Anexo I – Termo de consentimento Livre e Esclarecido	89
Anexo II – Roteiro de entrevista em língua Portuguesa	91
Anexo III – Roteiro de entrevista em língua Inglesa	93
Anexo IV – Ficha de avaliação de saúde bucal OMS	95
Anexo V - Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa	98

INTRODUÇÃO

As migrações são um fenômeno tão antigo quanto o homem, ocorrendo desde os primórdios da espécie humana, em uma variedade de circunstâncias. As pessoas podem migrar por diversos motivos: políticos, econômicos, religiosos, étnicos ou por mero desejo de aventura. No entanto, mudanças no meio físico, conflitos bélicos e violação dos direitos humanos levam a uma migração involuntária, o chamado refúgio, que significa procurar proteção à vida.

Segundo o Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados ([s.d.]a), a cidade de São Paulo é o lugar que recebe a maior quantidade de refugiados no Brasil. Logo, estudar as relações de saúde nessa sociedade que acolhe os refugiados, bem como a saúde dessa população refugiada, faz-se relevante e pertinente.

O encontro da pesquisadora com os refugiados aconteceu no cotidiano de seu trabalho, no qual exerce a função de cirurgiã dentista, realizando, entre outros serviços, o atendimento odontológico de refugiados.

Para contextualizar o cenário em que estão inseridos os refugiados desta pesquisa, na primeira parte da dissertação abordamos o aspecto da mobilidade humana nos dias atuais, seguido da análise da imigração em sua relação com a saúde pública, bem como a questão da relação do Brasil e da cidade de São Paulo com os refugiados. Sob essa abordagem, fazemos o seguinte questionamento: como será para um refugiado exilado em São Paulo, no seu dia a dia, o cuidado com seu corpo e com sua saúde?

Nessa perspectiva, a presente investigação teve por objetivo identificar como os refugiados exilados no município de São Paulo demonstram e relatam suas práticas de cuidado com o corpo e com a saúde, no cotidiano. Para tanto, realizamos esta investigação utilizando a abordagem qualitativa que, segundo MINAYO (2010, p. 57), "é aquela que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os

humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam."

Na segunda parte, tratamos dos procedimentos metodológicos. O local da investigação foi a sala de aula do curso de língua portuguesa para refugiados, oferecido pelo SESC Carmo entre janeiro a março de 2013, sendo os sujeitos eleitos da pesquisa os refugiados nele inscritos.

Utilizou-se para a coleta dos dados a técnica de observação participante, a realização de entrevistas semiestruturada e um exame clínico odontológico, como instrumento de complementação das informações relatadas e observadas.

Parte 1 – APROXIMAÇÃO ACERCA DA QUESTÃO DA MOBILIDADE HUMANA E A SAÚDE PÚBLICA NOS DIAS ATUAIS

1.1 A MOBILIDADE HUMANA NOS DIAS ATUAIS

Na história da humanidade sempre existiu o deslocamento de pessoas ou de grupos de pessoas dentro dos países e para fora deles (DIAS e GONÇALVES, 2002).

Segundo o dicionário *Houaiss da Língua Portuguesa* (2009), migração significa "a movimentação quando de entrada chamada imigração, e quando de saída emigração, de indivíduo ou grupo de indivíduos, em busca de melhores condições de vida. Essa movimentação pode ser entre países diferentes ou dentro de um mesmo país." Para OLIVEIRA (2012, p. 85), migrar "envolve o mover-se, deslocar-se de um lugar ao outro, implica necessariamente o contato com o diverso, pertencer a uma cultura, a uma forma de compreender o mundo e passar a conviver com outra, a partir do deslocamento geográfico."

A migração pode acontecer por vários fatores, segundo sugerem VASCONCELLOS e ADORNO (2012, p.134), observando que a mobilidade tem "natureza diversa e de distinta complexidade, acontecendo por livre escolha, forçada, por busca de assistência à saúde, por trabalho, por proximidade de parentesco, por efeitos climáticos, por conflitos étnicos ou raciais, em razão de exílio político, proteção à pessoa, por amor."

LEVITT e JAWORSKY (2007) afirmam que as necessidades e as motivações do fenômeno migratório têm sofrido alterações associadas às rápidas mudanças ambientais, demográficas, socioeconômicas e políticas, ganhando uma frequência acentuada no mundo atual.

Atualmente, a migração internacional, como descrevem CARABALLO e NERUKAR (2001), é um desafio mundial, exigindo uma reflexão da maioria dos países. Nesse contexto, os autores observam que existe uma reconhecida necessidade de compreensão da movimentação da população

e do seu impacto, quer para os países de acolhimento, trânsito e origem, quer para as populações migrantes ou autóctones.

A migração internacional abrange uma ampla gama de movimentos da população, sendo as razões desse movimento e a situação legal dos migrantes determinantes do tempo e em que condições eles podem permanecer no país de acolhimento.

Aproximadamente 175 milhões de pessoas, 2,9% da população mundial, vivem temporária ou permanentemente fora de seus países de origem. Estão incluídos nesses números os trabalhadores migrantes, os imigrantes permanentes e os refugiados e requerentes de asilo. Esse dado não leva em conta o número de pessoas em situação irregular ou não documentadas¹, que também caracteriza a migração em todos os lugares do mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

Os compromissos internacionais assumidos em prol da ampliação e da efetivação dos direitos humanos dos migrantes são necessários. Reconhecer o novo, difícil e conflituoso papel dos Estados nacionais e das políticas sociais em relação aos processos externos e internos de distribuição da população no espaço é uma tarefa complexa, que se dá em um cenário cada vez mais desigual e excludente. Para PATARRA e BEARGNINGER (2006, p. 84):

Há que se tomar em conta as tensões entre os níveis de ação internacional, nacional e local, (...) os movimentos migratórios internacionais constituem a contrapartida da reestruturação territorial planetária intrinsecamente relacionada à reestruturação econômico-produtiva em escala global.

VASCONCELOS e ADORNO (2012) apontam que nesse cenário de grande complexidade e diversidade das migrações contemporâneas "tornase importante perceber que a tendência será a de encontrarmos não sua diminuição, mas sim um aumento de circulação da população mundial" (p.

.

¹ No jargão do cenário de refúgio é comum encontrar o neologismo "indocumentado" para designar a situação dos refugiados que se encontram no país de acolhimento sem documentação. Nesta pesquisa optamos pelo uso da expressão "não documentado", atendendo à norma da língua portuguesa.

135). PATARRA e BEARGINGER (2006, p. 84) acrescentam que, no cenário da globalização, as novas modalidades migratórias demandam a "reavaliação dos paradigmas para o conhecimento e o entendimento das migrações internacionais no mundo, sendo que a incorporação de novas dimensões explicativas tornam-se imprescindível, assim como a própria definição do fenômeno migratório que deve ser revisto."

1.2 A MIGRAÇÃO E A SAÚDE PÚBLICA

A migração, afirmam DIAS e GONÇALVES (2004), é um desafio para a saúde pública em todos os países. McKAY et al. (2003) observam que a heterogeneidade dessa população e a falta de dados nacionais e internacionais consistentes sobre as questões que envolvem a migração e a saúde, bem como a investigação dessa temática, ainda são incipientes, justificando a realização de mais pesquisas na área. Considerando a saúde um lócus privilegiado para a compreensão das necessidades básicas, VASCONCELOS e ADORNO (2012) observam que o campo apresenta, potencialmente, "reflexos importantes nas práticas locais de assistência médica e nas ações de proteção à saúde em contextos interculturais" (p. 135).

O estado de saúde de uma população é resultado de redes complexas de determinantes que envolvem fatores biológicos, genéticos, psicossociais, estilos de vida e comportamentos, meio ambiente físico, socioeconômico e cultural, além daqueles relacionados com os sistemas de saúde e, ainda, fatores políticos e de nível macrossocial (REIJNEVELD, 1998). As populações migrantes deverão se beneficiar do mesmo tipo de fatores protetores da população em geral, como os recursos socioeconômicos, condições habitacionais, de proteção social, condições de trabalho e igualdade de oportunidades na educação e saúde, passando pela abordagem individual do processo saúde e doença e se aprofundando nas dimensões envolvidas no setor saúde (DIAS; GONÇALVES, 2004).

Nesse contexto, apontam os dois autores, é consensual que a migração em si mesma não representa um fator de risco à saúde. As pessoas, em qualquer situação ou por qualquer motivação, em algum momento de suas vidas, sejam ou não migrantes, necessitarão de atenção à saúde: "a escolha do que move o lugar de destino e a permanência dos migrantes, em algum momento, os levará à necessidade de atenção à saúde" (VASCONCELLOS; ADORNO, 2012, p. 136).

O impacto da migração na saúde, em cada fase do processo migratório, varia com o tipo de migração (legal, irregular, forçada, voluntária). São fatores de influência o ambiente global do país de origem, trânsito e acolhimento; as políticas de imigração adotadas no país de chegada; e as condições de acolhimento ou contato com o país de origem (McKAY et al., 2003). Portanto, o efeito da migração no estado de saúde do migrante, bem como os padrões de morbidade e mortalidade, depende de quem está a migrar, quando, de e para onde migra e quais os parâmetros de saúde que estão sendo avaliados (CARABALLO, 2007). Nessa perspectiva, o processo de migração pode então atuar de forma positiva ou negativa na saúde do migrante.

É importante observar que alguns migrantes, por mais que tenham dificuldades de adaptação no novo país, se encontram em um ambiente mais favorável que do aquele de origem, tendo a possibilidade de melhores condições de vida e de saúde.

De qualquer maneira, observam DIAS e GONÇALVES (2004), a experiência de afastamento e a ruptura das relações sociais e familiares podem gerar uma redução de suporte social e emocional aos indivíduos, influenciando o estado de saúde e bem-estar de populações migrantes. A ausência de mecanismos microssociais de apoio pode favorecer práticas prejudiciais a saúde, como o consumo e a dependência de substâncias como álcool, tabaco e outras drogas, além do envolvimento em episódios de violência. Na chegada aos países de acolhimento os imigrantes confrontam-se com um contexto novo, que inclui diferenças no meio ambiente físico e social, choque cultural e de estilo de vida, barreiras linguísticas, diferença de

sistemas administrativos e legais. Essas circunstâncias podem levar a problemas físicos, psicológicos e sociais (CARABALLO; NERUKAR, 2001).

Além dos aspectos sociais e culturais, também as políticas de migração vigentes nos países de acolhimento que não promovem a integração social podem influenciar de forma negativa na saúde do imigrante (GROOVE, 2006).

O acesso à atenção à saúde é assegurado à população migrante pelo direito internacional, disponibilizado pelos países de acolhimento. No caso do Brasil, esse acesso se dá por meio do Sistema Único de Saúde (SUS)². No entanto, existem dificuldades na utilização dos serviços quando os migrantes necessitam de atenção à saúde. Mesmo existindo cobertura e acesso universal aos cuidados, na maior parte dos países receptores de imigrantes o que se constata é que, muitas vezes, eles não se beneficiam de todos os serviços disponíveis, não sendo efetivamente abrangidos pelos sistemas existentes no que diz respeito às estratégias de promoção de saúde e de prevenção ou tratamento da doença (LUCK et al., 1999; McMUNN, 1998).

O acesso e a utilização de serviços de saúde podem ser dificultados por diferentes tipos e níveis de barreiras – legislativas, estruturais, organizacionais, culturais e linguísticas –, conforme colocam DIAS et al. (2002). E, apesar de o direito universal à saúde ser reconhecido, na prática as restrições impostas aos imigrantes podem determinar o acesso aos cuidados de saúde (DIAS; GONÇALVES, 2004).

Outro aspecto que influencia a eficácia das respostas às necessidades de saúde das populações migrantes se refere à infraestrutura e funcionamento dos serviços, segundo variáveis como distância, horário e tempo de espera, bem como comportamento do setor administrativo e dos profissionais da saúde. A discriminação e a estigmatização social produzidas

_

² O SUS é o conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições federais, estaduais e municipais da administração pública, direta e indireta, mantido pelo poder público. É considerada uma das maiores conquistas sociais dos brasileiros, consagrada pela Constituição de 1988. Os princípios do SUS apontam para a democratização nas ações e nos serviços de saúde, que deixam de ser restritos e passam a ser universais, norteados pela descentralização. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus principios.pdf>.

e associadas à situação do imigrante também podem condicionar o acesso à informação e a utilização dos serviços de saúde (WOLFERS et al., 2003).

Nos serviços de atenção à saúde, VASCONCELLOS e ADORNO (2012, p.136) apontam, ainda, as "dificuldades de lidar com as diferenças sociais e étnicas, enxergando o *outro* somente como imigrante e um problema para a sistemática dos serviços" [grifo dos autores].

O idioma é um desafio e uma barreira a ser ultrapassada, no que se diz respeito à atenção à saúde de imigrantes, já que se trata de uma importante forma de estabelecer o diálogo. Esse problema se coloca tanto para os profissionais da saúde, que não conseguem compreender o que esta sendo falado, quanto para o migrante, que tem dificuldade em se expressar.

A falta de preparo dos profissionais de saúde em lidar com o imigrante pode sugerir a menor utilização dos serviços de atenção por parte da população imigrante. A dificuldade de comunicação entre ambos introduz obstáculos à promoção de saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças, causando um sentimento de insatisfação no usuário imigrante (ESHIETT, 2003).

É importante ressaltar que esse tipo de dificuldade não é observada no turismo de saúde³. Nos grandes centros urbanos do Brasil, entre os quais a cidade de São Paulo, os cuidados com a saúde do turista despontam como motivação para a visitação, sendo o quarto motivo de visita à capital paulista. São prestadores de serviços de atenção à saúde particulares, especializados e qualificados para o atendimento aos estrangeiros. Eles estão preparados e estruturados para lidar de forma competente com o usuário que vem de outros países, sobretudo em aspectos que dizem respeito à comunicação, diferenças de hábitos e comportamentos (SAÚDE DESPONTA COM MOTIVAÇÃO..., 2012).

-

³ Dados da empresa de turismo da cidade de São Paulo: "Vem crescendo a quantidade de estrangeiros que procuram a cidade para fins médicos, aliando o bem-estar à sua viagem. Essa nova demanda fez com que muitos estabelecimentos e agências paulistanas enxergassem um novo segmento, o do turismo de saúde." Disponível em: http://imprensa.spturis.com.br/press-kits/saude-desponta-como-motivacao-para-vinda-de-turistas-a-sao-paulo>.

Portanto, existe no país um serviço para estrangeiros, bem organizado e estruturado, com objetivos e posicionamentos de atenção à saúde, que é diferente do oferecido pelo SUS, sistema utilizado prioritariamente pela maior parte de imigrantes no Brasil.

DIAS e GONÇALVES (2004) sugerem que para uma melhor compreensão dos determinantes de acesso e utilização dos serviços de saúde pela população de imigrantes pode ser útil o desenvolvimento de políticas e programas de saúde mais adequados. Portanto, não basta a existência do serviço; é importante que ele seja acessível.

Percepção de saúde e práticas de cuidados dos migrantes

Os determinantes culturais, as crenças e as representações acerca da saúde, doença e tratamento são aspectos importantes a se considerar, porque influenciam os comportamentos de saúde, as práticas de risco e a necessidade percebida de utilizar os serviços de saúde (DIAS et al., 2002).

Muitas vezes, as práticas de saúde nos países de origem se caracterizam pela preferência da medicina tradicional em detrimento do sistema de saúde institucional. Esse comportamento pode se perpetuar nos países de acolhimento e se traduzir em uma menor procura pelos serviços de saúde locais. Alguns estudos sugerem aumento na percepção da necessidade do uso dos serviços de saúde por parte dos imigrantes instalados mais tempo no país de acolhimento e com maior grau de alfabetização (ABBOTT et al., 2000; DIAS et al., 2002).

É importante observar que o estado de saúde passa pela especificidade da cultura, nem sempre considerada nas rotinas dos serviços. Ao contrário, apontam VASCONCELOS e ADORNO (2012, p.137), diante das rotinas dos serviços de saúde "os migrantes e imigrantes são um problema e a solução é descaracterizar sua identidade e o seu pertencimento cultural por meio do uso generalizado de fármacos, ou diagnosticá-los em permanentes quadros depressivos.". Essas "soluções",

generalizantes, implicam descaracterização de sua identidade e do seu pertencimento social.

Nesse sentido, deve fazer parte do papel dos profissionais que atuam no SUS a reformulação de pensamentos, posicionamentos e ações quanto às percepções de saúde e práticas de cuidado dos migrantes, promovendo a inclusão/adaptação, respeitando, integrando e valorizando as experiências dessa população.

Importante, portanto, sensibilizar os profissionais da saúde para a importância das diferenças culturais, buscando desenvolver competências para tal função. Ao mesmo tempo, os serviços de saúde devem disponibilizar os meios para limitar as barreiras e dar respostas ajustadas e sensíveis às especificidades dessa população (JANSÀ, 2004; KANDULA, 2004). Assim, as políticas e estratégias públicas, no que se diz respeito à saúde e à imigração, devem ser sensíveis à diversidade cultural e adaptadas aos diversos contextos que surgem com o fenômeno migratório, a fim de serem dadas respostas eficazes às necessidades das populações e indivíduos (DIAS e GONÇALVES, 2004).

Os estudos do campo sugerem observar o complexo aspecto da diversidade presente nas populações migrantes, essência da resposta estruturada dos serviços de saúde, evitando as padronizações de respostas e condutas, pelos profissionais, baseadas em normas, rituais de diagnósticos e intensificação do uso de fármacos para todos os males (VASCONCELLOS e ADORNO, 2012). Os autores sugerem, ainda, que a percepção de saúde e práticas de cuidado dos migrantes e a atenção à sua saúde busquem uma adaptação, principalmente levando em conta as práticas culturais e de medicina tradicional, os hábitos e os costumes trazidos de seus países de origem.

A migração no Brasil, hoje, tem motivações e configurações que devem ser compreendidas sob a perspectiva das novas características da mobilidade humana. Nesta investigação a questão da migração em saúde foi colocada porque nos aproximamos de imigrantes, refugiados no município de São Paulo, em um contexto que envolve a saúde pública.

1.3 A QUESTÃO DOS REFUGIADOS E O BRASIL

Historicamente observa-se a ocorrência de situações de refúgio desde a antiguidade, em civilizações como a grega, romana, egípcia e mesopotâmica. O refúgio era, então, marcado por um caráter religioso, sendo os templos os lugares de abrigo para os refugiados da época. Dessa forma, o refúgio beneficiava, em geral, os criminosos comuns, numa inversão do que acontece no quadro atual.

O refúgio perdeu esse caráter religioso e passou a ser assunto de Estado com a criação do sistema diplomático e de embaixadas, baseado na teoria da extraterritorialidade. Ao embaixador se atribuía a prerrogativa de conceder a proteção nos limites de sua embaixada ou residência, teoria substituída, hoje, pela teoria da jurisdição. A partir da Revolução Francesa, com os ideais de liberdade e de direitos individuais, começou a se consolidar a aplicação do refúgio a perseguidos políticos e a extradição de criminosos comuns (BARRETO, 2010).

O avanço das relações entre Estados soberanos e a ampliação dos problemas populacionais e de criminalidade determinaram a necessidade de cooperação internacional no combate ao crime, tornando-se inaceitável a proteção a criminosos comuns estrangeiros. A partir daí, o refúgio se constituiu em importante instrumento internacional de proteção ao indivíduo perseguido (BARRETO, 2010). Segundo esse autor, a percepção moderna da temática e das situações de refúgio está intimamente vinculada ao caminho percorrido pelas sociedades ocidentais na elaboração de sua compreensão a cerca dos direitos humanos.

Ao longo do século XX o problema dos refugiados se tornou objeto de preocupação da comunidade internacional (AYDOS et al., 2008). O primeiro marco desse processo é a Convenção dos Refugiados⁴, de 1951, criada para dar resposta a muitos problemas dos refugiados da Segunda Guerra

.

⁴ Em 28 de junho de 1951, em Genebra, aconteceu a Convenção Relativa ao Estatuto dos Refugiados, com o objetivo de esclarecer quem eram as pessoas que poderiam ser denominadas refugiadas e quais as normas que os países signatários seguiriam para o seu acolhimento (UNHCR, 2010).

Mundial, dispersos por toda a Europa. Um ano antes, em 1950, para zelar pela aplicação correta de outros instrumentos internacionais de proteção então vigentes e realizar esforços para garantir a proteção necessária às pessoas que precisassem de refúgio, a Assembléia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) havia criado o Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados⁵, que hoje atua em 116 países (ACNUR, 2012).

No início, a Convenção de 1951 se limitava, basicamente, a proteger os refugiados europeus do pós-guerra. Mas o Protocolo de 1967 – uma extensão de classificação do que é ser refugiado, que não estava contemplada na Convenção – ampliou essa proteção, colocando fim à reserva temporal, que significava dar o status de refugiados exclusivamente às pessoas afetadas pela Segunda Guerra. Em 1969, a Organização para a Unidade Africana (OUA) concebeu a primeira experiência regional na elaboração de instrumentos de proteção aos refugiados provenientes da África, enquanto na América Latina, em 1984, foi promulgada a Declaração de Cartagena. Ambos os instrumentos são conhecidos por promover ampliações na definição de refugiado (AYDOS et al., 2008).

O refúgio se funda no direito de asilo, previsto no artigo 14 da Declaração Universal dos Direitos Humanos, de caráter humanitário e apolítico, que tem como base os princípios da solidariedade, tolerância, não discriminação e dignidade da pessoa humana (ACNUR, 2013).

Na atualidade, o ACNUR colabora com cerca de 33 milhões de pessoas, quase a metade refugiada⁶ sob asilo solicitado pela instituição. A Convenção soube adaptar-se com grande flexibilidade às mudanças vertiginosas ocorridas no mundo nas últimas décadas, sendo a pedra angular da proteção dos refugiados (JUBILUT, 2006).

⁶ Refugiado é toda a pessoa que, em razão de fundados temores de perseguição devido à sua raça, religião, nacionalidade, associação a determinado grupo social ou opinião política, encontra-se fora de seu país de origem e que, por causa dos ditos temores, não pode ou não quer regressar ao mesmo (ACNUR, 2010).

.

⁵ As Nações Unidas atribuíram ao ACNUR o mandato de conduzir e coordenar ações internacionais para proteção dos refugiados e buscar soluções duradouras para seus problemas, assegurando-lhes direitos e bem-estar, bem como prestando assistência no regresso ao seu país de origem ou na sua instalação em outro. O ACNUR conduz a sua ação de acordo com a Convenção das Nações Unidas Relativa ao Estatuto dos Refugiados, de 1951, o protocolo de 1967 e o direito internacional dos refugiados, que constituem o quadro normativo essencial das atividades humanitárias da instituição (ACNUR, 2013).

Desde o início de formação do marco internacional de proteção dos refugiados, o Brasil tem desempenhado um papel de liderança nas questões relativas ao tema, tendo sido o primeiro país do Cone Sul a ratificar, em 1960, a Convenção de 1951 (JUBILLUT, 2006; AYDOS et al., 2006).

Hoje, existem 4.689 refugiados reconhecidos pelo governo brasileiro, de 78 nacionalidades diferentes. Desses, 64% são do sexo masculino e 36%, feminino (ACNUR, 2012). A maioria está concentrada nos grandes centros urbanos do país: 66% no Sudeste, 16% no Centro-Oeste, 11% no Norte, 6% no Sul e 1% na região Nordeste (ACNUR, 2012).

Os refugiados no Brasil são da África (República Democrática do Congo, Guiné Bissau e Senegal), América do Sul (Colômbia) e Ásia (Bangladesh, Paquistão). Em 2012, em razão de importantes crises humanitárias, o Brasil registrou um aumento nas solicitações de refúgio vindas da Síria, Mali e Costa do Marfim (ACNUR, 2012).

Estima-se ainda que haja no país milhares de refugiados em situação não oficial, não reconhecida (JUBILUT, 2006). São famílias, homens, mulheres e crianças que chegam buscando proteção e condições de sobrevivência. Esse contingente tem crescido, sobretudo a partir de 1997, quando o governo federal regulamentou a proteção ao refugiado de acordo com os dispositivos internacionais criados no pós-guerra – a Convenção de 1951 e o Protocolo de 1967 (UNHCR, 2010).

No Brasil o refúgio é regulamentado pela lei 9.474/97, que define os mecanismos de implementação da Convenção de 1951 (BRASIL, 1997), possuindo uma das legislações mais modernas sobre o tema (JUBILUT, 2006; AYDOS et al., 2008). Assim, o refugiado pode obter documentos, trabalhar, estudar e exercer os mesmos direitos dos de qualquer cidadão estrangeiro legalmente instalado no país. Em contrapartida, ele assume deveres como obediência rigorosa às leis brasileiras e manutenção de sua documentação atualizada. Caso não os cumpra, fica sujeito à perda da condição de refugiado (JUBILUT, 2006).

Essa mesma lei criou o Comitê Nacional para os Refugiados, o CONARE⁷ (LEÃO, 2009), que atua em parceria com o ACNUR e a sociedade civil, incluindo diversas organizações não governamentais. Ao CONARE cabe a implantação de programas para refugiados e o reassentamento dos que continuam sofrendo ameaças e problemas de adaptação no primeiro país de asilo. Essas parcerias e programas têm por objetivo integrar os refugiados à sociedade brasileira (AYDOS et al., 2008).

O Estado de São Paulo, segundo relatório do ACNUR, recebe 45% dos solicitantes de refúgio do Brasil, a grande maioria residindo na capital paulista (ACNUR, 2012).

A Cáritas Arquidiocesana de São Paulo (CASP)⁸, junto com a Secretaria de Justiça e da Defesa da Cidadania do Estado de São Paulo e o ACNUR, dirige o Centro de Acolhida para Refugiados (CAR). O lugar é buscado pelos solicitantes de refúgio e por refugiados que chegam à capital paulista. Segundo dados da instituição, até maio de 2011 foram atendidas 2.890 pessoas, entre solicitantes de refúgio que aguardam definição do governo e refugiado (CENTRO DE ACOLHIDA PARA REFUGIADOS, 2012).

No que diz respeito ao continente e país de procedência dos solicitantes, observa-se: Senegal, Somália, República Democrática do Congo (África); Colômbia, Cuba e Haiti (América Latina); Bangladesh e Butão (Ásia); Paquistão, Afeganistão, Síria e Iraque (Oriente Médio) (CENTRO DE ACOLHIDA PARA REFUGIADOS, 2012).

Os solicitantes são, na sua maioria, homens solteiros ou sozinhos, entre 18 e 68 anos. Apenas 26% são mulheres. Quanto ao grau de escolaridade: 1% é analfabeto; 30% têm ensino fundamental completo; 20%,

⁸ A Cáritas Brasileira é um organismo de pastoral e de assistência social ligado à Igreja católica. Faz parte da Rede Cáritas Internationalis, composta por 162 organismos presentes em 200 países e territórios, com sede em Roma. A Cáritas Arquidiocesana de São Paulo é uma organização da sociedade civil, reconhecida juridicamente como órgão de utilidade pública federal, que integra a rede de proteção do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados desde 1989, mas já trabalhava com a questão dos refugiados desde 1977, por intermédio da Comissão de Justiça e Paz. CASP e ACNUR realizam diversos projetos para ajudar os refugiados a reconstruirem

suas vidas. Disponível em: < http://caritas.org.br/novo/sobre/>.

7

Omissão interministerial, do âmbito do Ministério de Justiça, que outorga às pessoas reconhecidas como refugiadas a documentação que lhes permitem residir legalmente no país, trabalhar e ter acesso aos serviços públicos, tais como saúde e educação, decidir sobre a perda de condição de refugiada e coordenar, no âmbito governamental, as ações de proteção e assistência jurídica a elas (LEÃO, 2009).

ensino fundamental incompleto; 23%, ensino médio completo; 12%, ensino médio incompleto; 10% possuem diploma universitário e 4%, ensino universitário incompleto (CENTRO DE ACOLHIDA PARA REFUGIADOS, 2012).

Os funcionários do CAR atendem aqueles que chegam à cidade em busca de refúgio, orientando-os quanto aos procedimentos para que possam receber assistência legal e pessoal, com foco principal de atuação: na proteção (garantir que o refugiado tenha acesso aos direitos previstos nos acordos internacionais e na legislação brasileira); na assistência (ajudar o refugiado e sua família no atendimento a necessidades de saúde, alimentação, moradia, atendimento psicológico); e na integração (trabalhar pela autossuficiência do refugiado por meio da revalidação dos estudos, cursos profissionalizantes e encaminhamentos para a procura de trabalho).

Alguns projetos da CASP são realizados em parceria com instituições da sociedade civil. Entre elas, o Sistema S⁹, em duas de suas instituições: o SENAC¹⁰, responsável pelo curso de língua portuguesa para refugiados, e o SESC¹¹, que trabalha com essa população na área da alimentação e atenção em saúde bucal.

Esse projeto de atenção para os refugiados contempla a oralidade (alimentação, aulas de língua portuguesa e atenção odontológica). Na atenção odontológica, entre outros aspectos, trabalha com a prevenção de doenças bucais e tem como uma das ações de prevenção individual orientar

.

Organização criada pelo setor produtivo privado do Brasil para qualificar e promover o bem-estar social e disponibilizar uma boa educação profissional aos trabalhadores vinculados aos setores da indústria, do comércio, da agricultura e de cooperativas. Integram o Sistema S dez instituições: SENAI (Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial) SESI (Serviço Social da Indústria) IEL (Instituto Euvaldo Lodi) – essas três instituições subordinadas à Confederação Nacional da Indústria (CNT) –, SENAC (Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial), SESC (Serviço Social do Comércio) SENAR (Serviço Nacional de Aprendizagem Rural), SENAT (Serviço Nacional de Aprendizagem em Transportes), SEST (Serviço Social de Transportes), SESCOOP (Serviço Nacional de Aprendizagem do ooperativismo) e SEBRAE(Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas).

¹⁰ Agente da educação profissional voltada para o setor do comércio de bens, serviços e turismo do Brasil. Disponível em: http://www.senac.br/institucional/senac.aspx>.

¹¹ Projeto cultural e educativo que trouxe desde sua criação pelo empresariado do setor comercial e de serviços, em 1946, a marca da inovação e da transformação social. Oferece atividades de turismo social, programas de saúde e de educação ambiental, programas especiais para crianças e terceira idade, desenvolvendo ação de educação informal e permanente para valorizar as pessoas, estimulando a autonomia, a interação e o contato com expressões e modos diversos de pensar, agir e sentir. Disponível em:

http://www.sescsp.org.br/sesc/quem somos/index.cfm?forget=14&inslog=16>.

a realização de escovação de dentes, com pasta dental e o uso do fio dental, para remover a biofilme dental (cujo processo de formação é explicado na Parte 2, desta dissertação), que é o fator de causa destas doenças.

Supõe-se, portanto, que os refugiados podem realizar suas práticas de cuidado com o corpo e com sua saúde de forma particular devido a costumes e tradições trazidos de seus países os quais continuam a realizar.

1.4 O ENCONTRO COM OS REFUGIADOS

No nosso dia a dia, realizamos movimentos que proporcionam encontros com situações, sentimentos, pessoas ou mesmo com nada nem ninguém. Meu encontro com o universo dos refugiados deu-se no âmbito da rotina profissional, como cirurgião dentista do SESC, onde trabalho desde 2000. Em 2003, no exercício das minhas atividades laborais, em um dos ambulatórios de atendimento odontológico da instituição, observei a presença de usuários diversos daqueles que habitualmente utilizam o serviço.

Especificamente, em um dia comum de trabalho, aguardava-me na sala de espera para atendimento um menino acompanhado de uma senhora. Ela destoava das outras pessoas que estavam lá pelo seu modo de vestir e de falar: um lenço envolvia sua cabeça e o pescoço e usava um vestido de tecido com estampas e cores diferentes das usadas pelos brasileiros. E, ainda, não se comunicava bem em português.

Ela tinha um olhar confuso que indicava não saber muito bem o que estava fazendo ali. Os dois aguardavam a consulta, e ela informou ser a mãe do menino. Então, os convidei para entrar no consultório e iniciei o atendimento. A informação que eu tinha do setor de agendamento é que se tratava de pacientes encaminhados pelo "Cáritas", cujo significado desconhecia até então. Perguntei-lhe o motivo de procurar o atendimento odontológico para seu filho e ela me explicou, intercalando palavras em português e inglês, o problema na boca da criança, acrescentando que fora

encaminhada pelo Cáritas porque era refugiada. O menino apresentava alguns problemas bucais e o tratamento foi realizado em quatro semanas.

Nesse período de convivência, ela relatou um pouco da sua história e explicou porque estava refugiada em São Paulo. Fiquei surpresa ao saber da existência de refugiados na capital paulista. Trabalho no centro da cidade e nos trajetos diários que percorro na região é comum ver estrangeiros transitando, mas, até então, não me ocorrera que alguns deles pudessem ser refugiados. Ao confrontar-me com essa situação fiquei inquieta, o que me fez buscar mais informações sobre aquelas pessoas e os atendimentos prestados a elas.

A primeira indagação que me fiz foi: por que o SESC, dentre tantos serviços prestados exclusivamente ao público ligado aos setores comercial e de serviços, como o atendimento odontológico, estava atendendo refugiados? Soube, então, que a atenção odontológica para os refugiados teve início após um acordo entre o cardeal Dom Paulo Evaristo Arms¹² e representante do CASP, o diretor regional do SESC São Paulo, Danilo Santos de Miranda, e o ACNUR¹³, durante um seminário realizado na capital paulista em novembro de 2011, cujo tema contemplava exatamente a questão do refúgio.

O levantamento do histórico de atendimento desses refugiados permitiu avaliar as fichas clínicas e odontológicas daqueles encaminhados pelo CASP para tratamento no SESC, de janeiro de 2003 a janeiro de 2013. Ao longo desses dez anos foram realizados tratamentos em 54 refugiados provenientes de 14 países: Angola, Burundi, Egito, Libéria, Mauritânia, República Democrática do Congo, Somália, Colômbia, Cuba, Haiti, Peru,

_

¹² Arcebispo emérito de São Paulo e uma das figuras mais relevantes da igreja católica no Brasil. Disponível em: http://www.dompaulo.org.br/>.

¹³ Informação dada pelo diretor regional do SESC, durante o seminário "Identidades em trânsito: diálogos sobre o refúgio no Brasil", em 17 de novembro de 2011. O evento propôs uma reflexão acerca do refúgio e da situação dos refugiados no país, abordando questões como os deslocamentos humanos no mundo e seus reflexos nas relações internacionais, os direitos dos refugiados, a posição do Brasil como destino de fluxos de deslocamentos por perseguição, os sistemas nacionais de proteção e refúgio e a situação cotidiana dos refugiados no país, suas principais necessidades e conquistas. Disponível em:

http://www.sescsp.org.br/sesc/conferencias new/subindex.cfm?Referencia=7324&ParamEnd=8>.

Armênia, Iraque, Palestina. Desse total, 24 mulheres e 30 homens, com idades variando entre 4 e 78 anos.

Quanto ao tratamento prestado, 11 refugiados receberam atendimento emergencial, com presença de dor e infecção na boca. Após solucionar o problema imediato, esses pacientes manifestaram o desejo de fazer um tratamento odontológico para prevenir doenças bucais e tratar outros problemas presentes. Trinta e quatro procuraram o ambulatório porque observaram comprometimento estético e dificuldade ao mastigar. Em todos refugiado procurou esses anos. somente um atendimento exclusivamente emergencial.

Quanto à finalização, 34 deles concluíram o tratamento, sendo então convidados para retornos preventivos. Vinte refugiados não finalizaram o tratamento, segundo os seguintes motivos: em 7 casos houve mudança de cidade; em 2, mudança de país; em 6, mudaram de Estado; em 3, o contato foi perdido; e 2, iniciaram atividade laboral, interrompendo o tratamento por receio de faltar ao trabalho para ir tratar os dentes e, consequentemente, correr o risco de perder o emprego.

Quanto aos profissionais que entraram em contato com os refugiados (dentista, auxiliares odontológicos e atendentes de público), eles demonstraram dificuldades em interagir com essa população, sobretudo em razão de não conseguirem se comunicar com fluência em língua portuguesa.

Após entrar em contato com essas situações e informações, a seguinte questão-problema foi colocada: *Como será para um refugiado exilado em São Paulo, no seu dia a dia, o cuidado com seu corpo e com sua saúde?*

1.5 CENÁRIO DO ESTUDO: A REGIÃO CENTRAL DA CIDADE DE SÃO PAULO

O cenário desta investigação é a região central da cidade de São Paulo, inicialmente o Largo São Bento, onde está instalada a unidade SESC em que são atendidos os refugiados.

Nossa proposta inicial era estudar as práticas de cuidado com o corpo e a saúde dos refugiados que procurassem atendimento odontológico, encaminhados pelo CASP ao SESC.

No cronograma da investigação planejou-se a realização da coleta de dados de janeiro a agosto do ano de 2012, mas somente quatro refugiados foram encaminhados para tratamento odontológico no período, sendo realizado o contato somente com dois eles. Portanto, foram considerados dois sujeitos, número insuficiente para aproximação do cotidiano de refugiados. Não foi identificado o motivo da diminuição dos encaminhamentos realizados pelo CASP para atendimento no SESC.

Devido à mudança da população estudada, o cenário da pesquisa proposto inicialmente foi alterado. Buscando uma população de refugiados que viabilizasse uma aproximação do seu dia a dia, identificou-se outra unidade do SESC, localizada na região central da cidade de São Paulo, no distrito da Sé, onde é oferecido o curso de língua portuguesa para refugiados¹⁴. A região engloba os seguintes bairros: Bela Vista, Bom Retiro, Cambuci, Consolação, Liberdade, República, Santa Cecília e Sé. Naquele espaço configurou-se a oportunidade de aproximação com parte do cotidiano desses sujeitos.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010), vivem na cidade de São Paulo 81.682 estrangeiros. Caracterizado pela presença constante imigrantes, desde a formação da cidade até os dias atuais, o distrito da Sé tem área de 2,1 km², com uma população de 23.651 pessoas, densidade demográfica de 11.626 habitantes por km² (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

cada turma.

¹⁴ As aulas de língua portuguesa fazem parte de uma ação do programa de proteção, realizado através da associação do Cáritas Arquidiocesana de São Paulo, Serviço Social do Comércio e Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados, e acontece há 13 anos. Trata-se de um curso básico de língua portuguesa, ministrado por uma professora graduada em Letras, encaminhada pelo Senac, durante todo o ano, com a duração de dois meses

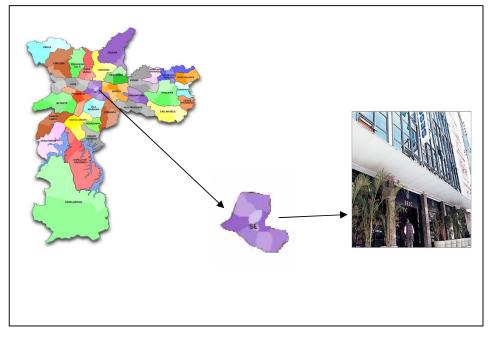


Figura 1 - Mapa da região central da cidade de São Paulo.

Fonte: Google maps

Na Sé concentram-se os estrangeiros solicitantes de refúgio e refugiados, que realizam na própria região a maioria de suas atividades diárias e estabelecem suas redes de contatos e convivência.

Para se alimentar, entre outros lugares, a população refugiada utiliza o restaurante "Bom Prato", mantido pelo governo do Estado, instalado na Rua 25 de Março, e o restaurante do SESC Carmo, na Rua do Carmo, onde também participam das aulas de língua portuguesa. Também nessa região se localiza o Centro de Acolhida ao Refugiado, à Rua Venceslau Brás, local de apoio ao refugiado ligado ao ACNU. No que diz respeito à moradia, alguns residem na Casa do Migrante, que fica no Largo do Glicério, enquanto outros vivem em quartos alugados ou em albergues da prefeitura paulistana, todos localizados na região.



Figura 2 - Região de convivência dos refugiados em São Paulo.

Fonte: Google maps

1.6 OS SUJEITOS ELEITOS DA INVESTIAGAÇÃO

Com o replanejamento desta etapa da investigação (a composição da população estudada), foram elencados como sujeitos os alunos matriculados no curso de língua portuguesa para refugiados.

Elegeu-se como critério de inclusão de sujeitos: refugiados e/ou solicitantes de refúgio que estão no município de São Paulo; matriculados nas aulas de língua portuguesa para refugiados, oferecidas pelo SESC Carmo nos meses de novembro/dezembro de 2012 e janeiro/fevereiro de 2013; na faixa etária de 12 anos ou mais, de ambos os sexos; provenientes de qualquer país; que se comuniquem nos idiomas português ou inglês¹⁵.

A partir de agora, onde se encontrar no texto o termo "refugiado" entenda-se "solicitante de refúgio". Todos os sujeitos da investigação se definem e nomeiam como refugiados, mesmo quando ainda são solicitantes de refúgio. Solicitante de refúgio é uma formalidade de descrição de sua condição e um termo que pode causar constrangimento e exclusão.

.

1.7 O COTIDIANO

O cotidiano é a rotina, e a rotina é o hábito de fazer as coisas da mesma forma, adverso à inovação, coloca PAIS (2003).

Chamando a atenção para o acaso diário dos encontros e desencontros, do falado e do ouvido em filas, bares, salas de espera, corredores, escadas, elevadores, estacionamentos, bancos de jardins e outros lugares em que ocorrem breves encontros e passagens, SPINK, P. (2008) os descreve como microlugares.

LAW e MOL (1995) conceituam o microlugar buscando recuperar a noção da psicologia social como prática social de conversa e debate, em uma inserção horizontal do pesquisador em encontros diários que acontecem no abstrato, mas sempre em lugares, com as pessoas no real.

SPINK, P. (2008) define o cotidiano como o lugar no qual todos nós, independentemente de onde estamos e quem somos, acordamos pelas manhãs e encontramos no dia pela frente um fluxo de fragmentos corriqueiros e acontecimentos nos microlugares. A autora acrescenta que os microlugares e seus horizontes são produtos e produtores de vários processos sociais e identitários: nós, eles, os temas a serem debatidos, com quem conversamos, como e onde vivemos. O cotidiano se compõe de milhares de microlugares, não sendo um contexto eventual ou um ambiente visto como pano de fundo.

Segundo LATOUR (2004), os microlugares representam um apelo figurativo importante à medida que permitem aos pesquisadores se conectarem com os fluxos constantes de pessoas, falas, espaços, conversas e objetos, assumindo-se como parte de um processo contínuo de negociação, resistência e imposição de sentidos coletivos.

Para o pesquisador a noção de microlugar é um desafio duplo: primeiro, demanda um aprendizado para prestar atenção na própria cotidianidade, reconhecendo que é nela que são produzidos e negociados os sentidos; o segundo desafio implica aprender a fazer parte ordinária do

próprio cotidiano, não como pesquisador participante, muito menos como observador distante, mas simplesmente como parte (SPINK, P., 2008).

Nessa perspectiva, o cotidiano passa a ser um campo-tema, matriz de questionamento, argumento, ação e narração, em que se busca a construção do tema coletivo, assumido numa comunidade mais ampla.

PAIS (2003) observa que as rotas do cotidiano são caminhos denunciadores dos múltiplos meandros da vida social que escapam dos itinerários ou caminhos abstratos em que algumas teorias projetam o social. À sociologia do cotidiano interessa mostrar mais o social do que fazer e propor quadros teóricos e conceitos de partida, assim como hipóteses rígidas que procuram demonstrar um processo de duvidoso alcance em que o conhecimento explicativo separa-se do conhecimento descritivo e compreensivo (PAIS, 2003).

Para ADORNO et al. (2011) é preciso olhar o processo saúde-doença nessa perspectiva, indo além da ideia de uma plenitude em saúde ou de um corpo saudável. Esses autores propõem o exercício da alteridade sobre o técnico e a reflexão acerca de coisas cotidianas que estão sempre em movimento, tais como os trânsitos, os percursos, as resistências, as descobertas, as emoções, as cisões, as afetividades. Em torno desse movimento cotidiano afirma-se a vida dos grupos que são alvos das ações, dos tratamentos, das normas, da disciplina terapêutica.

ADORNO et al. (2011, p. 90) acrescentam e sugerem, ainda, que se deve buscar uma saúde pública que valorize o cotidiano "procurando registrar e compreender as situações encontradas e dar voz ao sujeito para que ele mostre em suas estratégias de vida, como enfrentar as doenças, as adversidades, o sofrimento, as emoções confusas e as desruptivas causadas por eventos quase sempre limites, estratégias de vida que compõe inclusive a ida aos serviços de saúde."

1.8 OBJETIVOS

Como objetivo geral, buscamos identificar de que maneira, no cotidiano, os refugiados exilados no município de São Paulo demonstram e relatam suas práticas de cuidado com seus corpos e sua saúde.

1.8.1 Objetivos Específicos

- √ Caracterizar a população de refugiados que participaram das aulas de língua portuguesa para refugiados no SESC Carmo, de novembro de 2012 a fevereiro de 2013;
- √ Identificar a trajetória dos refugiados de seu país de origem até chegar a São Paulo;
- √ Descrever o seu cotidiano no passado e no presente;
- √ Obter relatos e observações da saúde e das práticas de cuidado com o corpo;
- √ Avaliar as condições da boca dos refugiados.

Esta é uma investigação de abordagem qualitativa, exploratória, descritivo-analítica:

A pesquisa com abordagem qualitativa trabalha com um universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes, fenômenos estes que fazem parte da realidade social onde o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes (DESLANDES et al., 2010, p. 21).

Nessa perspectiva o investigador busca dados para encontrar informações que se confrontem com o seu objeto de pesquisa. E para se aproximar desses dados é imprescindível a construção de um instrumento capaz de fornecer as informações necessárias (QUIVY, 2009).

Neste estudo utilizou-se como estratégia metodológica para aproximação e obtenção de dados a observação participante, entrevistas e um exame clínico-odontológico, constituindo-se como campo investigativo a sala de aula do curso de língua portuguesa para refugiados, oferecido pelo SESC Carmo, em São Paulo, SP.

Torna-se relevante em uma investigação relativizar o espaço social do qual o pesquisador provém, aprendendo a se colocar no lugar do outro à medida que o pesquisador-observador convive com o grupo (DESLANDES et al., 2010).

A observação participante pode ser definida como

um processo pelo qual mantém-se a presença de um observador de uma situação social com a finalidade de realizar uma investigação científica (...), assim o observador é parte do contexto sob observação, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado por este contexto (MINAYO, 2010, p. 273).

As observações aconteceram durante os meses de novembro e dezembro de 2012 e janeiro e fevereiro de 2013, em turmas diferentes do curso de língua portuguesa para refugiados, estando a investigadora presente em quase todas as aulas. Os alunos consentiram com a presença

da pesquisadora, sabendo que estavam sendo observados. Não houve intervenção da pesquisadora no conteúdo do curso, mas interação com os alunos durante as aulas.

Através do convívio em sala de aula foi possível observar a trajetória individual e coletiva desse grupo de refugiados. As impressões obtidas foram registradas em um diário de campo; elas se referiam às ações gerais dos alunos, bem como a posições e comportamentos individuais.

O diário de campo é um caderno de notas no qual o investigador escreve o que vai sendo observado; os dados obtidos também são usados na análise do objeto de investigação. Nele também são registradas as impressões pessoais do pesquisador, que podem se modificar até o final da investigação. Essas anotações são fruto de conversas e situações informais. Como observa MINAYO (2010, p. 295): "Esse acervo de impressões e notas sobre as diferenciações entre falas, comportamentos e relações podem tornar mais verdadeira a pesquisa de campo."

Ao longo da investigação, foram buscadas informações socioeconômicas de cada sujeito, obtidas por meio de ficha de identificação que precedeu o roteiro da entrevista (ANEXO II; III). Nesta investigação, utilizou-se a técnica de entrevista semiestruturada que, segundo MINAYO: é uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores, realizada por um entrevistador, destinada a construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa e abordagem pelo entrevistador, de temas pertinentes, tendo em vista este objeto (2010, p. 268).

Como instrumento para realização das entrevistas utilizou-se um roteiro apropriado, o que "facilita a abordagem e assegura, sobretudo aos investigadores, que seus pressupostos serão cobertos na conversa" (MINAYO, 2010 p. 268). O roteiro foi composto de tópicos que vão ao encontro dos objetivos desta investigação, quais sejam, a obtenção de informações que caracterizem essa população de refugiados; sua trajetória desde seu país de origem até chegada a São Paulo; como era e como está a sua condição de vida; como descrevem suas práticas de cuidados com o corpo e com sua saúde.

Um primeiro roteiro de perguntas, que pode ser identificado como préteste, foi utilizado nas entrevistas feitas com quatro refugiados da turma de novembro/dezembro de 2012. esse teste preliminar apontou a necessidade de ajustes e adaptações, que redundaram em um roteiro mais eficaz. E, então, 11 alunos foram entrevistados, na turma dos meses de janeiro e fevereiro de 2013.

Para obter os dados sobre as condições bucais dos refugiados foi realizado um exame clínico-odontológico, no início do mês de abril de 2013, adotando os critérios preconizados pela Organização Mundial de Saúde (1999), se atendo aos exames de diagnóstico quanto à cárie dental e condição gengival¹⁶.

A investigação foi conduzida de acordo com os padrões éticos exigidos pela Resolução nº 196/96 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996) e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo¹⁷.

Os refugiados que fizeram o curso de língua portuguesa foram convidados a participar da pesquisa, após conhecerem seus objetivos. Aqueles que se prontificaram a participar assinaram voluntariamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO I).

A ausência das especificações descritas anteriormente foi critério de exclusão da pesquisa.

2.1 AS OBSERVAÇÕES

Com frequência participo de atividades no SESC Carmo, onde rotineiramente vejo pessoas estrangeiras participando das muitas atividades que lá acontecem, principalmente no restaurante, no horário de almoço.

¹⁶ A OMS, no manual de levantamento em saúde bucal, propõe a realização do exame para diagnóstico de cárie dental obtendo o índice CPOD (número de dentes cariados, perdidos e obturados); para avaliação da condição gengival é utilizado o índice periodontal comunitário (IPC), obtendo a presença de sangramento gengival, tártaro e bolsas periodontais (OMS, 1999).

¹⁷ A investigação apresenta o CAAE nº 01673212.0.0000.5421, presente no Anexo V. Foi solicitado ao SESC Carmo, local das aulas ministradas aos refugiados, autorização para a realização da pesquisa, a qual foi concedida.

Mas, antes de me aproximar da questão dos refugiados, eles eram simplesmente estrangeiros em um espaço da região central da cidade. Nesse sentido, uma cena comum.

Após a informação de que o curso de língua portuguesa para refugiados acontece regularmente naquela unidade e, ainda, que é um dos locais onde muitos dos que vivem no centro de São Paulo se alimentam, passei a observar o espaço com um olhar diferente.

A aproximação maior aconteceu durante os quatro meses de participação nas aulas, divididas em duas turmas e com objetivos diferentes. No primeiro curso foi realizada uma aproximação para entendimento da dinâmica das aulas e familiarização com a professora, com os refugiados e com campo de investigação.

2.1.1 Observações e Entrevistas Realizadas no Curso de Língua Portuguesa para Refugiados, novembro/dezembro de 2012: entrada e reconhecimento do campo de investigação

A participação no curso que aconteceu em novembro e dezembro de 2012 representou momentos de adequação e reconhecimento das aulas, contato com a professora, aproximação com os refugiados e primeiras observações.

No período, a pesquisadora assistiu a 15 aulas, que aconteciam das 9 às 11 horas, de segunda a quinta-feira. Essa turma era formada por 17 alunos (9 mulheres e 8 homens), procedentes da Colômbia, República Democrática do Congo, Eritreia, Nigéria, Irã, Paquistão, Somália, Senegal e Haiti.

Todos se mostravam atentos durante as aulas. Havia uma diversidade muito grande de idiomas, entre os quais espanhol, francês, inglês, árabe e o próprio português, que estavam aprendendo.

A relação entre os alunos e deles com a professora acontecia de forma satisfatória e respeitosa. Com essa aproximação foi possível observar

que a professora se torna uma referência, marcando significativamente esse momento da vida desses sujeitos.

Os refugiados demonstraram que aprender a falar o novo idioma implica a conquista da liberdade, da independência e, principalmente, a retomada de suas vidas.

Nos últimos dias do curso, duas alunas, da República Democrática do Congo, apresentavam-se bem depressivas e com semblante triste, durante a aula, em razão de notícias de que a cidade de onde vieram estava sendo bombardeada e elas não conseguiam contato com os seus pais. Compartilhei essa observação com a professora. Ela relatou que em função dessas intercorrências emocionais, eventualmente expressadas por outros alunos, havia modificação no ritmo da aula, uma vez que o sentimento parecia contagiar os demais, comprometendo o ensino do conteúdo.

As observações dos aspectos relacionados à saúde e aos cuidados com o corpo tiveram início assim que me apresentei como pesquisadora e dentista. Diante dessa informação, alguns dos refugiados vieram falar sobre seus dentes, e até mesmo mostrando-os, contando como era em seu país de origem sua relação com o dentista e o atendimento odontológico. Uma aluna em particular me pediu orientação sobre como proceder para ter acesso à atenção odontológica em São Paulo.

Quatro entrevistas foram realizadas com refugiados dessa turma, sendo a primeira a utilizar o roteiro. Nesse primeiro movimento de investigação foram entrevistados: um casal haitiano (a mulher com 26 anos e o homem com 29), ao mesmo tempo; um jovem haitiano, de 18 anos; e uma iraniana de 28.

Essa etapa foi importante para a avaliação da eficácia do instrumento, permitindo adequar a entrevista à velocidade com que os alunos falavam português e ajustar as questões relacionadas à informação de saúde. Foi possível perceber que as questões estavam demasiadamente abrangentes, sendo, por isso, modificadas para se tornarem mais específicas, principalmente quanto aos hábitos de cuidados com a boca.

A iraniana entrevistada só conseguia se expressar em língua inglesa, entendendo os detalhes das questões no mesmo idioma. Sua entrevista durou 60 minutos, tendo relatado muitos fatos sobre sua vida. Percebi com essa entrevista a relevância e o cuidado de traduzir o roteiro para o inglês, dando ao entrevistado a opção de escolher o idioma através do qual gostaria de se comunicar. Caso existisse a necessidade de acrescentar qualquer outro idioma, que o mesmo fosse realizado para beneficiar o entendimento.

Na cerimônia de formatura em que é outorgado o certificado de conclusão de curso os alunos fazem uma breve explanação sobre os seus países. Trata-se de um momento muito especial, marcado por uma contradição: apesar da narrativa que justifica os motivos pelos quais os refugiados precisam ficar fora de seus países, eles têm muito orgulho da sua origem e se mostram saudosos da terra natal, cheios de esperança de um dia retornarem.



Foto 1 - Formatura do curso de língua portuguesa para refugiados, novembro/dezembro 2012.

Fonte: acervo Juliana Silva e Alves, dezembro 2012.

2.1.2 Curso de Língua Portuguesa para Refugiados, Janeiro/Fevereiro de 2013: o Local da Investigação

O curso realizado de janeiro a fevereiro de 2013 foi acompanhado integralmente pela pesquisadora, desde a primeira aula até a entrega dos certificados, quando aconteceu a interação desta com os sujeitos pesquisados.

Estabeleceu-se a pesquisadora reconhecendo e participando do espaço da professora e a professora colaborando com o estudo.

A maior parte dos alunos pertencia ao continente africano, vindos dos seguintes países: um da Guiné Conacri; seis adultos e cinco crianças da República Democrática do Congo; dois do Senegal; um do Togo; três nigerianos; um líbio; um aluno do continente asiático (Síria); e um europeu (Rússia).

Nessa turma não foram encontrados latino-americanos. Assistiram a cinco aulas dois haitianos, que desistiram do curso.

Observou-se que os alunos vivenciaram no Brasil, país que os acolheu, a reconstrução de si mesmos e a apropriação do cotidiano a partir do aprendizado da língua portuguesa. A observação desse processo foi um aspecto importante para a investigação, uma vez que visibilizou a dinâmica dessa construção: pessoas diversas convivendo e colaborando umas com as outras para conquistar um dos mais importantes aspectos da comunicação, qual seja, o domínio de um novo idioma.

A participação da pesquisadora nesse processo colaborou para uma aproximação da pesquisadora com os sujeitos da pesquisa, facilitando a realização das entrevistas.

2.2 A SALA DE AULA E O CURSO DE LÍNGUA PORTUGUESA PARA REFUGIADOS

A sala se localizava no primeiro andar do prédio do SESC Carmo. Pequena, com paredes pintadas de cor clara, era bem iluminada tanto por lâmpadas fluorescentes quanto pela luz natural que entrava pela janela ampla que preenche toda a parede do fundo da sala, onde as persianas estavam sempre abertas. Na parede da frente havia um quadro branco de escrever com caneta e ao lado dele a porta de entrada, que ficava fechada durante toda aula.

A entrada e saída dos alunos era frequente, muitas vezes para atender ao telefone celular, que não era autorizado na sala de aula. Essa movimentação competia algumas vezes com a atenção que a professora requeria.

Caberiam na sala de forma confortável 15 cadeiras com apoio lateral, mas sempre estavam dispostas de 25 a 28, encostadas em todas as paredes e, ao do fundo, formavam duas filas. Essa disposição, frequentemente, dificultava a visualização do que era escrito quadro.

A fileira do fundo funcionava como brinquedoteca, onde eram disponibilizados brinquedos, lápis de cor, caneta hidrográfica e desenhos. O material lúdico era específico para cinco crianças, filhas de alguns dos alunos do curso. Como os pais não haviam conseguido, até então, vagas em escolas ou creches (estávamos em período de férias escolares) as crianças foram autorizadas a permanecer na classe. Duas delas eram bebês, com até 2 anos de idade, e suas mães às vezes saíam da sala para amamentá-los.

A aula tinha duas horas de duração, e quando as crianças ficavam muito agitadas, as mães ofereciam guloseimas (balas, bolacha, salgadinho, refrigerante) que as "acalmavam" e enganavam a fome, quando se aproximava do horário de almoço.

A professora relatou que essa turma foi marcada pela grande presença de crianças, o que não havia acontecido nos cursos realizados anteriormente. E, ainda, duas das refugiadas estavam grávidas de quatro meses, coincidentemente.

O espaço para as crianças era pequeno e, em dado momento, elas andavam por toda a sala, saiam e entravam; queriam brincar com os alunos durante a aula, no que eram correspondidas. O ato mostrava solidariedade por parte dos demais alunos com os pais dos menores. Os colegas de

classe foram pacientes e carinhosos com os pequenos, acolhendo a presença das crianças na sala de aula e entendendo a dificuldade dos pais,. Mas em alguns momentos elas atrapalhavam o aprendizado.

Na sétima aula do curso foi colocado na sala um quadro, de aproximadamente 1,20 metro de largura por 1 metro de altura, com cores vibrantes. A tela, que retratava quatro mulheres negras em uma praça, preparando alimentos, deixou o ambiente mais alegre, familiar e aconchegante.

Estávamos no mês de janeiro, em pleno verão brasileiro, e os dias muito quentes acompanharam as aulas. Por isso, em vários momentos a sala se tornava quente e abafada. O ventilador não podia ficar ligado todo o tempo, porque fazia barulho que, somado com os ruídos das crianças, competia com a voz da professora. Os alunos pediam para desligá-lo para melhor escuta do conteúdo, fundamental para o aprendizado do idioma. Com o objetivo de manter a ventilação, as janelas da sala de aula estavam sempre abertas, mas na prática isso também não funcionava, porque os ruídos da rua movimentada interferiam no ambiente interno, exigindo maior concentração dos estudantes.

Os alunos eram pontuais e estavam sempre presentes no início das aulas. A segunda-feira era um dia crítico, porque, em razão do recesso de três dias consecutivos, a professora tinha dificuldades para retomar o conteúdo do curso. Em contrapartida, era visível a satisfação do reencontro com seu grupo, momento em que expressavam a sensação de pertencimento e agrupamento.

Todos os alunos se apresentavam atentos e respeitosos durante as aulas, fazendo da professora sua referência. Mas uma ressalva se colocava nessa relação. Constatou-se um incômodo inicial e uma dificuldade por parte dos homens africanos, principalmente dos provenientes da Nigéria, do Senegal e do Congo, quanto à presença de uma mulher, a professora, como a autoridade na sala de aula. Esse desconforto manteve-se até o final do curso.

Percebeu-se também, entre os homens africanos, independente do país de origem, a eleição de um líder, igualmente do sexo masculino. A ele cabia o papel de interlocutor do grupo de homens com as mulheres e as crianças, e obediência dos demais. Havia uma espécie de permissão dos homens para que as mulheres expressassem suas opiniões, falassem ou interagissem durante a aula, permanecendo esse comportamento até o encerramento do curso.

Durante a primeira semana de aula aconteceu uma adaptação, marcada pela interação do aluno russo com os demais e vice-versa. Vivenciou-se um estranhamento inicial entre as pessoas, no que dizia respeito aos modos de agir e às diferenças — no caso do europeu com os africanos e o asiático.

Outro aspecto relevante foi observado quanto ao cuidado com o corpo e a aparência: o aluno russo não se apresentava asseado, tinha os cabelos não aparados, barba por fazer, unhas grandes e não limpas, roupas sujas e rasgadas. Um modo de ser que era próprio dele. Os africanos e asiáticos, divergindo do russo, apresentavam-se limpos, com unhas e cabelos aparados, barba feita, enquanto as mulheres estavam sempre com os cabelos penteados, maquiadas, as roupas limpas e passadas. Percebeu-se neles vaidade: se arrumavam, se preparavam para ir à aula, usando algumas vezes as roupas de seus países de origem, afirmando o autocuidado como um aspecto importante de suas vidas, em qualquer momento.

A questão do idioma e, principalmente, a falta de asseio com corpo provocou um distanciamento e dificuldade de relacionamento entre o aluno russo e os demais. Tal estranhamento foi muito bem intermediado pela professora, que buscou desde o início fazer a ponte entre eles, para o melhor andamento do aprendizado da língua.

Quanto ao conteúdo das aulas, a professora abordou aspectos de sobrevivência cotidiana, falando sobre: números, apresentação pessoal, como pedir informação, como se endereçar aos locais, reconhecimento e valor do dinheiro brasileiro, nome das profissões. Também comentou sobre

alimentação, como solicitar atenção para problemas de saúde, nomeou doenças e medicamentos. Quanto à gramática, foram ministradas aulas sobre os pronomes, substantivos, adjetivos e as conjugações básicas dos verbos, no presente, passado e futuro.

Ressaltando o aspecto do cuidado no modo de vestir, constatou-se, quando a professora ensinou o nome das profissões, que os homens africanos ficaram muito curiosos em saber como se falava engraxate. E todos se apresentaram calçados, pelo menos uma vez na aula com os sapatos bem engraxados. Esse comportamento indicou ser importante para eles ter sapatos bem cuidados.

Em uma das aulas a professora mostrou e falou sobre os hábitos alimentares dos brasileiros, destacando os alimentos e pratos típicos. Todos já haviam experimentado o mais típico dos pratos da cozinha nacional: o arroz com feijão. E ressaltaram as diferenças no preparo e consumo desses dois ingredientes: juntar o arroz com o feijão, que no Brasil eles disseram ter muito caldo, e comê-los diariamente.

Na última aula do curso a professora realizou uma atividade externa com o grupo, acompanhada por mim: uma visita ao Museu da Língua Portuguesa, no bairro da Luz, também na região central da cidade de São Paulo. O grupo, inclusive as crianças, seguiu junto para o museu, de transporte público (metrô), em um dia ensolarado.

Guiada pela professora, a visita foi motivo de grande alegria para os alunos. Dentre tantos fatos ocorridos durante a atividade, ressalto a vivência de alguns africanos, que relataram sentirem-se próximos do Brasil quando viram um painel que mostrava o mapa da África que indicava a procedência de alguns povos trazidos para o Brasil. Alguns desses países eram a origem dos alunos do curso: Guiné Conacri, República do Congo, Nigéria e Togo. Dois refugiados congoleses disseram: "Agora podemos nos considerar um pouco brasileiros, e um pouco em casa!"

A visita ao museu deixou o grupo muito motivado para continuar estudando a língua portuguesa, finalizando o curso de forma positiva e colaborando para construção de confiança nos refugiados.







Fonte: Acervo Juliana Silva e Alves.

Com o recebimento dos certificados de conclusão do curso, os refugiados apresentavam um sentimento de satisfação e orgulho pela aprovação e por alcançar o objetivo de se comunicar de forma básica em português. Os 16 alunos conquistaram o objetivo.

Mas ficou evidente, com o término das aulas e do fim do encontro diário com elas, um sentimento de vazio, de perda frente a uma rotina e a um grupo que eles mesmos construíram, conquistaram e ao qual pertenciam aqui no Brasil.

A rotina que estava estabelecida, com um local para onde ir e um grupo de pessoas ao qual pertenciam, com os mesmos objetivos, o aprendizado da língua portuguesa, seria finalizada. Naquele momento, a meta atingida implicava ao mesmo tempo a dispersão do sentimento de pertencimento.

Participar das aulas de língua portuguesa trouxe proximidade da pesquisadora com os refugiados, sendo fundamental para estabelecer a informalidade com esses sujeitos e, de uma forma natural, acessar informações sobre seus cuidados com o corpo e o que entendem de saúde, nas entrevistas.

2.3 ENTREVISTAS E OS SORRISOS EM TRÂNSITO

Ao término de cada aula foi realizada uma entrevista, totalizando 11 refugiados entrevistados. Caca uma delas teve duração média de 40 minutos.

Utilizou-se um roteiro escrito em língua portuguesa, para aqueles que conseguiam se comunicar no idioma, e outro em língua inglesa, voltado para os que não tinham fluência para se comunicar ou não conseguiriam expressar detalhes em português, preferindo, por isso, responder em inglês (ANEXOS II; III). Sete sujeitos escolheram responder as perguntas em língua inglesa e quatro o fizeram em língua portuguesa.

Utilizando equipamento mp4, as entrevistas foram gravadas na íntegra e posteriormente transcritas de forma fiel, produzindo dados em 105 páginas de material escrito. As entrevistas em inglês foram traduzidas para o português.

2.4 O EXAME ODONTOLÓGICO

No dia da formatura foram realizados 11 exames odontológicos, que aconteceram na sala de aula do curso de língua portuguesa.

Foram adotados os procedimentos de biossegurança recomendados¹⁸, não havendo necessidade de ambiente odontológico específico (somente iluminação natural). Os materiais para realização do exame incluíram espelho odontológico número 5, sonda periodontal CPI e fichas clínicas específicas (ANEXO IV).

Utilizou-se como equipe uma dentista, a própria pesquisadora, que desempenhou respectivamente as funções de examinadora e anotadora.

Os exames foram realizados individualmente, sem nenhuma pessoa na sala no momento em que eles aconteceram. Cada exame durou aproximadamente dez minutos, quando foram avaliadas as condições bucais quanto à presença ou ausência de cáries, obtendo-se o índice CPOD individual, e quanto a problemas gengivais, o índice periodontal comunitário IPC.

_

¹⁸ Durante o exame foram utilizados avental, touca e luvas descartáveis, além de óculos de proteção. Os instrumentais utilizados foram de uso individual, previamente esterilizados.

PARTE 3 – OS SORRISOS EM TRÂNSITO: MODO DE VIDA E PRÁTICAS DE CUIDADO COM O CORPO E COM A SAÚDE Os dados obtidos após o emprego de metodologia de investigação com uma perspectiva qualitativa têm como finalidade contar a opinião de pessoas e explorar opiniões sobre o tema investigado, conforme coloca DESLANDES et al. (2010). As observações, as entrevistas e o exame odontológico fizeram emergir dados que se reportam ao objeto e objetivos desta investigação.

Quanto às observações: buscou-se com os registros descritos no diário de campo colaborar para categorização de algumas práticas relacionadas com o cuidado do corpo, vivenciados no cotidiano da sala de aula.

Depois de realizadas as entrevistas, com as transcrições obteve-se um material que foi lido de forma atenta, buscando analisar seu conteúdo e identificar os temas abordados pelos entrevistados, relacionando-os com a questão de pesquisa, temas que expressam as categorias.

Os dados do exame odontológico serviram como sugestão de comparação entre a situação específica da boca e as informações dadas pelos refugiados sobre os cuidados em saúde bucal. Avaliando-se a presença de doença cárie e de problemas gengivais, esses dados foram interpretados de duas formas: relacionados ao cuidado individual – observando-se a presença de cárie – e a forma como são realizadas as práticas de cuidados com a boca. De modo geral, foi feita uma média dos índices de cárie e doença gengival, comparando-os com a forma de cuidados com a boca.

Os resultados são apresentados em duas partes. A primeira descrevendo os sujeitos, suas trajetória até São Paulo e seu cotidiano no passado e presente; a segunda parte contemplou quatro temas que identificam as categorias obtidas nas observações e nas entrevistas.

Cada refugiado que participou desta pesquisa traz consigo uma história, uma trajetória, uma vida, que foi então nomeada de sorriso. A palavra sorriso é um substantivo abstrato que, para ser qualificado, necessita de um complemento descrevendo que tipo de sorriso se esta referindo. Segundo o *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa* (2009), trata-

se do ato ou efeito de sorrir, expressão facial que expressa geralmente alegria, amabilidade, contentamento, aprovação, mas que pode também expressar ironia, desdém, malícia e, ainda, muitos outros sentimentos humanos.

As descrições pessoais das trajetórias dos refugiados nesse estudo serão nomeadas de **sorrisos em trânsito**, cujas falas são indicadas com nomes fictícios. Cada uma das apresentações foi dividida de acordo com o país de procedência, identificando suas histórias e trajetórias.

3.1 DESCRIÇÕES, TRAJETÓRIAS E COTIDIANO DOS SORRISOS EM TRÂNSITO

Sorrisos do Congo

Quatro refugiados vindos da República Democrática do Congo são assim identificados: Rei, Cristela, Jimmy e Zena.

Rei

Um sorriso de fé, que tem e segue confiante em Deus, relatando não ter dúvidas da sua misericórdia. Homem, 28 anos, noivo, negro, aguardando o nascimento do seu primeiro filho, proveniente de Kinshasa, capital do Congo; protestante pentecostal, pastor e membro de grupo de direitos humanos em seu país. Com nível superior incompleto, cursou o primeiro ano da graduação em direito. Trabalhava como recepcionista em um hotel. Viveu na fronteira do Congo com Angola e, por isso fala, lê e escreve a língua portuguesa com fluência, com sotaque de Portugal, é, ainda, fluente em francês e em seu dialeto local, o lingala. Vive em uma igreja protestante de favor, procurando trabalho e um local para morar com sua noiva e seu futuro filho. Encontra-se no Brasil há três meses e informou pretensão de ficar no país. Ao ser perguntado sobre o motivo dessa escolha, relatou:

"O Brasil é um país de direitos humanos e os homens podem, sem distinção, se expressar livremente."

Cristela

Mulher de 24 anos, negra, um sorriso que traduz a esperança do recomeço. É alegre, apesar das adversidades e das circunstâncias. É a noiva de Rei e está grávida do seu primeiro filho. É protestante pentecostal. Viveu em Goma, Kissanguani e Kinshasa. Cursou até o segundo ano de enfermagem e não trabalhava em seu país. Fala, lê e escreve em francês com fluência e, ainda, os dialetos swahili e lingala; se comunica com dificuldades em língua portuguesa. Afirmou pretender ficar no Brasil, dizendo:

"Aqui não tem distinção de religião e raça."

Jimmy

Um homem de negócios, ocupado e também engajado na política de seu país. Solicitou refúgio ao Brasil, mas já esteve aqui a trabalho, dois anos atrás. Tem 33 anos, negro, casado e tem dois filhos: uma menina, que ficou no Congo com sua sogra, e um bebê que se encontra em São Paulo, juntamente com sua esposa, grávida. É protestante, pós-graduado (mestre em economia) no Congo, trabalhando como professor universitário. Fala, lê e escreve fluentemente em inglês, francês e hindi, além do dialeto congolês swahili. Tem muita facilidade no aprendizado de idiomas e está aprendendo rápido o português. Vive em São Paulo há um mês. Quando indagado sobre a intenção de ficar no Brasil, relata:

"Pretendo ficar aqui até o problema político terminar."

Zena

Mulher, 29 anos, negra, sendo um sorriso triste, desestruturado pela perda do marido, que era seu porto seguro. Ele morreu em um conflito armado por problemas políticos. Não se permite ter fraquezas, colocando-se forte quando vê seus filhos, três meninos pequenos que dependem dela agora. As crianças se encontram em São Paulo com ela. Era dona de casa no Congo. É católica devota de Santo André. Vivia no Beni, no leste congolês. Fez no seu país de origem o equivalente ao ensino fundamental no Brasil. Fala, lê e escreve com fluência em francês e nos dialetos swahili e lingala. É

inteligente e muito dedicada nas aulas de língua portuguesa, aprendendo rápido o idioma brasileiro, mas ainda tem dificuldades de comunicação. Encontra-se em São Paulo há quatro meses e mora em um abrigo para mulheres na região central da cidade. Quanto a permanecer na capital paulista, informa:

"Não tenho outra opção!"

O Congo foi descrito pelos refugiados como um país tropical, parecido com o Brasil.

"Meu país é o segundo maior país da África; é muito grande, tem onze províncias e a capital é Kinshasa. Temos a mesma vegetação que o Brasil; se observar estamos no mesmo local do mapa que o Brasil. Temos o segundo maior rio do mundo, o primeiro é o Amazonas, de vocês, e o segundo é o rio Congo. A maior floresta tropical no mundo é a Amazônica e a segunda é a floresta equatorial, no Congo. Temos muitas semelhanças com o Brasil, por isso estamos aqui..." Jimmy

Existem no Congo, segundo os relatos dos refugiados entrevistados, violência, guerra, conflitos políticos e desrespeito aos direitos humanos.

"Já o meu país é um país de ditadura. Às vezes, é melhor que seja reinado por um presidente vai fazer mais de 10, 20 anos no poder e não é justo, o poder... e lá ainda não basta saber falar e fazer algo. O que conta é ser de uma família de elites." Rei

"Meu país é bom, mas os dirigentes não são bons... Muita violência com a mulher, bate, tiro, sofrimento, povo pobre... guerra, muita guerra..." Cristela

"Lá no Beni não é grande; é pequeno e tem muita insegurança, guerra e violência." Zena

Quanto ao meio pelo qual chegaram ao território brasileiro, todos informaram ter vindo de avião, com passagens compradas. Rei e Cristela vieram do Congo para o Brasil fazendo escala na África do Sul. Jimmy veio do Congo com escala na Turquia. Zena e suas três crianças fizeram de ônibus o trajeto até Ruanda, ajudados por um padre; de Ruanda seguiram de avião até a África do Sul, de onde partiram para Brasil.

Quanto ao o seu cotidiano, informaram que tinham uma vida organizada, mas próximos de situações que os levaram ao refúgio. Tinham atividades de lazer, relações sociais, atividade religiosa; contudo, o conflito ameaçava e interferia na vida diária.¹⁹

"Minha vida lá, conforme disse, era pastor e membro de direitos humanos. Então lá era, pra mim... comia bem, tinha onde dormir, tinha carro, vestia-me bem, tava bem espiritualmente e carnal... mas muitas das vezes triste é de ver eu 'to' bem; no mesmo tempo estar bem, 'to' correndo risco pelas minhas opiniões... ver pessoas no leste do nosso país violadas, batidas, massacre... e isso me fazia não sentir bem." Rei

"Quando meu marido era vivo minha vida era boa, porque ele trabalhava e nós tínhamos dinheiro para comprar as coisas. Mas quando ele morreu ficamos sem nada." Zena

"Minha vida no Congo era ok. Eu lecionava na faculdade e fui selecionado como assistente de cursos. Fui trabalhar na Índia e, ao mesmo tempo, dava aula de inglês e francês. Aos finais de semana ia acampar com minha família, jogava futebol aos domingos..." Jimmy

Sorrisos da Nigéria

Vindos deste país há dois homens: Tommy e Charles.

Tommy

Homem negro, solteiro, 31 anos, sem filhos. Não colocou de forma clara o motivo pelo qual se refugiou no Brasil. Exercia a profissão de médico ginecologista em Lagos, uma das cidades mais populosas da Nigéria. Viveu e estudou nos Estados Unidos por alguns meses. Informou ser cristão; fala, lê e escreve fluentemente em inglês e no dialeto nigeriano ioruba. Tem uma fluência intermediária na língua portuguesa. Vive em São Paulo há quatro meses, morando sozinho na região do Anhangabaú, no centro, e trabalha lecionado inglês. Diz que tem intenção de permanecer no Brasil e revalidar seu diploma de médico (está estudando para o exame de revalidação).

¹⁹ A República Democrática do Congo é uma das zonas mais perigosas da África, que vive sob uma guerra civil e registra grande quantidade de violência sexual. A ONU intitula o país campeão mundial das violações humanas, promovidas pelas forças armadas governamentais. Disponível em: http://pt.euronews.com/2012/12/27/republica-promovidas pelas forças armadas governamentais. Disponível em: http://pt.euronews.com/2012/12/27/republica-promovidas pelas forças armadas governamentais. Disponível em: http://pt.euronews.com/2012/12/27/republica-promovidas pelas forças armadas governamentais. Disponível em: http://pt.euronews.com/2012/12/27/republica-promovidas pelas forças armadas governamentais. Disponível em: http://pt.euronews.com/2012/12/27/republica-promovidas pelas forças armadas governamentais. Disponível em: http://pt.euronews.com/2012/12/27/republica-promovidas pelas forças forças armadas governamentais. Disponível em: <a href="http://pt.euronews.com/2012/12/27/republica-promovidas pelas forças força

Charles

Um sorriso de jovialidade descreve este homem de 29 anos, negro, que adora futebol e está treinando em São Paulo em um time da periferia da Zona Leste da cidade. É solteiro, sem filhos, graduado em relações internacionais na Nigéria. Por meio dos seus relatos pareceu ser de uma família de posses. É do Estado de Edo e não trabalhava no seu país. Viveu somente na Nigéria e tem fluência na língua inglesa e nos dialetos do seu país: kwale e ioruba. Tem bastante dificuldade no aprendizado da língua portuguesa. Encontra-se no Brasil há cinco meses e vive com amigos no município de Itaquaquecetuba, na Grande São Paulo. Não sabe se pretende ficar no Brasil, informando:

"Se tiver um bom trabalho e uma esposa, quem sabe?"

Os nigerianos disseram que o seu país é formado por etnias e tem muita riqueza. Relataram corrupção política e a existência de um conflito armado por causa do petróleo, além de problemas religiosos. Ambos vieram de avião, fazendo escala na África do sul antes de chegar ao Brasil.

"A Nigéria é formada por três etnias: ibo, ioruba e haussa... Todo mundo quer dinheiro... Eu venho de um Estado muito rico, nós temos petróleo lá, refinarias de petróleo e nos vendemos para todo o país, inclusive a América compra de nós... Militares vêm para comprar petróleo e sequestram famílias para ganhar dinheiro..." Charles

Ambos relataram que no cotidiano levavam uma vida com boa condição financeira e acesso a bens materiais; pertencem a famílias de *status* social privilegiado, o que parece não ser a condição geral da população nigeriana²⁰.

grande riqueza em recursos naturais: no subsolo nigeriano existe uma enorme reserva de petróleo e jazidas de diversos minérios. O petróleo responde, atualmente, por 20% do PIB nigeriano, 95% das exportações e 80% da receita nacional. No entanto, isso de nada favorece a população, que enfrenta uma série de mazelas sociais. O país possui Muitas vezes, o dinheiro tem destinos ilícitos, como o desvio de verbas e a prática da corrupção. Assim, os habitantes não são beneficiados por toda essa riqueza natural. A configuração da cidade de Lagos, uma das maiores da Nigéria, é caracterizada por uma grande aglomeração de pessoas que convivem com a ausência de serviços públicos e de infraestrutura (moradia, alimentação, saúde, educação, renda, entre muitos outros). O cenário sé tende a piorar, uma vez que existem altos índices de crescimento demográfico. O país está entre os piores em qualidade de vida e um dos primeiros em níveis de pobreza. A produção agropecuária (principalmente

A República Federal da Nigéria, que tem o maior contingente populacional do continente africano , possui grande riqueza em recursos naturais: no subsolo nigeriano existe uma enorme reserva de petróleo e jazidas o

"Minha vida na Nigéria era muito boa. Eu trabalho no Estado e ele paga muito bom pra mim." Tommy

"Minha vida era muito boa quando eu estava na faculdade... Eu tinha diversão, às vezes ia a festas com meus amigos; nas férias eu ia com meus tios passear pela Nigéria e, às vezes, ia com meus amigos no MacDonald, Starbucks, ia em muitos fast food." Charles

Os outros países, Togo, Guiné Conacri, Senegal, Líbia e Síria, têm um representante apenas.

Sorriso do Togo

Viviane

Um sorriso vibrante. Uma mulher com 27 anos, negra, solteira e com uma filha de 6 anos, que vive no Togo com sua mãe. Apesar de ser togolesa, viveu nos últimos cinco anos na Guiné Equatorial, para exercer sua profissão de costureira de roupas africanas. Tem o equivalente ao ensino fundamental no Brasil e fluência ao ler, falar e escrever em francês e espanhol, além do dialeto mina kabie. Solicitou refúgio ao Brasil alegando muita violência contra a mulher na Guiné Equatorial; se encontra em São Paulo há quatro meses. Mora na região Leste da cidade, com uma amiga do Togo, mas pretende mudar-se para a região central. Está procurando emprego como costureira e diz ter intenção de ficar no Brasil:

"Porque aqui tem paz."

O Togo é descrito como um país de paz, mas sem oportunidades de trabalho e com falta de dinheiro. Por isso Viviane buscou a Guiné Equatorial para trabalhar, onde haver mais dinheiro e oportunidades de trabalho, mas ficou assustada com a violência policial.

"Togo, sem problema no meu país, um país de paz como aqui no Brasil. O problema é a política, porque uma pessoa fica no poder até morrer e não quer contribuir com nada... e a população sofre. Eu só saí de lá para a Guiné para ganhar dinheiro, mas lá tem problema de policial perturbar estrangeiro." Viviane

Ela, que veio para o Brasil fazendo escala em Gana, descreve assim sua vida cotidiana na Guiné Equatorial:

"Na Guiné ganhava dinheiro porque costurava... Tinha uma loja de roupas africanas... Quando não estava trabalhando, estava eu me sinto aborrecida. Só se trabalha, não se descansa. No meu país a diversão é ir à igreja – eu cantava no coral, nos aniversários, batismos. Eu gosto também de espetáculo com cantor." Viviane

Sorriso da Guiné Conacri

Sita

Um jovem que acabou de completar 18 anos, negro, solteiro, sem filhos, repleto de sonhos, um sorriso pronto para conquistar o mundo. É mulçumano e não trabalhava em seu país; na Guiné Conacri não completou o equivalente ao ensino fundamental no Brasil. Viveu na Nigéria por seis anos, para estudar inglês, e viajou tanto para o Benin quanto para a República Democrática do Congo para visitar irmãos que vivem nos dois países. Fala, lê e escreve com fluência em inglês e francês, tendo como dialeto local o pula. Solicitou refúgio ao Brasil com apoio dos seus pais e irmãos em função das grandes desigualdades em seu país e não concorda em viver com dificuldades para estudar e trabalhar. Está em São Paulo há um mês e tem dificuldades de se comunicar em língua portuguesa, mas tem facilidade de aprender e está se desenvolvendo bem. Vive no bairro do Brás, em uma casa de imigrantes. Tem a pretensão de viver no Brasil e coloca como motivo:

"Gosto das pessoas do Brasil."

A Guiné Conakri, descreve Sita, é um país com enormes desigualdades, dificuldades de trabalho e falta de cuidado com a população.

"Guiné Conakry é boa, mas os políticos estão entre a pessoa agora e tem muitas brigas, guerra e o governo nos odeia agora. As pessoas são mal cuidadas na Guiné Conacri... não gostam de cuidar das pessoas." Sita

Antes de chegar ao Brasil foi para o Senegal de avião, de onde seguiu para Dubai e, de lá, veio para o São Paulo. Sobre seu cotidiano no país de origem, Sita informa:

"Minha vida era estudar. Aos sábados ou domingos, às vezes, eu ia jogar futebol com meus amigos, escutar música com meus amigos, ler e depois dormir."

Sorriso do Senegal

Mussa

Homem de 36 anos, negro, solteiro, tem uma filha que vive na África do Sul com a mãe. Um sorriso com poucas esperanças e algumas decepções. É mulçumano e viveu na África do Sul por seis anos, trabalhando como comerciante no ramo de confecção. Veio para o Brasil com intenção de trabalhar e ganhar algum dinheiro. Como escolaridade tem o equivalente ao ensino fundamental brasileiro. Fala, lê e escreve em inglês e árabe com fluência e um dialeto do Senegal, falado em Tupa, sua cidade natal, o uolof. Está se desenvolvendo bem nas aulas de língua portuguesa, se comunicando de forma básica. Está há quatro meses no Brasil e trabalha no comércio informal, vendendo óculos de sol e bonés. Mora com amigos no centro da cidade; disse que não tem intenção de permanecer no Brasil, quer somente ganhar dinheiro e voltar para a África do Sul.

"Senegal é um dos países mais pacíficos, mas é difícil viver lá se você não tem dinheiro. Conseguir algum dinheiro é muito duro. Mas por outro lado as pessoas são muito boas, amigáveis e gostam umas das outras."

Para chegar ao Brasil saiu da África do Sul e fez escala na Argentina, de onde veio para São Paulo. Quanto ao seu cotidiano africano, ele coloca:

"Minha vida na África do Sul é muito boa antes de tudo ir pra cima e pra baixo... Eu tinha uma loja de roupas e as coisas... Eu costumava ir ao cinema, levar minha filha ao parque, cuidar dela, e visitava pessoas para me divertir." Mussa

Sorriso da Líbia

Jubran

Homem de 27 anos, branco, solteiro, sem filhos, da cidade de Komes. Solicitou refúgio ao Brasil em razão do conflito que acontece em seu país, mas não quis dar detalhes dos motivos. Homem com sorriso sério, compromissado e dedicado. É mulçumano, com posição de destaque em sua religião. Tem graduação em direito e trabalhava em uma empresa internacional no seu país. Tem como idioma o árabe fluência intermediária na língua inglesa. É muito aplicado no curso de língua portuguesa, mas apresenta dificuldade com o idioma brasileiro. Tem uma comunicação limitada. Está há quatro meses no Brasil e vive em uma comunidade mulçumana em São Bernardo do Campo, no Grande ABC. Diz ter intenções de ficar no Brasil, destacando que o país é muito bom porque aqui se tem liberdade.

O líbio Jubran descreveu seu país como um lugar de temperaturas elevadas, praticamente ao longo de todo o ano, tendo bastante espaço por ser um país de grande extensão. Não quis dar muitos detalhes, além destes²¹.

O trajeto que fez para chegar ao Brasil incluiu uma escala em Roma, na Itália, de onde veio para São Paulo.

Jubran descreve o seu cotidiano:

"Líbia é muito boa; as coisas não são caras é tudo barato: carro lá é muito barato, gasolina aqui é muito cara, lá é muito barato. Casa é barato, lá tudo é barato lá... As coisas são diferentes antes da guerra e depois da guerra... Antes da guerra a vida era boa, eu trabalhava em uma companhia... fui para

²¹ A Líbia é um país africano localizado no norte do continente. Seu território limita-se ao norte com o mar Mediterrâneo e a Tunísia; a oeste, com a Argélia; ao sul, com Níger e Chade; e leste, com o Sudão e o Egito. Geograficamente se encontra no hemisfério norte oriental, possui uma população de aproximadamente 6,4 milhões de habitantes, distribuídos em uma área de 1.759.540 km², cuja capital é Trípoli. Nas áreas próximas ao Mediterrâneo o clima é mediterrânico, já no centro do país o deserto do Saara produz outra característica climática, marcada pelo calor e pela escassez de água – na Líbia não existe nenhum rio que corra o ano inteiro (são temporários), além disso, há uma grande incidência de tempestades de areia. Seu subsolo abriga riquezas minerais, principalmente petróleo, gás natural e gesso. A economia do país é dirigida pelos princípios socialistas e a base econômica DAE a extração e exportação do petróleo, sendo dôo principal produto do PIB líbio. Com um número de habitantes modesto, o país apresenta uma das melhores rendas *per capita* do continente africano.Porém. isso não se reflete em qualidade de vida para toda população, tendo em vista que as classes menos favorecidas geralmente não têm acesso aos alimentos, muitos dos quais sofrem restrições nas importações. Disponível em: http://www.brasilescola.com/geografia/libia.htm>.

Alemanha a trabalho. Eu tenho dois carros, fui para o Egito, Roma, Itália. Tenho muitos amigos... ia à mesquita todos os dias... depois da guerra diferente."

Sorriso da Síria

Mud

Sorriso com uma interrogação. É um homem de 34 anos, branco, solteiro e sem filhos, com vivência internacional. É mulçumano e se encontra no Brasil há 2 anos e 4 meses. Não colocou de forma clara o que está fazendo no país. Trabalhava como chefe de relações públicas em Dubai, tendo vivido antes no Quatar. Está iniciando o doutorado em política e economia em São Paulo. Trabalha aqui como correspondente de jornais internacionais. Lê, fala e escreve com fluência em árabe, inglês e francês, tendo nível intermediário em língua portuguesa. Vive no bairro do Butantã, na Zona Oeste da capital paulista, com uma família e estava de mudança para sua própria casa. Pretende ficar no Brasil, relatando:

"Gosto do Brasil porque pode fazer o que quer."

O sírio Mud não comentou muito sobre o seu país; só falou dele relacionando-o com a revolução que lá aconteceu²².

"Agora lá é um país muito perigoso. Tem a revolução com muitas pessoas. Eu espero que um dia..."

Mud fez um trajeto de vinda ao Brasil diferente do de todos os outros refugiados, tendo vindo ao país a passeio:

2

A Síria obteve a independência da França em 1946. O país independente sofreu instabilidades políticas e tentativas de golpe. Em 1958, o Egito uniu-se à Síria para estabelecer a República Árabe Unida. Com a separação dos dois países, em 1961, a República Árabe da Síria foi estabelecida novamente. Durante a guerra árabeisraelense, em 1967, Israel conquistou as Colinas de Golã, pertencentes à Síria. Em 1970, Hafiz al-Asad, do Partido Baath Socialista, ascendeu ao poder por meio de um golpe não violento. Em 2000, Bashar al-Asad, filho do presidente al-Asad, assumiu o controle do país através de um referendo, após a morte de seu pai. Em 2005, as tropas sírias que estavam posicionadas no Líbano desde 1976 foram retiradas. Durante o conflito de julho-agosto de 2006 entre Israel e o Hezbollah, organização política da Palestina, a Síria colocou suas forças militares em alerta, mas não interferiu diretamente no comportamento de seu aliado Hezbollah. População: 19.747.586 (julho de 2008); taxa de natalidade de 26,57 nascimentos por 1.000 habitantes (2008); taxa de mortalidade: 4,68 mortes por 1.000 habitantes (2008). Grupos étnicos: árabe (90,3%), curdo, armênio e outros (9,7%). Principais religiões: muçulmana sunita (74%), outras muçulmanas (incluindo alawita, druza) 16%, cristã (várias denominações) e 10%, judaica (pequenas comunidades em Damasco, Al Qamishli e Aleppo). Línguas: árabe, curdo, armênio, aramaico, circassiano, amplamente entendidas, francês e inglês um pouco entendidos. Alfabetização: 79,6% da população (2004). Disponível em: http://pessoas.hsw.uol.com.br/informacoes-siria.htm>.

"Vim para o Brasil a turismo, mas a revolução começou e eu cheguei para renovar meu passaporte na Embaixada Síria e eles disseram que não renovariam meu passaporte. Eu vim só para turismo sim e fiquei."

Quanto ao seu cotidiano, relata:

"Na Síria 'rotina'. Quando estava vivendo lá estava estudando, ia pela manhã na faculdade e voltava à tarde e almoçava com minha família, visitava amigos... jantava com eles com minha família, ia ao shopping somente rotina..."

Sobre o cotidiano no Brasil alguns dos sorrisos o descreveram como um recomeço, manifestando dificuldades emocionais, financeiras e o desejo de iniciar uma atividade laboral.

"Sim, em São Paulo sem Deus já 'tariamos' com depressão". Rei

"Ah, quando cheguei em São Paulo, um pouco difícil para mim, porque estou sem trabalho. eu não faço nada, eu preciso de dinheiro, não trabalho, difícil... Estou procurando trabalho... Eu estou sem trabalho e só fui no Cáritas e me enviaram para estudar e eu estou com isso, venho estudar, procuro emprego. É o que estou fazendo." Viviane

"É maluco, não é fácil. Porque, primeiro, ficamos em um hotel, e nosso dinheiro está quase acabando. Não estamos trabalhando e não será fácil arrumar dinheiro, mas buscamos trabalho, um bom lugar para morar, um local que estejamos a salvo... Agora estamos tentando uma vida nova e precisamos acomodar esta vida nova, e nós temos esperanças depois de começar a trabalhar." Jimmy

"São Paulo muito complicado, comida complicada, não tem dinheiro." Cristela

"Muito difícil! Aqui não tem ajuda, difícil pra guardar três crianças. Eu 'no' tem marido, não conheço ninguém." Zena

Outros sorrisos descreveram esperança e alívio pelo recomeço de suas vidas; e alguns já têm alguma rotina de vida e atividade de trabalho em São Paulo.

"Para mim é rotina, nada em especial. Porque eu trabalho para um jornal à noite. Eu escrevo durante a noite até tarde, e não faço mais nada. Acordo às dez horas, tomo café, vou ao shopping, levo meu cachorro para passear, volto pra casa, ligo para os meus amigos, vou jogar bilhar. Coisas normais acontecem." Mud

"A vida em São Paulo é muito boa. Eu vejo muitas coisas; esse é só o começo. Você não pode chegar em um país e pensar que tem todas as coisas de uma vez. É um dia depois do outro." Sita

"Oh, eu ensino inglês numa escola; eu trabalho na internet; falo com meus amigos na internet. Eu vejo futebol na internet. Venho aqui no SESC estudar português. Preparo para validação do meu diploma no Brasil pra medicina, aqui no Brasil." Tommy

"A vida aqui é muito boa. Venho à aula e vou para casa e depois para internet. Depois esporte: depois das quarto horas vou jogar futebol." Jubran

"Não é ruim; divertida. Quando eu termino a aula de português, há alguns negócios para fazer, que eu faço para viver, porque eu tenho que pagar onde moro. Eu vendo óculos escuros." Mussa

3.2 PRÁTICAS DE CUIDADO COM O CORPO E COM A SAÚDE DOS SORRISOS EM TRÂNSTIO

Realizada a descrição dos refugiados, suas trajetórias e cotidiano, apresentamos a seguir os quatro temas que identificam as categorias obtidas nas observações e nas entrevistas: saúde e doença e seus significados; percepção de saúde-doença; práticas de cuidados com o corpo e com a saúde; práticas de cuidados com a boca.

3.2.1 Saúde e Doença e seus Significados

Em geral, os refugiados desta pesquisa colocaram o significado de saúde e doença como situações que definem a capacidade da pessoa perante a vida em posições opostas: a saúde capacitando e habilitando e a doença incapacitando, não habilitando. Relacionaram ainda a sensações

expressas no corpo e um equilíbrio entre o corpo, as emoções e ao contexto social.

Eles também atribuíram à questão da saúde ou da doença às seguintes categorias: **saúde e doença x capacidade**; **estado físico**, **psicológico**, **social e espiritual**; **sintomas do corpo**.

Saúde e doença x capacidade

Perguntados sobre o que é saúde e o que é doença, os refugiados relataram que saúde implica ter capacidade para realizar tudo e doença não ter possibilidade de fazer nada.

"Saúde é importante para mim... saúde, e sem saúde você não pode fazer nada, você tem que ter saúde para ir em frente, para estar forte, para, para ficar forte. Sim, muito importante." Viviane

"Doença... hummm... fica em um lugar e não poder fazer nada. A pessoa fica na cama e não pode se mover. Sim eu penso que é isso." Jubran

"Doença é uma palavra ruim. É uma palavra muito ruim. Se você está doente, você não pode fazer nada. Você só quer melhorar. Eu desejo que ninguém fique, se perguntarem pra mim..." Sita

"Eu amo a saúde. Você pode fazer tudo, porque sem saúde você não pode nada. Sim, sem saúde, sem vida. Então, eu amo a saúde... Doença é algo muito ruim, você não pode fazer nada quando está doente." Mussa

"... Eu sei quando estou sentindo saudável. Eu faço as coisas rápido. Eu faço coisas possíveis. Eu ando. Quando eu não me sinto bem, eu não faço as coisas. Às vezes durante as aulas eu fico assim." Charles

• Estado físico, psicológico, social e espiritual

Esta categoria emergiu quando os refugiados afirmaram que a saúde depende de alguns fatores, não sendo possível existir sem esse conjunto.

"Saúde pra mim é estar não é 'moralmente' e a saúde joga com a moral: se a moral não tiver boa, é como se fosse nós, em África, com as pessoas ou

esperança de vida no Congo, deve ser de 30 anos não é 33 anos. Então as pessoas não comem bem, não dormem bem, difícil, 'facilmente' você consegue se, se não come bem, não dorme bem, então é dificilmente a pessoa atinge 50 anos. ... Doença? São duas coisas, podemos estar doente espiritual, primeiro. E podemos estar doente na carne. 'Possa ser' alguém que a moral não 'tá' boa, se a moral tiver zero alguém lhe 'coiso' a moral, essa pessoa 'tá' também doente. A moral não é boa 'para com pode' esquecer tinha que fazer algo e esquece porque está stress, chama stress...." Rei

"Saúde, hummm... saúde hummm... é moral, físico, espiritual, comer bem, organismo bom." Cristela

"Saúde é bem-estar físico, social e mental, psicológico bom, muito bom para pessoa... Oh, doente, quando pessoa ser doente... ele não tem muito... oposto de saúde, mente, social, psicológico e problema fisico." Tommy

• Sintomas do corpo

Os sujeitos da pesquisa colocam nesta categoria que a saúde e a doença são significados quando se fazem presentes ou ausentes, na forma de sintomas físicos, principalmente a presença dor e mal-estar corpóreo.

"Doença... 'Malade'... Doente barriga, fica doente; e dente doendo, já tirou dois." Zena

"Doença é quando alguém que não está saudável, comida ruim, tem gripe, tosse." Charles

"Às vezes fazendo muito movimento no trabalho lá no Togo você tem que fazer muito esforço físico para ganhar dinheiro... aí você faz muita força e com isso fica doente rápido." Viviane

"Doença... ah... oh... não bem, porque doente corpo não bem corpo. Quando o corpo não está 'boa'." Cristela

"Doença é algo que é muito doloroso." Mussa

3.2.2 Percepção de Saúde-Doença

Essa categoria reportou a percepção dos próprios refugiados de estarem saudáveis ou doentes. E, apesar dessa população lidar com adversidades e se encontrar na situação de refúgio, ao responder sobre como avaliavam seu estado atual de saúde, todos responderam positivamente: "tenho saúde".

3.2.3 Práticas de Cuidados com o Corpo e com a Saúde

No que diz respeito ao questionamento sobre o que fazer para ficar saudável e não ter doenças, as respostas fizeram emergir as seguintes categorias: *hábitos diários de vida*; *competência da medicina*; *aparência física*; *ações tradicionais*.

Hábitos diários de vida

Os refugiados colocaram que para conquistar bem-estar precisam ter ações efetivas sobre a alimentação, os hábitos e as ações que consideram saudáveis.

"Normalmente as pessoas fazem esportes, controlam alimentação não fumam. Mas eu fumo..." Mud

"Eu tenho natural imunidade. Só eu andar, andar muito, jogar tênis pouco, jogar tênis de mesa pouco, academia... oh, eu não muito. Gosto jogar sim e só ler." Tommy

"Só não boa comida lá. Comida boa é muito cara e difícil comer; eu tenho filhos e criança que não comer morre, fica doente." Zena

"Comer boa comida, ir em lugares limpos, não pegar as coisas do chão para comer, não tocar muitas coisa; depois de comer lavar as mãos..." Sita

"No meu país o que eu fazia pra ter saúde eu digo... boa saúde me permite ter uma boa saúde e vai vir comer bem, viver sempre na oração, uma vez ou

outra sair. Mas quando digo sair não é discoteca não; quando digo sair quer dizer eu e ela com a família dela vamos talvez, assim, num restaurante. Isso tudo pra mim é saúde." Rei

• Competência da medicina

Nesta categoria foi colocado que a medicina é quem mostra, indica e orienta as pessoas sobre como agir para ficar saudável, sempre através de consultas com o profissional médico, orientações e medicações.

"De acordo com meu trabalho, eu 'costume' ir a cada seis meses... eu preciso fazer um check up, eu preciso ver o médico." Jimmy

"... Às vezes eu vou ao hospital para ver meu sangue, isso também." Viviane

"Eu não fico doente; algumas vezes fico gripado... Todo ano eu tomo uma injeção pra proteger, vacina, e eu vou ao médico." Mussa

"Eu tinha meu médico da família. Ele dizia o que fazer para me manter bem. Quando estava na escola e não estava me sentindo bem, eu ligava pro meu médico. Ele me examinava, dizia qual medicamento tinha que tomar, pegava na farmácia e me mostrava como tomar..." Charles

Aparência física

Essa categoria foi encontrada nas anotações do diário de campo, durante as observações na sala de aula. Chama a atenção a importância que os refugiados, principalmente os africanos, dão à forma de se apresentar em público, ao asseio pessoal, os cabelos cortados e penteados, roupas limpas e bem passadas.

Ações tradicionais

Descreveu-se esta categoria como uma forma usada para a manutenção da saúde. A prática, o aprendizado e o uso de plantas no cuidado com a saúde são uma tradição transmitida dos pais para os filhos e netos.

"Ah, no meu país eu tomo ervas medicinais. Sim, no meu país temos isso; você pode ver, as pessoas sabem muito sobre medicamentos tradicionais... Não é aqui como em São Paulo, que está tudo cimentado. Lá não. Se você vai na rua vê que tudo tem planta. Você vai até lá e pega o que você quer usar e coloca junto com água como um chá... Quem me ensinou foi minha mãe. ..." Viviane

Houve um relato em que foi colocada a prática de exercícios físicos, conjugada com cuidados caseiros tradicionais.

"Correr na rua... futebol e nadar... e canela, chá canela, hortelã. Mel, mel. Comer cebola, remédio caseiro. Eu não gosto de hospital, eu não tenho medo, só não gosto." Jubran

Quando perguntado sobre o reconhecimento de doença na boca e se o corpo está doente, a maioria dos refugiados respondeu positivamente, colocando o *conhecimento da existência de doenças bucais* nos seguintes termos: problemas na língua, dor de dente, sangramento gengival, cárie, trauma na região da boca, infecção no dente.

"... Eu não tenho dor de dente, mas conheço pessoas que tiveram muita..." Viviane

"Problemas nos dentes; você também pode ter problemas na língua. Muitas pessoas sofrem de dor de dente." Jimmy

"Algumas vezes as pessoas têm sangramentos nos seus dentes... e problemas na lingual. Ah, eu sei, isso não é muito bom." Charles

"Dor de dente, 'carri', mas o que aconteceu no dente. Acho que boca é primordial, não é o dente, porque o dente liga com os nervos, os 'coisa' quando o dente não 'tá' bom... o dente pode chamar dor de ouvido, pode chamar uma dor de cabeça" Rei

"Sim, muitas pessoas têm problema de cárie." Cristela

"Dente problema, dente dor, dor de dente, sangue, sangue, sangue sai de dente, sangramento de dente. Trauma, acidente de dente. Doença, infecção de dente. Muito problema. Não muito comum no meu país. 'No' é ... e é, é comum... 'no' muito comum, 'no' muito comum, mas comum, mas comum,

'no' muito comum. Dente problema, dente dor, sangramento. Sim... Mas é 'muito' pessoas no meu país 'no' muito cuidado pra dente. Só saúde de corpo... dente 'no' muito importante pra 'muito' pessoas, se desde eles ir comer, 'no' problema." Tommy

"Você está doente porque seu dente está te causando dor. Tem algumas dores dentro do dente. Não sei o nome." Sita

3.2.4 Práticas de Cuidados com a Boca

Neste tema foram encontradas as seguintes categorias: conduta preventiva quanto a doenças bucais; escovar os dentes como um hábito; hábito tradicional de cuidado com a boca.

Conduta preventiva quanto a doenças bucais

Nesta categoria os entrevistados indicaram que a escovação dental, a ingestão de carboidratos e a visita periódica ao dentista são ações realizadas com vistas à prevenção doenças bucais.

"Eu não gosto coisa de chocolate, não gosto. Tem gente que gosta muito. Gosta de açúcar, chocolate. Tem gente que gosta muito, se come muito dá dor de dente." Viviane

"Controle de cigarros e café, esses eu faço, sobre doces, chocolates e visitar o dentista a cada seis meses." Mud

"Às vezes eu como chocolate e eu tive alguns problemas. E meu amigo, que é medico, disse: 'não coma chocolate e você ficará bem'." Jubran

Hábito de escovar os dentes

Esta categoria é colocada pelos relatos simplesmente como um hábito presente na vida de todos refugiados. Todos relataram escovar os dentes, quando perguntado sobre o que fazem para cuidar da boca, tanto no seu país de origem como em São Paulo, principalmente após as refeições e usando creme dental.

"Eu fazia, tinha que 'me' escovar de manhã, tinha que ser antes e depois das refeições, tinha que escovar antes de dormir..." Rei

"Escovava, pasta de dente, depois de comer, escova os dentes, água de dente." Cristela

"Hummm... eu escovo os meus dentes todas as manhãs e à noite, e depois de comer..." Jubran

"De manhã, ao acordar, escovava o dente, usava boa pasta de dente, escovava todos os dias de manhã e à noite." Sita

"As pessoas conseguem Colgate, lava dente, escova o dente. Eu escovo só uma vez ao dia." Tommy

"Nós escovamos todas as manhãs, depois das refeições, todas as noites nós usamos Colgate." Jimmy

"Eu costumo escovar meus dentes, minha língua com pasta de dente." Charles

"Eu simplesmente escovo os meus dentes quando acordo e ao dormir." Mussa

"Eu escovo meus dentes pela manhã e tomo meu café da manhã e escovo de novo... depois de comer eu escovo, escovo e depois cuspo a pasta. Quando eu chego em casa, depois de comer, à noite, do jantar, eu escovo de novo." Charles

"Eu escovo, passo pasta... lá não tem pasta boa... escovo duas vezes, de manhã e à noite." Zena

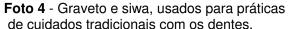
"Ah sim, escovava o dente com escova, nós usamos escova." Viviane

Hábito tradicional de cuidar da boca

Encontramos relatos de práticas tradicionais usadas em países africanos, que configuraram essa categoria.

Para limpar os dentes cinco refugiados relataram também usar palitos, pequenos gravetos, que podem ser comprados ou confeccionados.

Julbran e Mussa colocaram o uso do palito *siwak*, que é encontrado no comércio de produtos orientais. Viviane, Charles e Tommy relataram que gravetos de árvores são confeccionados pelas próprias pessoas.





Acervo: Juliana Silva e Alves 2012.

O Também chamado de miswak, o siwak²³ é usado esfregado no dente tantas vezes quantas o usuário achar necessário.

"E usa uma coisa, não sei dizer o nome, vou ver na internet e depois falo." Jubran

"Siwak, nós usamos ele no Senegal todos os dias. Eu usava ele, é muito bom, estou te dizendo. Você coloca no seu bolso e quando quiser usa. É mais saudável que escovar, não tem química. Existem muitas árvores que você pode usar. É muito comum pessoas africanas usarem os palitos de algum tipo de árvore. Siwak é especial porque tem flúor e cloro... Alguns dos palitos tem sabores diferentes, quando você experimenta e é bom e outro que te mostram é doce, com diferentes sabores ... depende do sabor que você quer ... Talvez você não encontre no Congo. Se você for até a Nigéria você vê as pessoas usando." Mussa

redacao/graveto-escova-dente-sustentavel-291232/>.

-

²³ O miswak/siwak é um ramo da árvore Salvadora Pérsica. De acordo com as pesquisas, é cientificamente comprovado que possui em seu interior cerdas naturais, com propriedades antimicrobianas, que limpam a boca e evitam o mau hálito. Logo, basta cortar o graveto e esfregar suas cerdas nos dentes; para os mais ousados, também é possível mastigá-las. Disponível em: http://planetasustentavel.abril.com.br/blog/blog-da-



Foto 3 - Cerdas formadas pelo miswak/siwak.

Fonte: blog da revista Planeta Sustentável, maio 2011.

Os gravetos de árvore são mastigados e esfregados sobre os dentes, sendo alguns pedaços engolidos pelo usuário.

"No interior não escova; usa palito. Usa palito, esfrega, mastiga depois cospe..." Tommy

"Oh, 'você' diferentes tipos de palitos. Você corta e lava... As pessoas não fazem isso... Eu não faço isso sempre, só quando me dá vontade... Meu pai, minha mãe fazem, que você vai ver é tradicional, pessoas fazendo é tradicional... eu vou ensinar para o meu filho." Charles

"Como você faz, eu vou ensinar como, como é com pau. O pau tira do bosque e depois corta e a gente mastiga... Sim, corta ele pequeno e põe na boca assim e depois de mastigar você limpa e tira... Tem muita gente que usa, nossos ancestrais, nossos avós, minha avó usa até agora. E usa este, é um pouco amargo, chama palito... Você mastiga antes de esfregar... a ponta fica esgarçada e ai esfrega." Viviane

Também foi mencionado que, à presença de dor de dente, o uso de erva amassada na região dolorida, durante toda a noite. A erva tem poder

anestésico, melhorando a dor, segundo relato de Viviane, que afirma ser comum essa prática no Togo:

"Tem uma folha que você põe na gengiva, embaixo do dente que tem dor, e você põe ali e fica toda a noite. E, aí, você não sente mais dor."

3.3 ACHADOS DO EXAME ODONTOLÓGICO

Quanto à cárie dental, o valor obtido no exame individual de cada refugiado foi divido por onze (número de refugiados da investigação), obtendo-se assim a média do índice CPOD (quantidade de dentes cariados, perdidos e obturados) de 2,18 dentes cariados por pessoa, dentro da meta da Organização Mundial da Saúde para cárie²⁴.

Analisando os componentes do índice CPOD, número de dentes cariados (C) prevaleceu, seguido do número de dentes obturados (O). presença de dentes obturados significa que houve acesso por parte dos sujeitos pesquisados à atenção odontológica.

Quanto presença ou ausência de problemas gengivais, medido através do IPC (índice periodontal comunitário), obteve-se o valor de 0,89, o que índica a presença de gengivite incipiente em todos os refugiados.

mais que 2% de desdentados; 96% de pessoas com no mínimo 20 dentes funcionais; não mais que 0,25 sextante com CPITN de 4; não mais que 5% de desdentados e não mais que 0,50 sextante com CPITN de 4 na idade de 65

a 74 anos. Disponível em: http://www.jornaldosite.com.br/arquivo/anteriores/capel/artcapel51.htm

No 4º Congresso Mundial de Odontologia Preventiva, realizado em Umea, na Suécia, com apoio da Organização Mundial da Saúde e da Associação Internacional para Pesquisa em Odontologia (IADR), a OMS propôs as seguintes metas em saúde bucal para o ano 2010: 90% de pessoas sem cárie na idade de 5 a 6 anos; CPOD menor que 1 aos 12 anos de idade; aos 15 anos de idade, não mais que um sextante com CPITN 1 ou 2; não haver perda dental, aos 18 anos de idade, devido à cárie ou doença periodontal; na idade de 35 a 44 anos não

Analisar, compreender e interpretar um material qualitativo é em primeiro lugar, proceder a uma superação da sociologia ingênua e do empirismo, visando a penetrar nos significados que os sujeitos compartilham na vivência da sua realidade (MYNAIO, 2010, p. 299).

Os refugiados que participaram deste estudo buscaram o Brasil para proteção e reconstrução de suas vidas, desestruturadas por participarem, em seus países de origem, de diversas situações que impediam o fluir cotidiano.

Constatou-se que o deslocamento de uma vida comum para a condição de refugiado se traduz em incertezas, instabilidade e, também, em inovação diária em prol do recomeço. Percebeu-se que se tornar refugiado é se colocar em uma posição de remodelagem da rotina e reconstrução da vida em uma nova perspectiva cotidiana. Essa busca incessante das pessoas em situação de refúgio corrobora o postulado de PAIS (2003), segundo o qual elas precisam desse cotidiano, que é a rotina; rotina que é o hábito de fazer as coisas da mesma forma, adverso à inovação.

Para todas as pessoas, inclusive para aquelas refugiadas, o estabelecimento da rotina é uma ação importante, sendo a matéria prima de construção de nossos processos identitários, como afirma SPINK, P. (2008). No caso dos refugiados, igualmente, o processo de produção de rotina se dá por meio da aproximação, da identificação e do estabelecimento de "novos" microlugares.

Na retomada da vida em São Paulo, e a aproximação com novos lugares, o grupo de refugiados deste estudo iniciou o estabelecimento de uma rotina, empregando todas as facilidades e dificuldades que esse processo, de natureza individual, demanda.

Em seus relatos, eles descreveram a forma pela qual as redes de relações que estabeleceram facilitaram o processo de adaptação à rotina da cidade. Rede formada, por exemplo, por comunidades e pessoas do país de origem, do mesmo grupo religioso, parentes que vivem em São Paulo ou inserção no mercado de trabalho. E mesmo aqueles que não contavam com

essas "facilidades", ao conseguirem se comunicar em português, declararam-se mais confortáveis no processo de refazer suas vidas.

Por outro lado, os refugiados que não encontraram nem estabeleceram redes de contatos ou tiveram dificuldades em se comunicar em português, mostraram-se inseguros e instáveis. Essa insegurança/instabilidade é atravessada, principalmente, pela baixa expectativa de conseguir uma vaga no mercado de trabalho brasileiro, exatamente por não dominarem o idioma.

Ressalta-se que participar das aulas de língua portuguesa foi uma escolha importante para viabilizar a aproximação da pesquisadora com o cotidiano desses sujeitos. O idioma é um ponto relevante na retomada de vida dessas pessoas, se pensarmos na reconstrução de rotinas. E as pequenas conversas são fundamentais nos lugares e espaços de nossas vidas. Conforme coloca SPINK, P. (2008), os encontros e desencontros cotidianos em que se desenrolam as conversas são espaços fundamentais para nossas vidas.

Com base nos relatos dos refugiados foi possível verificar que dominar o idioma é um importante obstáculo a vencer, nas situações que envolvem migração. Conseguir falar e ouvir o que é dito no cotidiano é relevante para se estabelecer a comunicação entre as pessoas, para realizar o diálogo.

Estabelecendo um lugar comum com os refugiados através de conversas, de diálogos durante as aulas de língua portuguesa e nas entrevistas, nos aproximamos da questão do cuidado com o corpo e com a saúde, objeto deste estudo.

Os sujeitos dessa pesquisa descreveram a saúde como um conjunto de capacidades que implica bom *estado físico, psicológico, social e espiritual* e, ainda, como ausência de *sintomas do corpo*, principalmente dor.

A saúde, de acordo com BUSS (2000), não se constitui em ausência de doença, uma vez que ambos os termos interagem constantemente. Não é, portanto, possível estar definitivamente saudável ou totalmente doente, se

dando essa relação também para além das fronteiras internas do organismo. Dito de outro modo, as relações sociais e o meio físico externo se somam às características imunogenéticas individuais. Deixa-se, sob essa perspectiva, de entender a saúde como um processo que coloca exclusivamente um sintoma corpóreo como significado de saúde ou de doença.

MARCONDES (2007) enfatiza o caráter processual da saúde, definindo-a como um estado de equilíbrio instável que se estabelece na medida do dinamismo e dos conflitos de sociedades concretas. Para ADORNO et al. (2011) deveríamos olhar o processo saúde-doença na perspectiva que vai além da ideia de uma plenitude de saúde ou de um corpo saudável.

O contraditório nos relatos dos refugiados revelou-se na pergunta sobre se estavam saudáveis. Ao responderem positivamente "**tenho saúde**" relacionaram o estado de bem-estar a sensações e sintomas do corpo. Do ponto de vista emocional, contudo, todos concordaram que estavam passando por um processo de reestruturação que os abalava.

No que diz respeito às práticas de cuidados com o corpo, os refugiados destacaram a importância de adotar diariamente **hábitos saudáveis**, sendo parte dessa estratégia pessoal de bem-estar a **aparência física**. Ao mesmo tempo, os refugiados demonstraram entender que os cuidados com o corpo são uma **competência da medicina**, o que nos remete a um olhar fragmentado da saúde e não um processo.

Por outro lado, as **ações tradicionais** foram colocadas pelos refugiados como importante forma de cuidado. Por isso, entendemos ser fundamental à prática clínica considerar esse aspecto na atenção à saúde da população imigrante, desenvolvendo, para tanto, ações que promovam e valorizem as tradições e evitem a aplicação de soluções padronizadas. Uma relação humanizada, menos etnocêntrica e impositiva, é mais eficiente nas práticas de cuidados com a saúde, porque permite entender e aproveitar os conhecimentos trazidos pelos refugiados.

Saúde bucal

O modo de viver do homem vai construindo seu cotidiano. E a higiene pessoal está, há muito, incorporada a ele. Nesse sentido, buscou-se identificar nos relatos dos refugiados como se dão os cuidados com a sua boca. Todos reconheceram a existência de doenças bucais, manifestações físicas, com sinais e sintomas.

Uma das formas de cuidado com a boca foi a **conduta preventiva quanto a doenças bucais**.

O uso de escova e pasta de dentes, no mundo ocidental, é parte da rotina diária de higiene dental, podendo não ser a única forma eficiente para limpar os dentes e prevenir a formação de biofilme dental.

A odontologia tem focado a orientação nos cuidados com a saúde bucal enfatizando a importância de se utilizar uma escova que permita a aplicação de métodos preventivos eficazes, com alcance coletivo e impacto social. Existe um entendimento global, segundo MALTIS (2000), de que o único fator considerado imprescindível para a ocorrência da doença cárie, o chamado fator etiológico, é a presença de um biofilme cariogênico.

Atualmente, cerca de 90% dos indivíduos que vivem nos países ocidentais escovam os seus dentes regularmente. O processo de escovação é fator de remoção do biofilme dental, o que reduz a ocorrência da cárie dental (THYLSTRUP e FEJERSKOV, 2001). A escovação é, também, a grande chave da prevenção para uma efetiva redução da doença periodontal, um conjunto de condições inflamatórias de caráter crônico, de origem bacteriana (CHIAPINOTTO, 2000). Começa afetando o tecido gengival e pode levar à perda dos dentes; a placa bacteriana é o principal fator etiológico da doença periodontal, como foi demonstrado por LÖE et al. (1978)²⁵.

Nas faces livres dos dentes (frente, atrás e em cima) a placa bacteriana é removida com a escova dental, através de ação mecânica das

_

²⁵ Trabalho clássico sobre gengivite experimental, um marco histórico no entendimento dos fatores etiológicos da doença periodontal. Partindo de um quadro de gengiva saudável sem acúmulo de biofilme e o livre acúmulo de biofilme bacteriano na superfície dental provocou gengivite em um período de 7 a 21 dias. Com a retomada regular das medidas de higiene bucal a gengiva retornou à condição saudável (LÖE et al.., 1978).

cerdas. Nas faces proximais (laterais direita e esquerda) a ação mecânica se dá pelo o uso de fio dental. Portanto, a higiene bucal é composta pela escovação com escova dentes, creme dental e uso de fio dental. Essa prática é adotada como uma forma de prevenção das doenças cárie e doença gengival.

Nesta pesquisa, nenhum dos sujeitos participantes fez menção ao uso de fio dental ou qualquer outro dispositivo para a remoção de biofilme dental das superfícies proximais dos dentes. É importante ressaltar que esse é um hábito de difícil adesão, inclusive no Brasil.

Constatou-se ainda que para os refugiados escovar os dentes pode ser mais do que um hábito instituído que previne doenças bucais. Esse hábito foi apontando não como uma conduta preventiva para doenças bucais, mas simplesmente como um hábito que faz parte da rotina, realizado principalmente após as refeições.

Além da escovação com pasta de dentes, os refugiados relataram que completam o seu cuidado bucal com **hábitos tradicionais de cuidado**, usando o miswak e gravetos.

A história e a evolução da escova de dentes têm origem origens nos "pauzinhos de mastigar" usados pelos babilônicos 3500 a.C., então utilizados para a limpeza dos dentes (BARROS, 2001). Entretanto, os auxiliares mais primitivos na limpeza dos dentes foram pedaços de ramos ou gravetos, que eram esfregados ou atritados sobre as superfícies dentárias, como demonstram os achados em tumbas etruscas e egípcias MacCAULEY (1946).

A literatura chinesa menciona, em 1600 a.C., o "datuna", haste de madeira macia que as pessoas mastigavam para higienizar os dentes (CUNHA; CARVALHO, 1993). A literatura grega e a romana também mencionam palitos de dentes primitivos mastigados para ajudar a manter os dentes e a boca limpos (BARROS, 2001). Em 350 a.C., Aristóteles fazia a limpeza de seus dentes com uma toalha áspera de linho fino, segundo CUNHA e CARVALHO (1993).

No início da Era Cristã os romanos demonstravam preocupação com a higiene da boca e, por volta do ano 100 d.C., Plínio, o Jovem, estabeleceu alguns conceitos sobre o tipo de material utilizado para a confecção da primeira escova dental.

O miswak já era utilizado por povos da antiguidade. HALAWANY (2012) fez uma revisão sobre a Salvadora Pérsica, árvore que fornece o miswak, colocando:

Essa planta têm sido usadas durante séculos para melhorar a saúde dental e para promover a higiene oral, e esta prática persiste em várias comunidades em todo o mundo. Miswak é uma palavra árabe que significa "vara de limpeza de dente" e foi usado pelos árabes antigos para branquear e polir os dentes.

O autor coloca ainda que o miswak tem um efeito antimicrobiano e anticarogêncio, pela presença de flúor.

Além desse, há relatos sobre outros tipos de graveto. WU et al. (2000), da Universidade de Stellenbosch, em Tygerberg, na África do Sul, examinaram as propriedades de um graveto mastigável em particular, conhecido na Namíbia como muthala. Uma pesquisa sobre saúde oral de mais de 2.000 namíbios indicou que os 20% da população que usam o muthala apresentam menos cáries do que aqueles que não usam nenhum método de higiene dental.

MOZES (2000) enfatizam a prática natural do método de mastigação de palitos, apontando que os gravetos são reutilizados e considerados como forma socialmente aceitável na limpeza dos dentes em países como a Índia, Arábia Saudita e Sudão.

Usar objetos tradicionais na higiene bucal é um hábito antigo, que existe há muito tempo na história desse cuidado, ainda hoje bastante presente no mundo oriental.

No exame odontológico realizado nesta pesquisa observou-se a presença de doença cárie e doença gengival, relacionadas com o cuidado com a boca. O resultado do exame indicou um pequeno número de cáries

presentes e um sangramento gengival incipiente entre os refugiados, o que sugere que a remoção de biofilme está sendo realizada adequadamente.

4.1 CONCLUSÃO

Os achados deste estudo nos permitiram concluir que:

- A migração no Brasil, hoje, tem motivações e configurações que devem ser compreendidas sob a perspectiva das novas características da mobilidade humana.
- Reconhecer refugiados nas cidades é um fato nos dias atuais e a saúde pública deve colocar para essa população mais atenção e cuidado.
- As práticas de cuidados com o corpo e com a saúde são elementos essenciais na rotina das pessoas, ajudando-as a reconstruir sua identidade.
- Os hábitos tradicionais de cuidados com o corpo e com a saúde são formas um tanto desconhecidas na atualidade, mas estão presentes na história da humanidade e, entendemos, continuarão presentes.
- Este estudo traz alguns achados sobre as práticas de cuidados com o corpo e com a saúde de refugiados, necessitando de mais investigação nessa temática.

5 REFERÊNCIAS

ABBOTT, M. V. et al. Recent Chinese migrants' health, adjustment to life in New Zeland and primary health care utilization. **Disability and Rehabilitation**, [s.l], v. 22, n. 1-2, p. 43-56, Jan. 2000.

AGÊNCIA DA ONU PARA REFUGIADOS. **Refúgio no Brasil** - uma análise estatística (2010-2012). Brasília: ACNUR Brasil, [s.d.]a. Disponível em: . Acesso em: 11ago. 2013.

AGÊNCIA DA ONU PARA REFUGIADOS. CÁRITAS ARQUIDIOCESANA DE SÃO PAULO. **Refugiados, proteção e assistência em São Paulo**. São Paulo, [s.d.]b.Disponível em: http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/portugues/Publicacoes/2010/Refugiados Protecao e Assistencia em Sao Paulo.pdf?view=1">http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/portugues/Publicacoes/2010/Refugiados/portugues/2010/Refugiados/portugues/2010/Refugiados/portugues/2010/Refugiados/portugues/2010/Refugiados/portugues/2010/Refugiados/portugues/2010/Refugiados/portugues/2010/Refugiados/portugues/2010/Refugiados/portugues/2010/Refug

AGÊNCIA DA ONU PARA REFUGIADOS. Manual de procedimentos e critérios para determinar a condição de refugiado de acordo com a Convenção de 1951 e o Protocolo de 1967 relativos ao Estatuto dos Refugiados. Brasília: ACNUR Brasil, 2004.

AGÊNCIA DA ONU PARA REFUGIADOS. Lei 9474/97 e coletânea de instrumentos de proteção internacional dos refugiados. 4. Ed. Brasília: ACNUR Brasil/IMDH, abr. 2012. Disponível em: http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/portugues/Publicacoes/2012/Lei 947 97 e Coletanea de Instrumentos de Protecao Internacional de Refugiados e Apatridas.pdf?view=1">https://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/portugues/Publicacoes/2012/Lei 947 97 e Coletanea de Instrumentos de Protecao Internacional de Refugiados e Apatridas.pdf?view=1">https://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/portugues/Publicacoes/2012/Lei 947 97 e Coletanea de Instrumentos de Protecao Internacional dos refugiados.

ADORNO et al. Pensar e viver além das margens: perspectivas, agendamentos e desencaixes no campo da Saúde Pública. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 1, p.86- 94, 2011.

ANDRADE, O. **Pau Brasil**: cancioneiro de Oswald de Andrade. Paris: Sans Pareil, 1925. 112p.

AYDOS, M.; BAENINGER, R.; DOMINGUEZ, J. A. Condições de vida da população refugiada no Brasil: trajetórias migratórias e arranjos familiares. In: CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO LATINO AMERICANA DE POPULAÇÃO, 3., 2008, Córdoba, Argentina.

- BARRETO, L. P. T. F. R. (Org.). **Refúgio no Brasil**: a proteção brasileira aos refugiados e seu impacto nas Américas. Brasília: ACNUR Brasil/Ministério da Justiça, 2010.
- BARROS, O. B. et al. Escovas dentais. **Pós-Graduação Revista da Faculdade de Odontologia**, São José dos Campos, SP, v. 4, n. 1, p. 33-38, jan./abr., 2001.
- BRASIL. Lei n. 9.474, de 22 de julho de 1997. Define mecanismos para a implementação do Estatuto dos Refugiados de 1951, e determina outras providências. **Diário Oficial da União**, 23 jul. 1997; Seção 1, p. 15822-15824.
- BUSS, P.M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresnia, D.; Freitas, C. M. (Org). **Promoção da saúde**: reflexões, conceitos, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 15-49.
- CARABALLO, M. **The challenge of migration and health.** Antwerp: Internacional Center for Migration and Health, 2007.
- CARABALLO, M.; NERUKAR, A. Migration, refugee and health risk. **Emerging Infectious Disease**, [s.l.], v. 7, n. 3, June 2001. Supplement.
- CHIAPINOTTO, G. A. Etiologia e prevenção da doença periodontal. In: PINTO, V. G. **Saúde bucal coletiva**. 4. ed. São Paulo: Editora Santos, 2000. p. 428-444.
- CUNHA, T. C. R.; CARVALHO, L. A. Avaliação da efetividade de uma escova dental modificada em comparação a uma tradicional no controle da placa bacteriana e índice gengival em pacientes com aparatologia ortodôntica fixa. **Revista Brasileira de Odontologia**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 58-69, jan./abr. 1993.
- DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.
- DIAS, S.; MATOS, M.; GONÇALVES, A. Conhecimentos, atitudes e comportamentos face ao HIV numa comunidade migrante implicações para a intervenção. **Psicologia, Saúde & Doença**, Lisboa, v. 3, n. 1, p. 89-102, 2002.
- DIAS, S.; GONÇALVES, A. Migração e saúde. **Revista Migrações – Observatório da Imigração**, Lisboa, n. 1, p.15-26, Set. 2004.

DICIONÁRIO HOUAISS DA LÍNGUA PORTUGUESA. Rio de Janeiro: Editora Objetiva, 2009.

ESHIETT, M. U. Migrants and health: a cultural dilemma. **Clinical Medicine**, [s.l.], v. 3, n. 3, p. 229-231, 2003.

GROOVE, N. Our health and theirs: forced migrations, othering, and public health. **Social Science & Medicine**, [s.l.], v. 62, n. 8, p. 1931-1942, 2006.

HALAWANY, H. S A review on miswak (*Salvadora persica*) and its effect on various aspects of oral health. **The Saudi Dental Journal**, [s.l.], v. 24, p. 63-69, Jan. 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010** – resultado geral da amostra. Rio de Janeiro, 27 abr. 2012. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000008473104122012315727483985.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2013.

JANSÀ, J. M. Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos. **Gaceta Sanitaria**, Barcelona, España, v. 18, p. 2017-213, 2004. Suppl.

JUBILUT, L. L. Melhorando a integração dos refugiados: novas iniciativas no Brasil. **Revista Forced Migration**, [s.l.], ed. 35, jul. 2010.

KANDULA, N. R. Assuring the health of immigrants: what the leading health indicators tell us. **Annual Review of Public Health**, [s.l.], v. 25, p. 357-376, 2004.

LAW, J.; MOL, A. Notes on materiality and sociality. **The Sociological Review**, [s.l.], v. 43, n. 2, p. 274-294, 1995.

LATOUR, B. **Politics of nature.** Cambridge, M.A.: Harvard University Press, 2004.

LEÃO, R. Z. R. O conceito de refugiado no Brasil, desde sua perspectiva normativa: os dez nos da Lei nº 9.474/97 e a importância de seu artigo. **Cadernos de Debates Refúgio, Migrações e Cidadania**, Brasília, v. 5, n. 5, p. 36-69, 2009.

LEVITT, P.; JAWORSKY, N. Transnational migration studies: past developments and future trends. **Annual Review Sociology**, Palo Alto, California, v. 33, p. 129-156, 2007.

LÖE, H. et al. The natural history of periodontal disease um man: the rate of periodontal destruction before 40 years age. **Journal Periodontology**, [s.l.], v. 49, p. 607-620, Dec. 1978.

LUCK, M. et al. Vigilância da gravidez numa comunidade imigrante africana: necessidades elevadas, baixa utilização. **Saúde em Números**, [s.l.], v. 14, n. 1, p.1-4, 1999.

MacCAULEY, H. B. Toothbrush material and design. **Journal American Dental Association**, [s.l.], n. 5, p. 283-293, Mar., 1946.

McMUNN, A. et al. Health services utilization in London's African migrant communities; implications for HIV prevention. **Aids Care**, [s.l.], v. 10, n. 4, p. 453-462, 1998.

MALTIS, M. Etiologia e prevenção da doença periodontal. In: PINTO, V.G. **Saúde bucal coletiva**. 4. ed. São Paulo: Livraria Santos, 2000. p. 428-444.

MARCONDES, W. B. A convergência de referenciais na promoção de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 5-13, jan./abr. 2004.

McKAY, L.; MACINTYRE, S.; ELLAWAY, A. **Migration and health**: a review of internacional Literatue. Glassgow: Medical Research Concil – Social and Public Health Sciences Unit., 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 1996. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/aquivos/resoluc_oes/23 out versao final 196 ENCEP2012.pdf>. Acesso em: 29 maio 2013.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12 ed. São Paulo: Huitec, 2010. 407p.

MOZES, A. Mastigar gravetos representa alternativa às escovas de dente. Boasaúde.com.br, 27 mar. 2000. Disponível em: http://www.boasaude.com.br/artigos-de-saude/2873/-1/mastigar-gravetos-representa-alternativa-as-escovas-de-dente.html. Acesso em: 13 ago. 2013.

OLIVEIRA, S. A. Alteridade e identidade: "quem somos", "quem são" nas vivências de processos migratórios. In: DANTAS, S. D. (Org.).

Diálogos interculturais: reflexões interdisciplinares e intervenções psicossociais. São Paulo: Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Levantamentos básicos em saúde bucal. 4. ed. São Paulo: Livraria Santos,1999.

PAIS, J. M. Vida cotidiana: enigmas e revelações. São Paulo: Cortez, 2003.

PATARRA, N. L.; BEANINGER, R. Mobilidade espacial da população no Mercosul: metópoles e fronteira. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 21, n. 60, fev. 2006.

QINVY, R.; CAMPENHOUDT, L. V. **Manual de investigação em ciências sociais**. 5 ed. Lisboa: Gradiva, 2008.

REIJNEVELD, S. Report health, lifestyle and use of health care first generation immigrants in the Netherlands do socioeconomics factors explain their adverse position. **Journal of Epidemiology and Community Health**, [s.l.], v. 52, n. 5, p. 298-304, 1998.

SAÚDE DESPONTA COMO MOTIVAÇÃO PARA VINDA DE TURISTAS A SÃO PAULO. **COMUNICAÇÃO – São Paulo Turismo**, São Paulo, 10 maio 2012. Disponível em: http://imprensa.spturis.com.br/press-kits/saude-desponta-como-motivacao-para-vinda-de-turistas-a-sao-paulo>. Acesso em: 11 ago. 2013.

SERVIÇO SOCIAL DO COMÉRCIO. **Manual do refugiado**: proteção e assistência ao refugiado ACNUR/ Cáritas. São Paulo, 2002.

SPINK, P. K. O pesquisador conversador no cotidiano. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v. 20, p. 70-77, 2008.

THYLSTRUP, A.; FEJERSKOV, O. Cariologia clínica. 2. ed. São Paulo: Editora Santos, 2002.

THE UN REFUGEE AGENCY. **Stateless people** – searching for citizenship. Geneva, [s.d.]. Disponível em: www.unhcr.org/pages/49c3646c155.html. Acesso em: 11 ago. 2013.

VASCONCELLOS, M. P.; ADORNO, R. C. F. Pensando entre culturas: mediações em tempo de incertezas, conflitos e mobilidades transnacionais. In: DANTAS, S.D. (Coord.). **Diálogos interculturais**:

reflexões interdisciplinares e intervenções psicossociais. São Paulo: Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo, 2012.

WOLFERS, I.; VERGIHIS, S.; MARIN, M. Migration, human rights, and health. **Lancet**, London, v. 362, n. 9400, p. 2019-2020, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International migration, health and human rights**. Geneve, 2003. Disponivel em: http://www.who.int/hhr/activities/en/intl migration hhr.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2013.

Anexo I

TERMO DECONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto:

"Sorrisos em trânsito: relatos sobre a saúde bucal de solicitantes de refúgio

e refugiados no município de São Paulo"

Pesquisador responsável: Juliana Silva e Alves

Orientadora: Professora Doutora Isabel Teixeira Bicudo Pereira

Endereço e telefone: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São

Paulo; Avenida Dr. Arnaldo, 715 - Cerqueira César, São Paulo - SP

Telefone 11 3061-7780

Email: juliana.sealves@usp.br

Convido o senhor(a) a participar da investigação intitulada: "Sorrisos em trânsito: relatos sobre a saúde bucal de solicitantes de refúgio e refugiados no município de São Paulo".

O propósito desse documento é informá-lo sobre o que é esta pesquisa, e se assinado contém seu consentimento em participar dela. Sua decisão em participar é voluntária, e o senhor(a) pode recusar-se a participar, como também pode retirar-se da pesquisa a qualquer momento.

Para participação é necessária a leitura desse documento com atenção.

Este estudo refere-se à minha dissertação de Mestrado no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, e tem como objetivo investigar o significado da saúde bucal para um solicitante de refúgio e refugiado que vive no município de São Paulo, e está sob a orientação da Professora Doutora Isabel Maria Teixeira Bicudo Pereira.

Para tanto será necessário realizar os seguintes procedimentos: preenchimento de ficha com dados como sexo, idade, país de origem, escolaridade; exame odontológico para avaliar a condição bucal dos participantes da pesquisa e entrevista perguntando a respeito do que eles pensam sobre a saúde de sua boca. Estas entrevistas serão gravadas. E depois escutadas e escritas sem modificar as palavras que foram ditas. As entrevistas escritas serão analisadas para obter o resultado sobre o que os pesquisados pensam sobre a saúde bucal.

Após ler e receber explicações sobre a pesquisa, o pesquisado tem o direito de:

1. Receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os

- procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa;
- 2. Retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo;
- 3. Não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade;
- 4. Procurar esclarecimentos com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, no telefone 11 3061-7779 ou à Av. Dr. Arnaldo, 715 Cerqueira César, São Paulo SP, em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos.

Declaro estar ciente do exp desejo quepesquisa.	•			
	São Paulo,	de	de	
Nome do sujeito/ ou do responsável	·			
Assinatura:			.	_
Eu, Juliana Silva e Alves, de referentes ao projeto ao participante	•		as informaçõ	íes
Telefones: 55 11 39658657 / 55 11 9	Data	a:/	/	

Anexo II

Cadastro do e	ntrevistado	Sigla:				
Dados de ider	3					
2. Unidad	e do SESC:					
3. Sexo: F	⁻ () M()					
4. Data de	e nascimento:					
5. Estado	civil:					
	Não () Sim () C					
7. Religião	o:					
8. Naciona	alidade:					
9. Escola	ridade:					
10.Ocupaç	ção no seu país d	e origem:				
	por onde viveu: _					
	1ª língua:					
	s que fala, escreve					
14. Você é	solicitante de refu	ugio () refugiad	do ()			
15. Quanto	tempo você está	no Brasil?				
16.Você p	oretende permane	ecer no Brasil?	? Sim () Não () Por	quê?
17.Onde Paulo?		uem você	vive	aqui	em	São

ENTREVISTA

Sigla:				

- 1. Fale-me quem é você.
- 2. Fale-me sobre o seu país.
- 3. Por que você veio para o Brasil?
- 4. Como você fez para chegar ao Brasil?
- 5. Por onde você passou até de chegar a São Paulo?
- 6. Descreva como era a sua vida no seu país.
- 7. Como é a comida no seu país, o que você comia?
- 8. Descreva como está a sua vida em São Paulo.
- 9. O que e onde você come em São Paulo?
- 10. Saúde: qual o significado dessa palavra para você?
- 11. Você tem saúde?
- 12. Como você fazia para ter saúde no seu país? Fale-me sobre isso.
- 13. Doença: qual o significado dessa palavra para você?
- 14. Quando você ficava doente no seu país o que você fazia?
- 15. Você já ficou doente aqui em São Paulo? O que você fez?
- 16. A boca é uma parte do corpo e se ela tem algum problema estamos doentes. Você conhece alguma doença que acontece na boca? Faleme sobre isso.
- 17. Descreva o que você fazia no seu país para manter sua boca sem doença.
- 18. Se você tivesse algum problema na boca no seu país o que você fazia? Aonde você ia?
- 19. E agora, o que você faz para cuidar da sua boca?
- 20. Se você tiver problema na boca em São Paulo como você faz?

ANEXO III

Acronym:

Data identifying the interviewee
1. Name:
2. Unit SESC:
3. Gender: F() M()
4. Date of Birth:
5. Marital status:
6. Children: No () Yes () How? M () F () Where are they
7. Religion:
8. Nationality:
9. Education:
10. Occupation in original country:
11. Countries where lived:
12.Language 1st. language:
13. Languages that speaks, writes and reads:
14. You are: requesting refuge () refugee ()
15. How long are you in Brazil?
16. Do you want to stay in Brazil? Yes () No () Why
17. Where and with whom do you live here in Sao Paulo?

Acronym

INTERVIEW

- 1. Tell me who are you?
- 2. Tell me about your country.
- 3. Why did you come to Brazil?
- 4. How did you arrive in Brazil?
- 5. Where are you been before arrive in Sao Paulo?
- 6. Describe how was your life in your country.
- 7. How is the food in your country, what would you eat?
- 8. Describe how your life in Sao Paulo is.
- 9. What and where do you eat in Sao Paulo?
- 10. Health: what is the meaning of this word for you?
- 11. Are you a healthy person?
- 12. How did you do to be healthy in your country? Tell me about it.
- 13. Disease: what is the meaning of this word for you?
- 14. When you got sick in your country what you did?
- 15. Have you ever been sick here in Sao Paulo? What did you do?
- 16. The mouth is a part of the body and if it has any problems we are sick.
 Do you know of any disease that occurs in the mouth? Tell me about it.
- 17. Describe what you did in your country to keep his mouth without disease.
- 18. If you had a problem in the mouth in your country what you did? Where are you going?
- 19. And now what do you do to take care of your mouth?
- 20. If you have problem in mouth in Sao Paulo what do you do?

FICHA DE AVALIAÇÃO DA SAÚDE BUCAL - OMS (1997)

0 = N50 1 = Sim 8 13 8 (8) £ 8 Original/duplicata (10) OUTROS DADOS (especificar e fornecer os códigos) (å palpação) Mobilidade mandibular 5 = Assoulho da boca 6 = Lingua 7 = Palato mole e/ou duro 8 = Rebordos alveolares/gengiva 9 = Não registrado reduzida (< 30 mm AVALIAÇÃO DA ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR CONTRA-INDICAÇÕES PARA O EXAME Sensibilidade Vermelhão dos lábios
 Comissuras labiais Examinador 3 abertura) 3 - Selcos 4 - Mucosa vestibular LOCALIZAÇÃO 4 * 12 mm on mais (JAC alem do anel de 11,5 mm) X = Sextante excluído - Labios 1 9 - Sem registro * Não registrado abaixo de 15 anos de idade (14) de identificação 0 = Não 1 = Sim SINAIS PLUOROSE DENTÁRIA Motivo: 9 = Não registrado (1) Não registrada - Questionivel 4 " Moderada 5 - Severa 8 - Excluida Sem registro (38) 1 S - Normal 3 = Leve SINTOMAS 乭 € 3 1 - Sm 0-Não 610 Localização geográfica (26) Tpo de localização: 1 - Urbano 2 - Perturbano 3 - Rural (50) (1 300) (1 (50) ((32) 8 8 S 23 EXAME Ex. a recover 0 = Agaréncia extrabutal normal 1 = Ulcaração, feridas e leubes, fissuras (cabeça, pescoça, membros) 1 = Ulcaração, feridas e leubes, fissuras (natiz, bochechas e mento) Octopação 3* = Bolsa de 4-5 mm (faixa preta da sonda parcialmente virivo 4* = Bolsa de 6 mm ou mais (faixa preta da sonda mão virive]) X = Sectante excluído 9 = Não registrado * Não registrado absisto des 15 anos de tôsde 3 » Ulorração, feridas, eroebes, fissuras (combsumas labiais) 4 » Ulorração, feridas, eroebes, fissuras (vermelhão dos labios) £ (43) 44 (43) 45 (43) 4 INDICE PERIODONTAL COMUNITÁRIO (PPC) 8 5 = Cancrum orts 6 = Anoemalidades nos lábios superior e inferior Mês OPACIDADES DO ESMALTEMIPOPLASIA 7 = Linfonodos enfartados (cabeça, percoço) 8 = Outros inclinços da face e maxilares 7 - Abcesso 8 - Outra condição (se postível, especificar). 8 traumátics) 8 ŝ 6 = Opacidades demarcadas e hipoplasia 6 5 - Opacidades demarcadas e difusas 0 = Ausência de condições normais 1 = Tumor maligno (câncer bucal) 7 - Opacidade difusa e hipoplasia 4 - Ukeração (aftosa, hespétea, 5 - Gengivite necrosante aguda 6 - Candidiase 65 INFORMAÇÕES GERAIS Ē EXAME EXTRABUCAL AVALIAÇÃO CLÍNICA DENTES PERMANENTES 1 = Opacidade demarcada 2 = Opacidade difusa E Data de nascimento Sexo (M = 1, F = 2) 8 = As três condições 9 = Não registrado Não preencher MUCOSA BUCAL 4 = Outros defettos 9 - Não registrado 1 = Sangramento 2 = Calculo a Liquem plano Idade em anos - Sem registro Leucoplasia Grupo étnico 3 = Hipoplasta conntcao 0 - Highdo

CONDIÇÕES DENTARIAS E NECESSIDADE DE TRATAMENTO	ESSIDADE DE TRATAN	OLVED OLVED				Numero de identificação	
25 54 53 52 54 61 62 Corona (No) (No) (No) (No) (No) (No) (No) (No)	1 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2	Denies decidius Corve Co	Denta permaternes Corospita 0 0 0 0 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		CONDICAO Figgio Carledo Resaurado, com ciste Resaurado, em ciste Amenta, por motivo de cisto motivo cuto motivo cuto motivo cuto motivo dire Amenta, por qualquer cuto motivo Selante de protese, coroa speciatica ou faceta/emplante Dente ralo empetomada, Josensa/hata não empetomada, Josensa/hata não empetomada, Neu registrado	TRATAMENTO 0 = Northum P = Proventive, trainmento para debelar as cleries F = Selativo de flauras 1 = Nortauração em uma facis 2 = Restouração em uma facis 3 = Corna prodeita por qualquer motivo 4 = Corna prodeita por qualquer motivo 5 = Troinmento pulgor com restauração 6 = Escodorita 7 = Necessidade de trainmento (especificat) 9 = Nito registando 9 = Nito registando	
CONDIÇÕES PROTÉTICAS 0 = Sem prôtete 1 = Prôtese parcial fixa 2 = Mais de una prôtese parcial fixa 3 = Prôtese parcial removêrel 4 = Prôteses parcials, fixas e removêreis 5 = Prôtese total removêrei 9 = Não registrado	Superior Inferior (pts)		N 0-98 40	NECESSIDADES PROTÉTI 0 = Não necessita de pròtose unit 2 = Necessita de pròtose com 3 = Necessita de uma associa múltiples elementos 4 = Necessita de pròtose total 9 = Não registrado	NECESSIDADES PROTÉTICAS Superior 0 = Não mecessita de pedosse unitária 1 = Necessita de pròtosse unitária 2 = Necessita de uma associação de próteses unitárias e/ou com múltiplos elementos 4 = Necessita de pròtese total (substituição de todos os dentes) 9 = Não registrado	Superior Inferior (neutron) (neutron	
							_

C. Common of the				
DENTIÇÃO (100) Na austricia de inci	ÇÃO 1949 Na austricia de incistvos, caminos e prê-molares - superiores e inferiores - escreves o número de dentes	periores e inferiores – escreves o	nûmero de dentes	
ESPAÇO [168] Apinhamento nos	Espaçamento nos segmentos anteriores:	Diaztema em mm	Malor irregularidade	(172) Mator irregularidade anterior inferior em mm
0 = Sem againhamento 1 = Um regmento againhado 2 = Deia segmentos spinhados	0 = Sem apinhamento 1 = Um segmento apinhado 2 = Dois segmentos apinhados			
OCLUSÃO [173] Sobressaliència superior antierior em mm	[174] Sobressaliència anterior inferior em mm	Mordida aberta anterior vertical em mm	Relação molar ântero-posterior	
			0 = Normal 1 = Meta ciagide 2 = Uma ciagide	
NECESSIDADE DE TRATAMENTO IMEDIATO E ENCAMINHAMENTO	IMEDIATO E ENCAMINHAM	ENTO		[
Condição potencialmente fatal Dor ou infecção		(177) 0 - Ausente (178) 1 - Presente		(180)
Outra condição (especificar)		(173) V = Nao regi	rrado I = Sen. 9 = Não registrado	

Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

PROJETO DE PESQUISA

Título: Sorrisos em trânsito: relatos sobre a saúde bucal de refugiados no município de São Paulo.

Área Temática:

Pesquisador: Juliana Silva e Alves Versão: 1

Instituição: Faculdade de Saúde Pública da Universidade CAAE: 01673212.0.0000.5421

de São Paulo - FSP/USP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 48322 Data da Relatoria: 22/06/2012

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto que tem como objeto de estudo as condições da saúde bucal em uma população de refugiados no município de São Paulo com a hipótese de que os problemas de saúde bucal dificultam a adaptação deste nesta nova realidade sociocultural que foram inseridos.

Objetivo da Pesquisa:

Investigar o significado da saúde bucal para um grupo de refugiados, caracterizando esta população e identificando seus hábitos e se as alterações da saúde bucal interferem em sua adaptação na nova realidade.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há riscos reais ou potenciais para os sujeitos da pesquisa.

A identificação destes problemas específicos em relação a saúde bucal para os refugiados poderá orientar o aperfeiçoamento da atenção em saúde bucal para esta população.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

É um projeto que, embora seja de alcance relativo, tem a sua importância pela especificidade das condições de vida não só material desta população e tem portanto uma perspectiva de inclusão social. O desenho metodológico desta pesquisa de caráter qualitativo é referenciado no método do discurso do sujeito coletivo que implica na realização de entrevistas com os sujeitos da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os requisitos obrigatórios foram atendidos.

Recomendações:

Nada a recomendar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto é pertinente, tem uma especificidade importante em referência aos sujeitos da pesquisa com uma metodologia adequada para a obtenção e análise dos resultados.

Situação do Parecer:	
Aprovado	
Necessita Apreciação da CONEP:	
Não	
	02 de Julho de 2012
	Assinado por: Claudio Leone
	2.2.2.2.2



Isabel Maria Teixeira Bicudo Pereira

Endereço para acessar este CV: http://lattes.cnpq.br/5048959810978564 Última atualização do currículo em 05/08/2013

Possui graduação em Educador Sanitário pela Universidade de São Paulo (1960), mestrado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1977) e doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1983). Atualmente é professora doutora da Faculdade de Saúde Pública e professor doutor da Universidade de São Paulo. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em promoção da saúde, atuando principalmente nos seguintes temas: promoção da saúde, escola promotora da saúde, educação em saúde e tabagismo. (**Texto informado pelo autor**)

Identificação

Nome Isabel Maria Teixeira Bicudo Pereira

Nome em citações bibliográficas PEREIRA, I. M. T. B.

Endereço

Endereço Profissional Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de

Prática de Saúde Pública. Av.Dr Arnaldo 715 Cerqueira Cesar

01246904 - Sao Paulo, SP - Brasil

Telefone: (11) 30667717

Ramal: 7761

Formação acadêmica/titulação

1979 - 1983 Doutorado em Doutorado em Saúde Pública.

Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Título: Educação em Saúde em Unidades Sanitárias do Município de São Paulo,

Ano de obtenção: 1983.

Orientador: Ruth Sandoval Marcondes. Palavras-chave: Educação em Saúde.

Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Saúde

Pública / Especialidade: Saúde Escolar.

Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Saúde

Pública.

Setores de atividade: Educação; Saúde Humana.

1974 - 1977 Mestrado em Mestrado em Saúde Pública.

Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Título: O Educador de Saúde Pública em um Sistema de Educação, Ano de

Obtenção: 1977.

Orientador: Ruth Sandoval Marcondes. Palavras-chave: Educação em Saúde.

Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Saúde

Pública / Especialidade: Educação Em Saúde. Setores de atividade: Educação; Saúde Humana.

1957 - 1960 Graduação em Educador sanitário.

Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.





Juliana Silva e Alves

Endereço para acessar este CV:http://lattes.cnpq.br/9352382517837076

Última atualização do currículo em 13/08/2013

Resumo informado pelo autor

Possui graduação em Odontologia pela Universidade Camilo Castela Branco (1999), especialista em Odontopediatria pelo Sindicato dos Odontologista do Estado de São Paulo (2002). Mestranda em Saúde Pública na Universidade da São Paulo (desde março/2011). Tem experiência na área de Odontologia, com ênfase em Odontopediatria. (Texto informado pelo autor)

Dados pessoais

Nome Juliana Silva e Alves

Nascimento 05/07/1977 - São Paulo/SP - Brasil

CPF 290.276.898-22

Formação acadêmica/titulação

2011 Mestrado em Saúde Pública.

Universidade de São Faulo, USP, Sao Faulo, Brasil

Título: Sorrisos em trânsito: modos de levar a vida e praticar cuidado com o corpo e com a saúde de

refugiados exilados no município de São Faulo Orientador: Isabel Maria Teixeira Bicudo Fereira

2001 - 2002 Especialização em Odontopediatria.
Sindicato dos Odontologistas do Estado de São Paulo, SOESP, Brasil

Título: Avaliação da microinfiltração após a pré-lavagem de cavidades com restaurações atraumáticas Orientador: Sandra Kalil Bussadori, José Carlos Pettorossi Imparato

1995 - 1999 Graduação em Odontologia.

Universidade Camilo Castelo Branco, UNICASTELO, Santos, Brasil

2003 - 2005 Aperfeiçoamento em Aperfeiçoamento Ortopedia Funcional dos Maxilares.

Associação de desenvolvimento de odontologia clínica, ADOCI, Brasil

Título: -

2000 - 2000 Aperfeiçoamento em Odontopediatria.

Associação Paulista de Cirugiões Dentistas, APCD, Brasil

Formação complementar

2007 - 2007	Extensão universitária em 3o. curso básico diabetes em odontologia.
	The contract British British I NIE Con British British

Universidade Paulista, UNIF, Sao Paulo, Brasil

2007 - 2007 Curso de curta duração em Capacitaçã Odontologia intra-uterina 1a. infância. Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas Ararqquara -SP, APCD, Brasil

2003 - 2003 Extensão universitária em S.O.S Respirador bucal módulo I. Centro de Estudos Avançados em Odontologia e Fonoaudiologia, CEA, Brasil

2003 - 2003 Extensão universitária em S.O.S Respirador bucal II. Centro de Estudos Avançados em Odontologia e Fonoaudiologia, CEA, Brasil

2002 - 2002 Extensão universitária em Estética em Odontopediatria. Associação Paulista de Odontopediatria, AFO, Brasil

2001 - 2001 Extensão universitária em Odontologia para bebês.

Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas Sto. Andé - SP, APCD, Brasil

2001 - 2001 Extensão universitária em Abordagem psicolólgica do paciente infantil.

Associação Paulista de Odontopediatria, AFO, Brasil

2000 - 2000 Curso de curta duração em Treinamento manejo clinico de aleitamento materno. Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros, HMLMB, Sao Faulo, Brasil

2000 - 2000 Extensão universitária em Medicamentos genéricos, legislação atual. Associação Paulista de Cirugiões Dentistas, APCD, Brasil

1999 - 1999 Extensão universitária em Laser: visão multidisciplinar nas especialidades.

Associação Paulista de Cirugiões Dentistas, APCD, Brasil

Atuação profissional

1. Sesc Odontologia - SESC

Vínculo

2000 - Atual Vinculo: Celetista formal , Enquadramento funcional: cirugiã-dentista , Carga horária: 20, Regime: Farcial

Vínculo institucional

2000 - 2003 Vinculo: bolsa de aprimoramento profiss , Enquadramento funcional: cirurgiă-dentista bolsista , Carga horária: 20, Regime: Parcial

Producão

Produção bibliográfica

Artigos completos publicados em periódicos

1.
ALVES, J. S., ROMEI, C., Varella, C., CHUJFI, E. S., MPARATO, J. C. P.
Estudo da prevalência de cárie dentária do " Centro Social Fé e Alegria" na região de Itaquera, São Faulo.
Estudo da prevalência de cárie dentária do " Centro Social Fé e Alegria" na região de Itaquera, São Faulo., v.lll, p.67 - 71, 2000.

Página gerada pelo sistema Currículo Lattes em 13/08/2013 às 23:30:24.