ROSANGELA ELAINE MINÉO BIAGOLINI

**Trabalho e Adoecimento por Tuberculose em
Bolivianos Atendidos nas Unidades Básicas de Saúde
da Supervisão Técnica de Saúde Penha / São Paulo**

São Paulo
2015

ROSANGELA ELAINE MINÉO BIAGOLINI

**Trabalho e Adoecimento por Tuberculose em
Bolivianos Atendidos nas Unidades Básicas de Saúde
da Supervisão Técnica de Saúde Penha / São Paulo**

Tese apresentada ao Programa
de Pós-Graduação da Escola de
Enfermagem da Universidade de
São Paulo para obtenção do título
de Doutor em Ciências

Área de Concentração: Cuidado
em Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rita Bertolozzi

São Paulo
2015

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTES
TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU
ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA DESDE
QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca: "Wanda de Aguiar Horta"
Escola de enfermagem da Universidade de São Paulo

Biagolini, Rosângela Elaine Minéo

Trabalho e adoecimento por tuberculose em bolivianos
atendidos nas Unidades Básicas de Saúde da Supervisão
Técnica de Saúde Penha / São Paulo / Rosângela Elaine
Minéo Biagolini. São Paulo, 2015.

348 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Rita Bertolozzi

Área de concentração: Cuidado em Saúde

1. Tuberculose. 2. Migração. 3. Acesso aos serviços
de saúde. 4. Enfermagem. 5. Trabalho. I. Título.

Autor: Rosângela Elaine Minéo Biagolini
Título: Trabalho e Adoecimento por Tuberculose em
Bolivianos Atendidos nas Unidades Básicas de
Saúde da Supervisão Técnica de Saúde Penha /
São Paulo

Tese apresentada ao Programa de Pós-
Graduação da Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Doutor em Ciências

Área de concentração: Cuidado em Saúde

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Emigrante

*En la mano una maleta...
en tu interior el miedo
Un pasaporte en el bolsillo,
en el otro unas monedas
y en el corazón
el deseo de trabajo
tu equipaje completo
tu fuiste dejando raíces
llegas buscando futuro
Comienza a caminar,
que ahora... con dolor...
nascas de nuevo*

*(Elizabeth, 14 años Chillena)
Revista Travessia, 1991*

DEDICATÓRIA

*Aos amores da minha vida, meus filhos Carlinhos e Patrícia e ao meu
companheiro de todas as horas Carlos, que sempre compreenderam e
apoiam minha paixão pelo trabalho e a inquietude da busca por novos
conhecimentos, mesmo que isso sacrificasse em alguns
momentos o convívio familiar.*

AGRADECIMENTO ESPECIAL

*Agradeço à todos os bolivianos entrevistados, que me ajudaram
a compreender melhor sua situação de vida e adoecimento,
e que muitas vezes me comoveram com suas histórias.
Admiro muito a valentia deste povo e, na figura deles, enalteço
todos os imigrantes pela coragem de buscar
uma vida melhor em terras desconhecidas.*

AGRADECIMENTO MAIS QUE ESPECIAL

À orientadora e amiga, Profa. Dra. Maria Rita Bertolozzi, ou simplesmente Rita, uma pessoa extremamente amável, carinhosa, humana e compreensiva.

Meus sinceros agradecimentos por ter acreditado no meu potencial para realização deste trabalho, a despeito das dificuldades acarretadas pelo fato de eu ser pós-graduanda e trabalhadora em dupla ou às vezes tripla jornada.

Meu respeito e admiração, também à profissional que em uma simples conversa, fazia abrir um mundo de ideias e soluções ao meu redor.

Obrigada !

Aprendi muito com você ! ! !

AGRADECIMENTOS

A caminhada em busca do conhecimento se faz através de um caminho árduo e, contraditoriamente, muito gostoso. A cada descoberta nova uma sensação de triunfo. Isto, ainda somado ao fato que a distância entre o mestrado e o doutorado me permitiu vivenciar toda uma mudança tecnológica que, se por um lado facilitou a busca de informações, por outro, exigiu a capacidade de síntese, para que eu não me perdesse em um “mar” de dados. Enfim, toda a experiência foi desafiadora e inovadora. Para a construção deste trabalho, tive a ajuda de muitas pessoas. Espero não ser injusta ao citar apenas algumas que, sem dúvida, representam muitas outras, sem as quais o trabalho não seria possível.

À Neusa Perrela, minha chefe na Supervisão de Vigilância em Saúde (SUVIS) Penha, que sempre me incentivou e muito ajudou, ajustando meus horários para que eu pudesse fazer as disciplinas do Doutorado e as entrevistas com os pacientes.

À Silvana Rossettini Palombo, que chamou a minha atenção para a importância dos imigrantes bolivianos nos serviços de saúde da região, quando eu ainda nem pensava em fazer o Doutorado. E, após meu ingresso na pós-graduação, generosamente cedeu todo o material que possuía sobre o assunto.

Aos responsáveis pela Supervisão Técnica de Saúde da Penha, à enfermeira Janice Olívia Galvane e, posteriormente, o Dr. Celso Galhardo Monteiro, sempre tão solícitos aos meus pedidos.

A todos os meus “muito mais que colegas de trabalho”, amigos da SUVIS Penha, que aqui não nomearei individualmente, pois incorreria no risco de esquecer alguém. Eles me incentivaram durante toda a trajetória do Doutorado e, ao saber de alguma notícia sobre os bolivianos, faziam questão de compartilhar comigo.

Às enfermeiras Cléia, Isabel, Joyce, Margot, Melina, das Unidades Básicas de Saúde da Penha, que sempre se facilitaram meu contato com os pacientes bolivianos,.

A todos os profissionais do Programa de Controle da Tuberculose do Município de São Paulo, representado pela sua coordenadora Dra. Naomi. Agradeço especialmente à Sumie, que muito me ensinou sobre como manejar o Banco de Dados de Tuberculose, e

sempre esteve pronta a responder todas as minhas dúvidas. E, à Eri, que sempre me informava sobre dados da comunidade boliviana. Enfim, sem a colaboração de equipe do Programa, minha trajetória seria muito difícil.

À Dra. Vera Maria Neder Galesi, Coordenadora do Programa Estadual de Controle da Tuberculose, sempre pronta a me ajudar com os dados do Estado, e cujas contribuições importantes permitiram aprimorar o projeto no Exame de Qualificação.

À Profa. Dra. Renata Ferreira Takahashi, pelas valiosas sugestões no Exame de Qualificação, e pelo jeito amigo sempre presente nas discussões do Grupo de Pesquisa.

À Mariana Caso Herrera, intérprete das entrevistas em espanhol e à Sofia Paulina Aranda Botella, que me auxiliou na transcrição das entrevistas em espanhol.

À minha mãe Ivone (Maria), que sempre apoiou e incentivou a minha paixão pelos estudos, mesmo que à distância.

À minha tia Maria Esmeralda, pelo incentivo durante todo o período do Doutorado e pela escuta amiga em momentos importantes.

Às minhas amigas de “toda uma vida”: Cássia, Kasuko, Lúcia, Norma e Terezinha, tivemos menos encontros, devido ao tempo dedicado ao Doutorado.

Às meninas, colegas da pós-graduação, Ana Carolina, Edilma, Érica, Giovanna, Mariana, Mônica, Kuitéria, Rosângela e Tânia. Umas já concluíram seus estudos, outras, ainda finalizarão suas teses e dissertações, portanto, em diferentes momentos compartilharam minha trajetória na pós-graduação.

Ao meu amigo Roudom, que acompanhou e dividiu comigo, alguns momentos da trajetória do Doutorado, sempre dando muito apoio.

À Karen e à Angela Patrícia, minhas ex-alunas bolivianas, e hoje enfermeiras, que me socorreram na interpretação de algumas expressões idiomáticas, e esclareceram vários aspectos da cultura do povo boliviano, o que me permitiu entender melhor o depoimento dos pacientes entrevistados.

Ao meu aluno Marcos, que permitiu que eu conhecesse um pouco mais da realidade do trabalho dos bolivianos, levando-me a oficinas de costura.

Às minhas chefes na Universidade Nove de Julho, Andrea, Irene, Lúcia, Luciana e Neusa, que entenderam minhas limitações neste período do Doutorado.

Aos membros do Grupo de Pesquisa “Vulnerabilidade, Adesão e Necessidades em Saúde Coletiva” da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, pela oportunidade de discutir e refletir sobre questões importantes da Saúde Coletiva.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo apoio financeiro para a realização da coleta de dados, projeto apresentado para o Edital CNPq Universal 478779/2011-9.

Muitíssimo obrigada a todos !!!

A ilusão do migrante

*Quando vim da minha terra,
se é que vim da minha terra
(não estou morto por lá?)
a correnteza do rio
me sussurrou vagamente
que eu havia de quedar
lá donde me despedia*

*Os morros, empalidecidos
no entrecerrar-se da tarde
pareciam me dizer
que não se pode voltar
porque tudo é consequência
de um certo nascer ali*

*Quando vim, se é que vim
de algum para outro lugar,
o mundo girava, alheio
à minha baça pessoa
e no seu giro entrevi
que não se vai nem se volta
de sítio algum a nenhum*

*Que carregamos as coisas,
moldura da nossa vida,
rígida cerca de arame,
na mais anônima célula,
e um chão, um riso, uma voz
ressona incessantemente
em nossas fundas paredes*

*Novas coisas, sucedendo-se,
iludem a nossa fome
de primitivo alimento
As descobertas são máscaras
do mais obscuro real,
essa ferida alastrada
na pele de nossas almas.*

*Quando vim da minha terra,
não vim, perdi-me no espaço,
na ilusão de ter saído.
Aí de mim, nunca saí
Lá estou eu, enterrado
Por baixo de falas mansas
por baixo de negras sombras
por baixo de lavras de ouro,
por baixo de gerações,
por baixo, eu sei, de mim mesmo
este vivente enganado, enganoso*

*Carlos Drumond de Andrade
(Farewell, p.24-6)*

Biagolini REM Trabalho e Adoecimento por Tuberculose em Bolivianos Atendidos nas Unidades Básicas de Saúde da Supervisão Técnica de Saúde Penha / São Paulo [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2015.

RESUMO

Introdução: A tuberculose (TB) entre bolivianos tem apresentado importante magnitude epidemiológica no Município de São Paulo. **Objetivo:** Analisar características sociodemográficas, de trabalho e relativas ao processo saúde-doença de um grupo de imigrantes bolivianos com TB, atendidos nas Unidades Básicas de Saúde da região da Supervisão Técnica de Saúde da Penha (STS-Pe), da Secretaria da Saúde do Município de São Paulo. **Métodos:** Estudo de abordagem quali-quantitativa, desenvolvido na área da STS-Pe que, em uma primeira Etapa, utilizou banco de dados gerado pelo sistema TBWeb para identificar o perfil epidemiológico de pessoas com TB, bolivianos e não bolivianos, residentes na região, no período de 2006 a 2013. Tais dados foram sistematizados por meio do pacote estatístico R. Em uma segunda Etapa foram realizadas entrevistas a 22 bolivianos em tratamento nas UBS, as quais foram analisadas segundo técnica de análise de discurso e interpretadas à luz da Hermenêutica-Dialética e da Teoria da Determinação Social do Processo Saúde Doença. **Resultados:** Na primeira etapa do estudo, totalizaram 225 bolivianos e 2031 não bolivianos. A comparação entre os grupos apontou diferenças significativas em relação a: faixa etária, raça/cor, ocupação, local de residência, comorbidades, forma da doença, tipo de descoberta, local de tratamento, teste HIV, baciloscopia de diagnóstico, Tratamento Diretamente Observado (TDO) e encerramento. Na segunda etapa, foram prevalentes: 59,1% eram do sexo masculino, 90,9% entre 20 a 39 anos, 72,8% originários de La Paz, 59,1% encontravam-se no Brasil há menos 5 anos, 90,9% tinham 8 ou mais anos de estudo, 85,6 eram costureiros, 71,4% trabalhavam 50 ou mais horas/semana. Em relação à doença: para 81,8% a TB foi diagnosticada em serviços de urgência e internação; 81,8% eram novos casos, 90,9% tinham a forma pulmonar, 77,3 % tiveram menos de 80% dos contatos examinados e 27,3% realizaram TDO. Dos depoimentos dos entrevistados emergiram 3 categorias analíticas: Trabalho, Processo Saúde-Doença e Assistência. Identificou-se a preponderância da categoria Trabalho sobre o processo saúde-doença. De fato, o trabalho desenvolvido pelos sujeitos do estudo revelou sobretudo processos de desgaste: jornadas de trabalho extensas, baixa remuneração, fragmentação e parcelamento do trabalho. O adoecimento interfere na rotina de trabalho e os entrevistados identificaram como causas da doença, a falta de ventilação no local de trabalho e a alimentação inadequada,

entre outras. A adesão ao tratamento tem como motivação a confiança na cura pela medicação e evitar a transmissão aos familiares próximos. Em relação à assistência prestada, os bolivianos identificaram problemas com o idioma, além de sentirem discriminação manifesta em atitudes dos profissionais de saúde. A maioria dos pacientes não recebeu informação sobre o TDO e os benefícios que poderiam ser advindos da estratégia, além de apresentarem dificuldade para retirar a medicação na UBS. Entretanto, reconheceram a importância da gratuidade dos serviços de saúde. **Conclusões:** O processo saúde-doença dos imigrantes mostrou-se intrinsecamente relacionado às condições de trabalho a que este grupo está submetido. Aponta-se a necessidade da reorganização do modelo assistencial, de forma a corresponder à saúde como um direito de cidadania.

Palavras chaves: Tuberculose. Migração Internacional. Bolívia. América Latina. Acesso aos serviços de saúde. Enfermagem. Trabalho.

Biagolini REM Work and Tuberculosis in Bolivians Attended in Basic Health Units of Health Technical Supervision Penha / São Paulo. [thesis]. Sao Paulo: Nursing School, University of Sao Paulo, 2015.

ABSTRACT

Introduction: Tuberculosis (TB) among Bolivians has presented an important epidemiological magnitude in the City of São Paulo. **Objective:** To analyze the sociodemographic characteristics of work and the Health-Disease Process (HDP) for a group of Bolivian immigrants with TB, who were treated in Basic Health Units (BHUs) in the region of Health Technical Supervision in Penha (HTS-Pe), of the Health Department in the City of São Paulo. **Methods:** A study of qualitative and quantitative approach, developed in the HTS-Pe area that, in the first step, used the database generated by the TBWeb system to identify the epidemiological profile of people with TB, Bolivians and non-Bolivians living in the region during the period of 2006-2013. These data were summarized using the statistical package R. In the second step, interviews were carried out with 22 Bolivians in treatment in BHUs during 2012 e 2013, which were analyzed according to the speech analysis technique and interpreted following hermeneutics-dialectics and the Theory of Social Determination of the HDP. **Results:** The first stage of the study included 225 Bolivians and 2031 non- Bolivians. The comparison between the groups showed significant differences in relation to: age, race/color, occupation, place of residence, comorbidities, clinical form of the disease, type of discovery, place of treatment, HIV testing, BAAR, Directly Observed Treatment (DOT) and outcome. In the second stage the following were prevalent: 59.1% were male, 90.9% between the ages of 20 and 39, 72.8% came from La Paz-Bolívia, 59.1% were in Brazil for at least 5 years, 90.9% had eight or more years of schooling, 85.6 were couturiers/seamstresses, and 71.4% worked 50 or more hours per week. In relation to the disease: 81.8% of TB cases was diagnosed in emergency and hospitalization services; 81.8% were new cases, 90.9% had pulmonary TB, 77.3% had less than 80% of the contacts examined and 27.3% had DOT. Of the interviewees' statements three analytical categories emerged: Work, HDP and Health Assistance. A preponderance of the category Work over HDP was identified. This illness interferes with routine work and respondents identified as causes of disease, the lack of ventilation in the workplace and a poor diet, among others. Adherence to treatment is motivated by confidence in the healing medication and to prevent transmission to close family members. Regarding the assistance provided, the Bolivians have identified problems with the language, and feel discrimination in the attitudes of the health professionals. Most patients did not receive information during the DOT and the benefits that could be coming from the

strategy, in addition to having difficulty to receive the medication in the BHUs. However, they had recognized the importance of the free health services. **Conclusion:** The HDP of immigrants proved to be intrinsically related to the working conditions under which this group is submitted. The need to reorganize the care model in order to match health, as a inherent right of citizenship, was pointed out.

Keywords: Tuberculose. Emigration and Immigration. Bolivia. Latin America. Health Services Accessibility. Nursing. Work.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 -	TAXA DE INCIDÊNCIA ESTIMADA DE TUBERCULOSE , 2013.....	28
FIGURA 2 -	EQUIPAMENTOS DE SAÚDE DA STS-PE, POR DISTRITOS ADMINISTRATIVOS. SÃO PAULO, 2014.	90
FIGURA 3 -	TAXA DE INCIDÊNCIA (TI) ⁽¹⁾ DE TUBERCULOSE (TODAS AS FORMAS), TOTAL E EXCLUINDO-SE BOLIVIANOS. RESIDENTES NA REGIÃO DA STS-PE. SÃO PAULO, 2006 A 2013.	108
FIGURA 4 –	TAXA DE INCIDÊNCIA DE TUBERCULOSE ⁽¹⁾ TODAS AS FORMAS, TODOS OS CASOS E EXCLUINDO-SE BOLIVIANOS, SEGUNDO DA DE RESIDÊNCIA. RESIDENTES NA REGIÃO DA STS-PE. SÃO PAULO, 2006 A 2013.	110
FIGURA 5 -	DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE TUBERCULOSE ⁽¹⁾ ENTRE RESIDENTES BOLIVIANOS DA REGIÃO DA STS-PE. SÃO PAULO, 2006 A 2013.	111
FIGURA 6 –	DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE TUBERCULOSE, DE TODAS AS FORMAS, ENTRE BOLIVIANOS, SEGUNDO TIPO DE ENCERRAMENTO. RESIDENTES NA STS-PE, SÃO PAULO, 2006 A 2013.	123
FIGURA 7 –	DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE TUBERCULOSE, DE TODAS AS FORMAS, ENTRE NÃO BOLIVIANOS, SEGUNDO TIPO DE ENCERRAMENTO. RESIDENTES NA STS-PE, SÃO PAULO, 2006 A 2013.	124
FIGURA 8 -	DIAGRAMA DAS ENTREVISTAS REALIZADAS E NÃO REALIZADAS. STS-PE. SÃO PAULO, 2013.....	126
FIGURA 9 -	DISTRIBUIÇÃO DOS ENTREVISTADOS, SEGUNDO TIPO DE TRATAMENTO REALIZADO, IDENTIFICADO NAS ENTREVISTAS E NÚMERO DE CESTAS BÁSICAS FORNECIDAS ⁽¹⁾ . STS-PE. SÃO PAULO, 2014.	135

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 –	CASOS DE TUBERCULOSE DE TODOS OS TIPOS ENTRE OS BOLIVIANOS E NÃO BOLIVIANOS, SEGUNDO ANO DE NOTIFICAÇÃO. RESIDENTES NA REGIÃO DA STS-PE. SÃO PAULO, 2006 A 2013.	106
TABELA 2 -	DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE DE TODAS AS FORMAS, ENTRE BOLIVIANOS E NÃO BOLIVIANOS, SEGUNDO CARACTERÍSTICAS PESSOAIS E DE TRABALHO. RESIDENTES NA REGIÃO DA STS-PE. SÃO PAULO, 2006 A 2013.....	114
TABELA 3 -	DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE TUBERCULOSE DE TODAS AS FORMAS E TIPOS, ENTRE BOLIVIANOS E NÃO BOLIVIANOS, SEGUNDO CARACTERÍSTICAS DO ADOECIMENTO E DESCOBERTA DA DOENÇA. RESIDENTES NA REGIÃO DA STS-PE. SÃO PAULO, 2006 A 2013.	116
TABELA 4 -	DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE DE TODAS AS FORMAS, ENTRE BOLIVIANOS E NÃO BOLIVIANOS, SEGUNDO COMORBIDADE INFORMADA. RESIDENTES NA REGIÃO DA STS-PE. SÃO PAULO, 2006 A 2013.....	117
TABELA 5 -	DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE DE TODAS AS FORMAS, ENTRE BOLIVIANOS E NÃO BOLIVIANOS, SEGUNDO RESULTADO DO TESTE ANTI-HIV. RESIDENTES NA REGIÃO DA STS-PE. SÃO PAULO, 2006 A 2013.....	118
TABELA 6 -	DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE TUBERCULOSE PULMONAR, ENTRE BOLIVIANOS E NÃO BOLIVIANOS, SEGUNDO TEMPO PARA DIAGNÓSTICO E EXAMES DIAGNÓSTICOS REALIZADOS. RESIDENTES NA REGIÃO DA STS-PE. SÃO PAULO, 2006 A 2013.....	119
TABELA 7 -	DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE TUBERCULOSE COM INDICAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE CULTURA, ENTRE BOLIVIANOS E NÃO BOLIVIANOS, SEGUNDO RESULTADO DA CULTURA DE ESCARRO PARA DIAGNÓSTICO. RESIDENTES NA REGIÃO DA STS-PE. SÃO PAULO, 2006 A 2013.....	120
TABELA 8 -	DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE TUBERCULOSE QUE TIVERAM RESULTADO POSITIVO PARA CULTURA DE ESCARRO, ENTRE BOLIVIANOS E NÃO BOLIVIANOS, SEGUNDO RESULTADO DO TESTE DE SENSIBILIDADE (TS). RESIDENTES NA REGIÃO DA STS-PE. SÃO PAULO, 2006 A 2013	120
TABELA 9 -	DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE TUBERCULOSE DE TODAS AS FORMAS ENTRE BOLIVIANOS E NÃO BOLIVIANOS, SEGUNDO INTENÇÃO DE REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO (TDO) ⁽¹⁾ . RESIDENTES NA REGIÃO DA STS-PE. SÃO PAULO, 2006 A 2013.....	121

TABELA 10 -	DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE TUBERCULOSE DE TODAS AS FORMAS, ENTRE BOLIVIANOS E NÃO BOLIVIANOS, QUE MANIFESTARAM INTENÇÃO DE REALIZAR O TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO (TDO), SEGUNDO EFETIVAÇÃO DO MESMO⁽¹⁾. RESIDENTES NA REGIÃO DA STS-PE. SÃO PAULO, 2006 A 2013.	122
TABELA 11 -	DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE TUBERCULOSE DE TODAS AS FORMAS ENTRE BOLIVIANOS E NÃO BOLIVIANOS, SEGUNDO TIPO DE ENCERRAMENTO DO TRATAMENTO. RESIDENTES NA REGIÃO DA STS-PE. SÃO PAULO, 2006 A 2013.....	122
TABELA 12 -	DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE TUBERCULOSE DE TODAS AS FORMAS ENTRE BOLIVIANOS E NÃO BOLIVIANOS, SEGUNDO PERCENTUAL DE CONTATOS EXAMINADOS. RESIDENTES NA REGIÃO DA STS-PE. SÃO PAULO, 2006 A 2013.....	124
TABELA 13 -	DISTRIBUIÇÃO DOS ENTREVISTADOS QUANTO AO TEMPO DE TRATAMENTO ATÉ A DATA DA ENTREVISTA E DA DE RESIDÊNCIA, UNIDADE DE ATENDIMENTO E DISTÂNCIA EM RELAÇÃO À RESIDÊNCIA. STS-PE, SÃO PAULO, 2014.....	128
TABELA 14 -	DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES ENTREVISTADOS SEGUNDO CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS. STS-PE, SÃO PAULO, 2014.	129
TABELA 15 -	DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES ENTREVISTADOS SEGUNDO CARACTERÍSTICAS DE TRABALHO⁽¹⁾. STS-PE, SÃO PAULO, 2014.....	131
TABELA 16 -	DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES ENTREVISTADOS SEGUNDO CARACTERÍSTICAS DO DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE. STS-PE, SÃO PAULO, 2014.....	133
TABELA 17 -	DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES ENTREVISTADOS SEGUNDO PERCENTUAL DOS CONTATOS EXAMINADOS. STS-PE, SÃO PAULO, 2014.	134
TABELA 18 -	DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES ENTREVISTADOS SEGUNDO TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO (TDO) INFORMADO NA FNTB E NO MOMENTO DA ENTREVISTA. STS-PE, SÃO PAULO, 2014.	134

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 -	CASOS NOVOS E TAXA DE INCIDÊNCIA (TI) ⁽¹⁾ DE TUBERCULOSE DE TODAS AS FORMAS, TOTAL E EXCLUINDO-SE BOLIVIANOS, E DIFERENÇA DA TI. RESIDENTES NA REGIÃO DA STS-PE. SÃO PAULO, 2006 A 2013.....	107
QUADRO 2 –	TAXA DE INCIDÊNCIA (TI) ⁽¹⁾ DE TUBERCULOSE (TODAS AS FORMAS), TODOS OS CASOS E EXCLUINDO-SE BOLIVIANOS, DIFERENÇA E MÉDIA DO TI ⁽²⁾ NO PERÍODO, SEGUNDO ANO E DISTRITO ADMINISTRATIVO (DA) DE RESIDÊNCIA DA STS-PENHA. SÃO PAULO, 2006-2013.....	109
QUADRO 3 -	CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS DE ANÁLISE, SÃO PAULO, 2014.....	137

LISTA DE ABREVIATURAS e SIGLAS

ACS	– Agentes Comunitários de Saúde
AIDS	– Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AMA	– Assistência Médica Ambulatorial
CAMI	– Centro de Apoio e Pastoral do Migrante
CAPS	– Centros de Atenção Psicossocial
CEO	– Centro de Especialidades Odontológicas
CEP	– Comitê de Ética em Pesquisa
CLT	– Consolidação das Leis do Trabalho
COMIGRAR	– I Conferência Nacional sobre Migrações e Refúgio
CPMig	– Coordenação de Políticas para Migrantes
CRS	– Coordenadoria Regional de Saúde
DA	– Distrito Administrativo
DNC	– Doença de Notificação Compulsória
DOTS	– Directly Observed Short Course Treatment
DST	– Doenças Sexualmente Transmissíveis
EEUSP	– Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
ESF	– Estratégia Saúde da Família
EUA	– Estados Unidos da América
FNTb	– Ficha de Notificação de Tuberculose
HIV	– Vírus da Imunodeficiência Adquirida
IBGE	– Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILTB	– Infecção Latente por Tuberculose
MERCOSUL	– Mercado Comum do Sul
MS	– Ministério da Saúde
ODM	– Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OIT	– Organização Internacional do Trabalho
OMS	– Organização Mundial da Saúde
OSS	– Organização Social de Saúde
PCT	– Programa de Controle da Tuberculose

PNCT	– Programa Nacional de Controle da Tuberculose
PRODESP	– Companhia de Processamento de Dados do Estado de São Paulo
SINAN	– Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SMDHC	– Secretaria Municipal dos Direitos Humanos e Cidadania
SMS	– Secretaria Municipal de Saúde
STS	– Supervisão Técnica de Saúde
STS-Pe	– Supervisão Técnica de Saúde da Penha
SUS	– Sistema Único de Saúde
SUVIS	– Supervisão de Vigilância em Saúde
SUVIS-Pe	– Supervisão de Vigilância em Saúde da Penha
TDO	– Tratamento Diretamente Observado
TI	– Taxa de Incidência
TS	– Tratamento Supervisionado
UE	– União Europeia
UBS	– Unidade Básica de Saúde
USF	– Unidade de Saúde da Família
USD	– Dólar Americano

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	25
2	INTRODUÇÃO	27
2.1	A MAGNITUDE DA TUBERCULOSE	27
2.1.1	<i>Epidemiologia da tuberculose</i>	<i>27</i>
2.1.2	<i>Metas Programáticas para a Tuberculose.....</i>	<i>30</i>
2.1.3	<i>Tuberculose e exclusão social.....</i>	<i>32</i>
2.2	A IMIGRAÇÃO COMO FENÔMENO MUNDIAL	33
2.2.1	<i>Fluxos migratórios</i>	<i>33</i>
2.2.2	<i>Migração e tuberculose.....</i>	<i>38</i>
2.3	PROBLEMATIZAÇÃO DO FLUXO MIGRATÓRIO DE BOLIVIANOS	49
2.3.1	<i>Alguns indicadores sociais e de saúde da Bolívia</i>	<i>49</i>
2.3.2	<i>Os Bolivianos e a Tuberculose</i>	<i>52</i>
2.3.3	<i>Imigração Boliviana para o Brasil.....</i>	<i>54</i>
2.3.4	<i>Os Bolivianos e a realidade Brasileira.....</i>	<i>56</i>
3	OBJETIVOS.....	85
3.1	OBJETIVO GERAL	85
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	85
4	MÉTODOS.....	87
4.1	TIPO DE ESTUDO	87
4.2	CENÁRIO DO ESTUDO.....	88
4.3	SUJEITOS E AMOSTRA DO ESTUDO	91
4.4	COLETA DE DADOS	93
4.5	INSTRUMENTO PARA A COLETA DE DADOS.....	96
4.6	PRESSUPOSTOS ÉTICOS.....	97
4.7	ANÁLISE DOS DADOS.....	98
5	RESULTADOS	105
5.1	O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS RESIDENTES.....	105
5.2	OS ENTREVISTADOS E SEUS DEPOIMENTOS.....	125
5.2.1	<i>O perfil dos entrevistados.....</i>	<i>127</i>
5.2.2	<i>As categorias de análise e os depoimentos.....</i>	<i>136</i>
6	DISCUSSÃO	181
6.1	O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS RESIDENTES.....	181
6.2	OS ENTREVISTADOS E SEUS DEPOIMENTOS.....	198
6.2.1	<i>O perfil dos entrevistados.....</i>	<i>200</i>
6.2.2	<i>As categorias de análise e os depoimentos.....</i>	<i>207</i>
7	CONCLUSÕES.....	253
	REFERÊNCIAS	259
	APÊNDICES	281
	ANEXOS	339

1 APRESENTAÇÃO

O fluxo migratório para o Brasil e, conseqüentemente, para a maior cidade do país, São Paulo, é um fenômeno que remonta ao século passado. No entanto, as características dos imigrantes tem se alterado ao longo dos anos, indubitavelmente determinadas pelos motivos da atração exercida pela cidade e também pelas condições de desenvolvimento do País.

Nos últimos anos, a presença de imigrantes tem sido identificada pelos serviços de saúde da cidade de São Paulo, e os profissionais têm enfrentado novos desafios ao lidar com este grupo populacional. Esta nova realidade alterou o perfil epidemiológico da tuberculose, e o aumento de número de casos da doença entre os imigrantes bolivianos, tem clamado por atenção, sendo o motivo desencadeante deste estudo.

Neste sentido, analisou-se o processo saúde-doença por tuberculose em um grupo de imigrantes bolivianos, em uma região da cidade de São Paulo, buscando-se, a partir desta compreensão, propor medidas que permitam incrementar a qualidade da assistência prestada a este grupo populacional.

Para tanto, revisou-se, inicialmente, a magnitude da tuberculose nas esferas mundial, no Brasil, no Estado e no Município de São Paulo. E depois, discutiu-se a questão da imigração como fenômeno mundial, relacionando-a, posteriormente, à doença. A questão relativa ao fluxo migratório de bolivianos para o Município de São Paulo, e especificamente o adoecimento destes imigrantes por tuberculose também foi abordada no sentido de mostrar a dimensão deste problema de saúde pública.

2 INTRODUÇÃO

2.1 A MAGNITUDE DA TUBERCULOSE

2.1.1 Epidemiologia da tuberculose

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2013, ocorreram 9,0 milhões de casos de tuberculose no mundo, o que corresponde a uma Taxa de Incidência (TI) de 126 casos por 100.000 habitantes. A maior parte do número estimado de casos, nesse ano, ocorreu na Ásia (56,0%) e África (29,0%), menor proporção na região do Mediterrâneo Oriental (8,0%), na Região Europeia (4,0%) e na Região das Américas (3,0%). Cerca de 22 países são responsáveis por 82,0% de todos os casos no mundo, entre estes o Brasil (World Health Organization, 2014).

Globalmente, as TI caíram lentamente entre 1990 e 1997, e depois aumentaram, principalmente como resultado do aumento do número de casos na África, impulsionado pela epidemia do Vírus da Imunodeficiência Adquirida (HIV). Entretanto, de 2000 a 2013, a TI tem decrescido a uma taxa média de 1,5% por ano e a meta dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), para 2015, de deter e reverter a incidência de tuberculose tem sido alcançada, em todas as seis regiões da OMS. Em relação ao número absoluto de casos, também começou a declinar muito lentamente desde 2006, quando a queda na TI (por 100.000 habitantes) começou a exceder a taxa de crescimento da população do mundo (World Health Organization, 2013; World Health Organization, 2014).

O mapa a seguir apresenta as TI no mundo.

Figura 1 - Taxa de Incidência estimada de tuberculose , 2013.

Fonte: World Health Organization, 2014 (p. 18)

Ainda segundo a OMS, em 2013, ocorreram aproximadamente 1,5 milhões de mortes por tuberculose, sendo 1,14 milhões entre os HIV-negativos, além de 0,36 milhões entre pessoas coinfetadas pelo vírus HIV e tuberculose, sendo estas últimas mortes, portanto, classificadas como decorrentes do HIV. Esta estimativa é menor que as estimativas de 1,3 milhões de mortes por tuberculose entre as pessoas HIV-negativas e 0,4 milhões mortes por tuberculose entre as pessoas soropositivas, previstas no ano de 2010, o que aponta para uma melhora da situação da doença, no nível mundial. No entanto, este número de mortes por tuberculose é inaceitável, dado que a maioria dos casos são considerados evitáveis, com esforços para combatê-la, estabelecidos no contexto dos ODM (World Health Organization, 2014).

Globalmente, a taxa de mortalidade por tuberculose caiu em 45,0% desde 1990 e as TI em 41,0% durante o mesmo período, em muitas partes do mundo. Não obstante esta queda, alguns estudos

apontam que, caso intervenções efetivas não sejam implementadas, nos próximos vinte anos, haverá, no âmbito mundial, cerca de um bilhão de novas pessoas infectadas, 200 milhões de doentes e 35 milhões de mortes (World Health Organization, 2013; World Health Organization, 2014).

O Brasil ocupa o 16º lugar em número de casos, entre os 22 países responsáveis por 82,0% do total de casos no mundo, e a 22ª posição em relação a TI. Segundo dados do Ministério da Saúde (MS), no ano de 2013 foram notificados 71.123 casos novos, com TI de 35,4 casos/100.000 habitantes e, no período de 2003 a 2012, foram registrados, em média, 4.700 óbitos por ano, sendo a taxa de mortalidade, nesse último ano, de 2,3/100.000 habitantes (Brasil, 2011a; Brasil, 2011b; Brasil, 2014a; Brasil, 2014b; Brasil, 2014c; Hajar et al., 2014).

O Estado de São Paulo concentra aproximadamente 20,0% do total dos casos notificados no País. Em 2013 foram notificados 16.477 casos novos de tuberculose de todas as formas e 894 óbitos atribuídos à doença. A TI para o Estado foi de 37,7 casos/100.000 habitantes e a taxa de mortalidade de 2,0/100.000 habitantes¹.

Na cidade de São Paulo, em 2013, o número de casos novos de tuberculose de todas as formas foi de 5.669, e a TI foi de 49,5 casos/100.000 habitantes. O número de óbitos no Município, para o mesmo ano foi de 364 e a taxa de mortalidade de 3,2/100.000 habitantes².

Tendo em vista a complexidade da cidade de São Paulo, a maior da América Latina, para melhor operacionalizar a administração dos serviços de saúde, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) dividiu a cidade em cinco Coordenadorias Regionais

¹ Dados obtidos com a Responsável pelo Programa de Controle da Tuberculose do Estado de São Paulo, por correio eletrônico, em 06 jan 2015 (dados provisórios).

² Dados obtidos com a Responsável pelo TBWeb no PCT do Município de São Paulo, por correio eletrônico, em 07 jan. 2015 (dados provisórios).

de Saúde (CRS), a saber, Norte, Sul, Leste, Centro-Oeste e Sudeste. Cada CRS é subdividida em Supervisões Técnicas de Saúde (STS), sendo que o Município tem 26 (São Paulo, 2005).

Na região da Supervisão Técnica de Saúde da Penha (STS-Pe), local onde se desenvolveu o presente estudo, no ano de 2013, o número de casos novos de tuberculose de todas as formas foi de 206, perfazendo uma TI de 43,4/100.000 habitantes. O número de óbitos, no mesmo ano, foi 12, com taxa de mortalidade de 2,5 óbitos/100.000 habitantes; ambas as taxas, portanto, abaixo daquelas do Município ³.

2.1.2 Metas Programáticas para a Tuberculose

Destaca-se que, em 1993, tendo em vista o panorama da tuberculose, a OMS acabou por declará-la como emergência mundial e estabeleceu, como metas para seu controle, a detecção de 70,0% de todos os casos novos bacilíferos, 85,0% de sucesso de tratamento, com abandono inferior a 5,0% (Brasil, 2011a). O controle da doença sustenta-se, portanto, na descoberta precoce dos casos e no tratamento (Ruffino-Netto, 2001; Noia, 2008, Brasil, 2011a; Rocha et al., 2014).

Com o objetivo de realizar a descoberta precoce dos casos, o Programa Nacional de Controle Tuberculose (PNCT) tem incentivado, de forma sistemática, a *busca ativa* dos casos de tuberculose, entre a população de forma geral e, mais especificamente, junto aos grupos vulneráveis. Estes são constituídos pela população indígena, pessoas em situação de rua, população privada de liberdade, alcoolistas, usuários de drogas e

³ Dados obtidos com a Responsável pelo TBWeb no PCT do Município de São Paulo, por correio eletrônico, em 07 jan. 2015 (dados provisórios).

peessoas que vivem com a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS)/HIV (Brasil, 2011a; Brasil, 2014c; Rocha et al.,2014).

O Município de São Paulo tem conseguido aumentar a detecção dos casos mais precocemente, incluindo a descoberta dos Sintomáticos Respiratórios, como um indicador monitorado e pactuado entre a Atenção Básica e os parceiros na Estratégia Saúde da Família (ESF).

No entanto, em relação ao tratamento, as taxas de cura não atingem o recomendado pelo MS, tendo se apresentado, em 2013, em 76,4% para todos os casos. A taxa de abandono, para o mesmo ano, foi de 13,1%⁴.

Ressalta-se que o cumprimento da meta de cura de 85,0%, fundamenta-se na adesão do paciente ao tratamento. Salienta-se que a cura dos doentes é uma forma de quebrar a cadeia de transmissão epidemiológica e, portanto, diminuir o número de casos. Neste sentido, o abandono do tratamento tem se constituído importante entrave no controle da doença. Além de postergar o sofrimento do paciente e seus familiares, o abandono constitui-se como fonte de infecção de bacilos resistentes e contribui para o aumento do custo do tratamento.

Portanto, é indubitável a importância da adesão ao tratamento que, como vem sendo apontada, não se limita ao cumprimento da terapêutica, mas está relacionada à forma como o paciente percebe a doença, às suas condições de vida, e ao acolhimento que recebe nos serviços de saúde, o que inclui a forma como estes se organizam para atender as necessidades de saúde das pessoas que a eles recorrem (Bertolozzi, 1998).

Como estratégia para o aumento da adesão e, portanto, com a finalidade de incrementar as taxas de cura, o MS, em consonância

⁴ Dados obtidos com a Responsável pelo TBWeb no PCT do Município de São Paulo, por correio eletrônico, em 07 jan. 2015 (dados provisórios).

com a OMS, adotou um conjunto de medidas técnicas e gerenciais conhecidas como DOTS: *Directly Observed Short Course Treatment*. Entre as propostas desta Estratégia foi acrescentada a supervisão da tomada da medicação, no Brasil chamada inicialmente de Tratamento Supervisionado (TS), e mais recentemente sendo denominada como Tratamento Diretamente Observado (TDO). O DOTS se insere na estratégia pactuada nos fóruns internacionais que estabelecem metas de controle para a tuberculose nas próximas décadas. Nesta Estratégia, o profissional de saúde deve observar a tomada da medicação pelo paciente desde o início do tratamento até a sua cura (Brasil, 2011a; Rocha et al. 2014).

Estudos realizados por Sánchez (2007), Speciale (2007), Terra e Bertolozzi (2008) e Queiroz e Bertolozzi (2010), apontam que a implementação do TDO tem evidenciado o esforço do MS e das Secretarias de Saúde dos Municípios para melhorar os indicadores de adesão ao tratamento. No entanto, a dinâmica da enfermidade não depende somente das ações programáticas, mas refere-se, ainda, à sua associação com os modos de vida e de trabalho das pessoas que, a depender do grupo social, evidenciam importantes contextos de exclusão social, que podem influir diretamente na manifestação da tuberculose e na adesão ao tratamento, conforme verificar-se-á a seguir.

2.1.3 Tuberculose e exclusão social

As vulnerabilidades no adoecimento por tuberculose têm sido identificadas há muito tempo e a doença é reconhecida como produto das condições sociais e de acesso aos serviços de saúde. Neste sentido, os grupos socialmente menos privilegiados tem maior risco de adoecer e morrer pela enfermidade (Travasso, Castro, 2008).

De modo geral, os grupos mais atingidos pela tuberculose, nos países desenvolvidos, são as pessoas idosas, minorias étnicas e imigrantes estrangeiros. Já nos países em desenvolvimento, a enfermidade predomina entre a população economicamente ativa, de 15 a 54 anos, detentos, usuários de drogas e nos segmentos sociais que apresentam precárias condições de vida, com destaque para a população em situação de rua (Ruffino-Netto, 2001; Brasil, 2011b; Brasil, 2014c).

No Brasil, não obstante os avanços socioeconômicos nas últimas décadas, a tuberculose persiste como importante problema de saúde pública. Ressalta-se que grupos de imigrantes, provenientes de países que também apresentam desigualdades sociais e precárias condições sociais, têm contribuído para a manutenção das TI da doença no País.

2.2 A IMIGRAÇÃO COMO FENÔMENO MUNDIAL

2.2.1 Fluxos migratórios

A associação entre os fluxos migratórios e as doenças transmissíveis tem sido, não raramente, difundida pelos meios de comunicação em massa. O presente estudo tem por finalidade compreender, mais especificamente o adoecimento por tuberculose, em um grupo de imigrantes, na cidade de São Paulo. Sendo assim é importante compreender quês aspectos estão envolvidos, ainda que de modo bastante geral, nos fluxos migratórios contemporâneos.

Palavras como minoria étnica, grupo minoritário, estrangeiro e migrante muitas vezes são usadas para se referir às populações não nativas (Ahonen, Benavides, Beach, 2007). Não há uma definição universalmente aceita deste termo, usualmente compreende todos

os casos em que a decisão de migrar, sair do país de origem, é tomada livremente pelo indivíduo, sem a intervenção de fatores externos (OIM, 2014).

Os migrantes podem ser ditos irregulares, ou indocumentados, quando faltam autorizações oficiais para viajar, entrar ou residir em um país anfitrião; ou, mesmo aqueles que inicialmente foram admitidos legalmente no país de acolhimento, mas que ultrapassaram o período de residência permitido (MacPherson, Gushulak, Macdonald, 2007).

Este presente estudo refere-se às pessoas não nativas do país como imigrantes ou migrantes⁵, e nos casos daqueles em situação irregular como os indocumentados⁶.

No mundo globalizado de hoje, com desigualdades principalmente nos países em desenvolvimento e subdesenvolvidos, além daqueles que apresentam conflitos étnicos e bélicos, um número crescente de pessoas deixam seu país de origem, em busca de melhores condições de vida. Há cerca de 214 milhões de migrantes no mundo ou pessoas que vivem em países diferentes daquele em que nasceram. Estima-se que uma em cada seis pessoas no mundo é migrante, dados que não incluem os que se deslocam no interior de um mesmo país. Se os migrantes compreendessem uma nação, constituiriam o terceiro país mais populoso do mundo, apenas atrás da China e da Índia (Perone et al., 2005; Zimmerman, Kiss, Hossain, 2011; Cogo, Badet, 2013).

⁵ Migração é o movimento de pessoas, grupos ou povos de um lugar para o outro, assim, migrante é toda pessoa que se transfere de seu lugar habitual, de sua residência comum para outro lugar, região ou país. Normalmente é um termo usado para definir as migrações em geral, tanto de entrada quanto de saída de um país, região ou lugar. Não obstante existam termos específicos para entrada de migrantes – Imigração e para saída – Emigração. Fonte: Glossário, disponível em http://www.migrante.org.br/migrante/index.php?option=com_content&view=article&id=229&Itemid=1227#m. Acesso em 21 out 2014.

⁶ Migrante indocumentado ou irregular é definido pela Convenção Internacional sobre a Proteção dos Direitos de todos os Trabalhadores Migrantes e de seus Familiares, 1990, como aqueles que não foram autorizados a ingressar, permanecer e a exercer uma atividade remunerada no país receptor. Fonte: Glossário - Disponível em http://www.migrante.org.br/migrante/index.php?option=com_content&view=article&id=229&Itemid=1227#m. Acesso em 21 out 2014.

Se o crescimento do número de migrantes mantiver-se na mesma proporção atual, prevê-se que em 2050, o contingente de migrantes internacionais alcançará a cifra de 405 milhões (Cogo, Badet, 2013).

Os imigrantes são um grupo heterogêneo, composto por pessoas cujas origens, as razões para a migração e o estatuto jurídico e econômico variam e, portanto, isto deve ser levado em consideração na formulação de políticas específicas a estes grupos (Heldal et al., 2008).

Entre as razões para a migração pode-se ressaltar a conjuntura econômica, política, social, ou os de ordem individual, como, busca por melhores perspectivas de vida e condições de emprego e salário, assim como a oportunidade de ascender profissionalmente. Há, ainda, motivações políticas, além da presença de guerras e conflitos armados, que tem impellido a imigração, conforme apontado anteriormente (Moscovics, Corral, 2012; Texidó, Gurrieri, 2012). Mas, historicamente, o fator trabalho tem sido admitido como a razão predominante para a migração (Saladini, 2012; CUT et al., 2013).

Um dos signos principais da globalização do capitalismo é o desenvolvimento do capital em geral, transcendendo mercados e fronteiras. Em lugar da concentração da indústria, dos centros financeiros, e das organizações de comércio, verifica-se a redistribuição dessas e outras atividades por diferentes continentes, o que implica outras e novas formas de organização social e técnica do trabalho, de mobilização da força de trabalho, formando um trabalhador coletivo e desterritorializado. Tal estado de coisas também estimula a busca de força de trabalho barata pelo mundo, além de promover migrações em todas as direções (Ianni, 1996).

No entanto, parece haver uma lacuna que não dá conta de explicar os deslocamentos impulsionados pelo capitalismo, que por

um lado defende a liberdade de circulação, e por outro, impõe restrições às pessoas que almejam um melhor futuro em outros territórios (Silva, 2001).

A dinâmica da imigração produz e reproduz diversidades e desigualdades, envolve problemas culturais, religiosos, linguísticos e raciais, simultaneamente aos sociais, econômicos e políticos. Como resultado, emerge a xenofobia, o etnocentrismo, o racismo, entre outros processos (Ianni, 1996).

Além destes problemas, há inúmeras interconexões históricas entre a mobilidade da população e a saúde pública global e, desde a década de 1990, uma nova atenção às doenças infecciosas emergentes e reemergentes, tem promovido a discussão deste tema (MacPherson, Gushulak, Macdonald, 2007). Ho (2004) aponta o surgimento de uma nova classe de trabalhadores, os transnacionais, que estão vulneráveis a vários problemas de saúde e, entre eles, o adoecimento por tuberculose.

Como a globalização é um fenómeno ligado à mobilidade da população, os governos tem a responsabilidade de implementar políticas de migração segura e saudável para todos (MacPherson, Gushulak, Macdonald, 2007; Zimmerman, Kiss, Hossain, 2011). As políticas de saúde para a população imigrante devem reconhecer que há vulnerabilidades específicas neste grupo, que inclui riscos ocupacionais, exclusão social e discriminação.

Deve ainda reconhecer a importância do acesso aos serviços de saúde, fundamentando-se na perspectiva dos direitos humanos e da ética profissional (Zimmerman, Kiss, Hossain, 2011). Entretanto não tem havido desenvolvimento de abordagens políticas para enfrentar as implicações para a saúde, decorrente do aumento dos fluxos migratórios (Zimmerman, Kiss, Hossain, 2011).

Observa-se que, apesar da magnitude da corrente de movimentação humana, contemporânea, mesmo em países tradicionalmente reconhecidos como polo de atração de migrantes, sabe-se relativamente pouco sobre as relações entre migração e saúde desse grupo: seja em relação aos impactos adicionais que a imigração pode gerar sobre a saúde e os serviços sociais do país receptor, ou relacionada à saúde do migrante (MacPherson, Gushulak, Macdonald, 2007).

A migração e a mobilidade da população desempenham um desafio no campo da saúde pública. Os migrantes podem exibir características de saúde que resultam de riscos presentes em seu país de origem ou decorrentes do próprio processo de migração (MacPherson, Gushulak, Macdonald, 2007). No entanto, tem-se observado que as estratégias associadas às políticas de controle da migração, muitas vezes, têm implicações negativas ou punitivas sobre os mesmos (Zimmerman, Kiss, Hossain, 2011).

É muito provável que os migrantes encontrem contextos de vulnerabilidades no trabalho, com elevados níveis de precarização e más condições para a sua realização. Não é raro que os migrantes integrem o contingente relativo ao trabalho informal, o que determina que lesões ou enfermidades decorrentes sejam subnotificadas ou não visíveis. Mas, o fato dos riscos não serem descritos não significa a sua inexistência (Ahonen, Benavides, Beach, 2007).

As vulnerabilidades ocasionadas pelas condições de vida e de trabalho dos migrantes são agravadas, ainda, pela dificuldade de acesso aos cuidados de saúde e serviços sociais, em virtude de barreiras políticas, linguísticas e culturais. Todo esse emaranhado de questões exige estudos cuidadosos e direcionados a determinar como os modos de vida e trabalho influem sobre a saúde dos migrantes (Ahonen, Benavides, Beach, 2007).

Em países com muitos recursos, a assistência médica para os migrantes pode ser mais avançada do que nos locais de origem do indivíduo, no entanto mais pobre em comparação aos serviços disponíveis para a população do país de acolhimento, devido à políticas que permitem desigual tratamento aos migrantes (Zimmerman, Kiss, Hossain, 2011).

Assim, não só as doenças infectocontagiosas devem ser foco de uma política de saúde para o migrante. Estudo realizado com imigrantes residentes por mais de seis meses, em Alicante (Espanha), identificou que os principais problemas de saúde manifestados por estes, tinha relação com as condições de vida e com o trabalho que realizavam. Observou, ainda, nos depoimentos dos sujeitos, sinais de estresse, sentimentos de saudade do país de origem, depressão e ansiedade, compatíveis com a “Síndrome do Imigrante”, ou “Síndrome de Ulisses”⁷ (Agudelo-Suárez, Gil-González, Vives-Cases, 2008).

A resolução de emigrar geralmente envolve um alto nível de dificuldade em relação à tomada de decisão, acarreta consequências perenes e não é desprovida de riscos (Saladini, 2012). A imigração significa quebra de fortes vínculos familiares, grupais, culturais, sociais e econômicos, assim, não é raro que muitos manifestem desejo de retornar à terra natal, o que pode ser bastante difícil (Galetti, 1996).

2.2.2 Migração e tuberculose

A relação entre a tuberculose e os processos migratórios é antiga. Estudo realizado em 1965 na Inglaterra, já indicava

⁷ A Síndrome de Ulisses identificada pelo psiquiatra Espanhol Joseba Achotegui, constitui-se em sinais de estresse múltiplo e crônico, provocada pela solidão, sentimento de fracasso, dureza da luta diária pela sobrevivência e o medo e a falta de confiança nas instituições, vivencia pelos imigrantes. Fonte: Pusseti et al., 2009.

incidência 12 e 26 vezes maior, entre os nascidos na Índia e Paquistão, respectivamente, do que na população de origem britânica (Parry, 1970).

Com o decorrer dos anos, outros estudos indicaram aumento do número de casos notificados, anualmente, associando esta ocorrência, em parte, aos imigrantes (Rieder et al., 1994; Watkins, Plant, 2002; Collinson, Ward, 2010; Svensson et al., 2010; Fortún et al., 2011; Liu et al., 2012).

Estudo realizado na Austrália, em 1997, que comparou casos de tuberculose entre os nascidos no país e os imigrantes concluiu que o perfil da tuberculose no País tornava-se cada vez mais dependente de influências da imigração, sendo que a doença, entre os migrantes de países de alta incidência, contribuía sobremaneira para a carga da tuberculose nos países de baixa incidência. Os autores apontam, ainda, que pode se estimar, com razoável precisão, o risco da doença entre imigrantes em geral, levando-se em consideração os dados do país de origem (Watkins, Plant, 2002).

Estudo realizado com os 661 pacientes com tuberculose, em uma unidade de isolamento respiratório de um Hospital Universitário de grande porte, em Madri, Espanha, identificou, no período de 1997-2000, que a incidência de tuberculose entre imigrantes aumentou 1,9 vezes no país como um todo, com reflexo para o local do estudo, onde se identificou aumento do número de casos associado ao aumento progressivo da imigração na região (Fortún et al., 2011).

Na Suécia, estudo realizado com 349 pacientes com tuberculose, no período de 2001 a 2005, apontou a TI de tuberculose de 1,2/100.000 habitantes entre os nativos e 37,5/100.000 entre os imigrantes, índice aumentado ainda mais entre os imigrantes originários da Somália: 600/100.000 imigrantes. Tais dados indicam que, na Suécia, a epidemiologia da doença é

fortemente afetada pela imigração. Esta investigação conclui que o desenvolvimento de programas de erradicação da tuberculose, em países de baixa prevalência, deve levar em conta os imigrantes (Svensson et al., 2010).

Embora o número de casos de tuberculose entre os nascidos nos Estados Unidos da América (EUA) venha diminuindo desde 1992, a proporção de casos entre os imigrantes continuou a aumentar. Entre 2001 a 2008, 54,6% dos 114.323 novos casos de tuberculose foram diagnosticados entre imigrantes, variando de acordo com o tempo de estadia no País. A taxa mais alta foi identificada entre imigrantes, residentes por um ano ou menos (121/100.000 habitantes), seguidos dos residentes entre um a cinco anos (30/100.000 habitantes), e pelos que residiam no País há mais de cinco anos (1,9/100.000 habitantes). Este mesmo estudo constatou ainda que, dos 1.479.542.654 imigrantes, do período de estudo, foram estimados 11.500 casos de tuberculose. Deste total, os casos provenientes de países de alta incidência foram responsáveis por 60,9%, entre as pessoas que haviam emigrado há menos de um ano. Os imigrantes contribuem, portanto, com mais da metade dos casos de tuberculose nos EUA (Liu et al., 2012).

Sendo assim, o aumento dos casos nos EUA foi identificado como decorrente de duas origens: a primeira, entre pessoas nascidas no próprio País, como resultado da coinfeção com o HIV e de vários problemas sociais, tais como, uso de drogas intravenosas e aumento dos moradores de rua. A segunda causa decorre dos imigrantes originários de países com altos índices de tuberculose (Ho, 2004). Enquanto as instituições de saúde pública enfatizam fatores biológicos no controle da tuberculose no imigrante, um estudo etnográfico realizado por Ho (2004), com imigrantes chineses em Nova York, demonstrou as influências culturais, ambientais e político-econômicas no adoecimento por tuberculose. Além disso, este autor recomenda que o tratamento inclua ações educativas

para as pessoas que vivem em ambientes de alto risco. Acrescenta, ainda, que o modelo biomédico de interpretação da doença, identifica a tuberculose como o resultado de uma infecção no país de origem, e não como produto de ambientes de alto risco nos EUA (Ho, 2004).

Bogustawski (2011) aponta que a incidência de tuberculose aumentou dramaticamente na Inglaterra, na década de 2000, particularmente porque cerca de 98,0% de tal crescimento ocorreu entre pessoas provenientes de países estrangeiros. A autora lembra que proporção substancial de imigrantes tem tuberculose latente, a qual, ainda que inicialmente silenciosa e não infecciosa, geralmente progride para a tuberculose-doença em poucos anos, a partir da chegada ao Reino Unido.

A TI de tuberculose, no Reino Unido, em 2009, foi de 14,6/100.000 habitantes. Na cidade de Londres, as taxas foram muito maiores chegando até 44,4/100.000 habitantes e, em alguns bairros, a TI foi de 100/100.000 habitantes. Estas elevadas taxas são atribuídas ao número de casos entre imigrantes, provenientes de países com alta incidência de tuberculose. Verificou-se que a tuberculose acomete, principalmente, aqueles que imigraram em período menor que cinco anos antes do diagnóstico, sugerindo que muitos dos que desenvolveram a doença, entraram no país com infecção latente. Isto levou as autoridades a cogitarem a triagem pré-entrada, como medida para o controle da doença (Collinson, Ward, 2010; Home Office UK, 2011).

Levando-se em conta que os imigrantes, documentados ou não, formam uma proporção substancial de grandes populações urbanas e contribuem consideravelmente para a incidência de tuberculose, alguns países implantaram programas específicos para controlar e prevenir a doença. Apesar das baixas TI nos países da União Europeia (UE), muitos imigrantes são oriundos de locais onde

a doença é endêmica, contribuindo para o aumento da TI nos países receptores (Perone et al., 2005; Van Hest et al., 2014).

Segundo Cain et al. (2008), os programas de triagem e rastreio da tuberculose para imigrantes, como forma de controle da doença nesse grupo, tem algumas limitações de recursos. Assim, tem sido proposta, prioritariamente, a testagem das pessoas provenientes de países com alta carga de tuberculose. Tendo em vista que 80,0% dos casos de tuberculose ocorrem em 22 países do mundo, a triagem de imigrantes desses países poderia produzir maiores rendimentos na detecção de tuberculose ativa. No entanto, deve-se considerar que estes países podem alterar as TI da doença, ao longo dos anos (Home Office UK, 2011).

O Consenso para o Controle de Tuberculose nas grandes cidades da UE, de 2014, recomenda a implementação de diretrizes nacionais para o rastreamento de imigrantes (Van Hest et al., 2014).

Vários estudos têm mostrado que a tuberculose ocorre, principalmente, devido à reativação de infecções adquiridas no país de origem, mas que a transmissão para outras pessoas, no país de acolhimento, é rara. Portanto, o rastreio de tuberculose, entre os imigrantes, é realizado em muitos países desenvolvidos, com o objetivo de detectar e tratar a doença ativa ou a Infecção Latente por Tuberculose (ILTB) (Wolff et al., 2010).

A triagem ativa para a busca da tuberculose, entre os imigrantes, tem mais sucesso se realizada antes destes se dispersarem no país, devendo ser feita um pouco antes ou após a chegada, a fim de prevenir a transmissão. Deve-se, no entanto, considerar a limitação desta prática, uma vez que o risco do adoecimento por tuberculose é maior para imigrantes indocumentados, que via de regra apresentam piores condições de vida, do que entre os documentados. Deve-se ainda levar em consideração que os procedimentos de triagem detectam apenas

uma minoria dos casos de tuberculose que ocorrem entre imigrantes. É necessário também orientar os imigrantes quanto aos sintomas respiratórios, adequando as informações tanto na dimensão cultural como na linguística (Rieder et al., 1994; Heldal et al., 2008).

O Reino Unido realiza exames de triagem, no momento de ingresso ao País, desde 2005, para os imigrantes originários de 15 países, onde a doença é altamente prevalente. Além disso, realiza exame radiológico em dois grandes aeroportos, mesmo tendo em vista o alto custo deste procedimento. Estima-se que o custo para a detecção de um caso de tuberculose, pelo exame radiológico realizado em aeroportos, seja de 10 a 40 vezes maior do que o custo do tratamento da doença. Isto torna a atividade de rastreio mais dispendiosa do que o tratamento da enfermidade. As pessoas que tiverem tuberculose ativa detectada na triagem são orientadas a procurar atendimento médico e a retornar para novo exame após o término do tratamento. No entanto, há que ressaltar que estes programas não conseguem captar os imigrantes irregulares que utilizam rotas clandestinas de entrada (Home Office UK, 2011). Muitos imigrantes mudam de endereço ou apresentam dificuldades relacionadas ao idioma, ou deixam de comparecer aos procedimentos de triagem, em virtude da desconfiança das autoridades. Sendo assim, apenas um quarto dos imigrantes para o Reino Unido são rastreados e apresentam tuberculose detectada (Welshman, Bashford 2006).

Já nos EUA, a radiografia de tórax é realizada como exame de triagem para todos os imigrantes e refugiados (levando-se em consideração que imigrante para os EUA é qualquer pessoa que reside legal e permanente, ou se torna um residente permanente), com mais de 15 anos de idade. O exame de baciloscopia é realizado para aqueles com alterações radiológicas ou que apresentam sintomas da doença. Desta forma, são avaliados cerca de 90,0%

dos imigrantes e, se identificado um caso, deve ser tratado, para autorização de entrada no país, passando a ser acompanhado pelo departamento de saúde. No entanto, há limitações para esta triagem, uma vez que a grande parte dos indivíduos que entram nos Estados Unidos, não é considerada imigrante, tais como estudantes, trabalhadores, visitantes, juntamente com os migrantes não documentados, os quais não são rotineiramente investigados (Cookson, 2000; Cain et al., 2008).

A triagem entre os visitantes, não imigrantes, nos EUA apresenta barreiras, como por exemplo, o custo e a carga de trabalho para as agências governamentais. Além disso, a exigência de triagem para a detecção de tuberculose neste grupo de pessoas afastaria significativamente a política de "portas abertas" dos EUA, com implicações logísticas e políticas (Liu et al., 2012).

Apesar de tais dificuldades, o recente declínio da tuberculose nos EUA provavelmente reflete sucessos no rastreio e no acompanhamento da enfermidade, realizado para a maioria dos imigrantes. Assim, Cookson (2000) defende a necessidade de esforços para resolver o problema da tuberculose entre os cerca de cinco milhões de pessoas sem documentos que vivem nesse País, no sentido de que todos os segmentos da população recebam rastreio e tratamento.

Já no Canadá, a radiografia de tórax é exigida, pelo serviço de imigração, como procedimento de triagem para todas as pessoas com idade superior a dez anos. Tendo em vista que o número de imigrantes nesse País, nas últimas décadas, tem aumentado significativamente, além da diversidade da origem destes, que cada vez mais procedem de países onde a tuberculose é endêmica, a radiografia de tórax parece não ser suficiente, pois não identifica as pessoas com ILTB, a qual pode ser reativada posteriormente. Isto pode ser comprovado pelas TI das últimas décadas, pois a doença

vem declinando, entre os nascidos no País, e durante o mesmo período, o número de casos entre os imigrantes vem aumentando (Fanning, 1998).

Existem controvérsias e questões não resolvidas em relação à triagem da ILTB para os imigrantes e grupos de risco urbano, incluindo a relação custo-eficácia. A triagem para ILTB deve ser baseada no risco e não na base populacional (Van Hest et al., 2014). A triagem inicial de entrada teria um impacto limitado na redução da proporção de casos de tuberculose entre os imigrantes, principalmente porque a ILTB pode levar muitos anos para se desenvolver, principalmente como resultado de reativação (Wolff et al., 2010).

Estudo realizado na Austrália, que comparou a tuberculose entre os naturais do País e grupos de imigrantes, concluiu a necessidade de abordagem ativa, no período pós-migração, incluindo intervenções destinadas a facilitar a detecção precoce da doença e à prevenção da transmissão entre os grupos de alto risco. Também aponta que, ao invés de focalização exclusiva na triagem de chegada, as ações deveriam ser realizadas regularmente, em linguagem adequada, buscando facilitar a participação da comunidade envolvida e o acesso aos serviços de saúde pelo grupo de imigrantes. Entretanto, os autores não deixam de ponderar que tal grupo é difícil de se alcançar, principalmente aqueles em situação irregular (Watkins, Plant, 2002).

Em última análise, é necessária abordagem global para o controle da tuberculose, com a atenção particular para a melhoria dos programas de controle da tuberculose em países com altas taxas da doença. Sendo assim, investir em tais programas poderia beneficiar ambos os países: o de origem e o de destino (Watkins, Plant, 2002; Wolff et al., 2010).

Muito embora os programas de rastreamento ativos estejam sendo alvo de debate, devido aos seus custos e à evidência da limitada redução na transmissão da tuberculose no país de acolhimento, parecem ser importantes. Isto pode ser comprovado por um estudo prospectivo realizado na Suíça, de 1997 a 2004, com 397 casos suspeitos de tuberculose, dentre estes, um grupo de novos imigrantes, que eram assintomáticos, mas apresentavam tuberculose, o que dificulta o diagnóstico por detecção passiva de casos. Este estudo reforça a necessidade de programas de rastreamento ativo (Laifer et al., 2007).

A triagem, no momento da chegada, só terá resultados, se garantido o acesso aos serviços de saúde, para aqueles que tiverem o diagnóstico, mesmo no caso dos imigrantes indocumentados (Perone et al., 2005), podendo resultar em tratamento eficaz, o que poucos estrangeiros de países de baixa renda podem ter tido disponível em seu país de origem. O objetivo deve ser garantir aos estrangeiros os mesmos direitos à saúde que os naturais do país. De nenhuma maneira, a triagem deve ser usada para a rejeição da entrada, expulsão, ou repatriamento dos imigrantes ao país de origem, ou seja, a doença não deve ser uma base para a discriminação (Rieder et al., 1994; Welshman, Bashford 2006).

No sentido de melhorar a adesão aos exames de triagem, alguns programas de rastreio sistemático, de forma voluntária, entre os imigrantes, têm sido propostos. No entanto, esta pode não ser uma ideia realista, pois as barreiras culturais e representações de saúde podem comprometê-la, ainda mais entre os imigrantes indocumentados (Wolff et al., 2010).

É necessária a atenção especial aos imigrantes indocumentados para garantir a conclusão do tratamento (Van Hest et al., 2014). O Consenso no Controle de Tuberculose para grandes cidades da UE recomenda normatização entre os países, de forma a

permitir que imigrantes indocumentados completem o tratamento da tuberculose no país onde for efetivado o diagnóstico (Van Hest et al., 2014).

Estudo realizado com 28 instituições responsáveis pela vigilância da tuberculose, em países de baixa e intermediária incidência, indicou que o acesso ao tratamento da tuberculose estava disponível principalmente para o diagnóstico. Outros países não especificaram se havia acesso para o diagnóstico ou o tratamento, como pode se observar nas respostas a seguir: *"Em teoria não, mas na prática sim"* (França), *"Teoricamente gratuito"* (Itália), *"Sim, mas com um limite de acesso ao diagnóstico"* (Holanda), *"Sim, mas difícil acesso"* (Suíça), *"Sem acesso ao diagnóstico ou tratamento. Na prática muitos serão tratados"* (Reino Unido), *"Acesso limitado por causa do custo previsto. O custo do tratamento é coberto pelo governo"* (Japão). Estes achados entram em choque com as recomendações para o tratamento da tuberculose de imigrantes indocumentados, que incluem o acesso gratuito aos serviços de diagnóstico e ao tratamento para todos, sem medo de perseguição (Heldal et al., 2008). Já em alguns países, as autoridades fornecem exame médico gratuito e tratamento, para imigrantes indocumentados, mesmo sem seguro social, como na Bélgica; no Canadá, quando requerem asilo; em Israel e na Espanha, um cartão de saúde é fornecido quando o migrante está registrado no censo municipal (Heldal et al., 2008).

O diagnóstico precoce e o tratamento da tuberculose, principal estratégia de controle da doença, deve ser garantido aos imigrantes indocumentados. Deve-se levar em consideração que o tratamento irregular pode levar à resistência aos medicamentos. A equipe de saúde tem obrigação ética e humanitária em relação ao oferecimento de estratégias para o diagnóstico e o tratamento, no caso dos indivíduos doentes, independentemente do seu estatuto jurídico, além da obrigação de confidencialidade. A deportação

durante o tratamento pode levar à não adesão ao tratamento e, conseqüentemente, aumentar a resistência à medicação (Heldal et al., 2008).

Alguns países como a Bélgica, Canadá, França, Israel, Itália e Espanha, introduziram intervenções para garantir o diagnóstico precoce, e a maioria dos países relatou acesso gratuito ao tratamento. No entanto na realidade há muitas barreiras de acesso aos serviços de saúde, sendo que a maioria dos países da UE permite que um doente com tuberculose seja deportado, muito embora esta prática não seja comum. O risco da deportação pode resultar em efeitos adversos para o controle da tuberculose, tais como a não procura precoce pelos serviços de saúde, a redução da confiança entre pacientes e profissionais de saúde e a não adesão ao tratamento (Heldal et al., 2008).

Na Suíça, as autoridades garantem que os pacientes com tuberculose, entre os requerentes de asilo, permaneçam até a conclusão do tratamento. São ainda garantidos cuidados básicos de saúde, incluindo os custos relacionados ao tratamento da doença (Heldal et al., 2008).

Como pode se observar, os estudos aqui citados, que estabeleceram a relação entre imigração e tuberculose foram realizados em diferentes países desenvolvidos, e não foram identificadas pesquisas em países em desenvolvimento, como o Brasil ou outros.

Os estudos anteriormente citados indicam ainda alternativas do controle da doença entre os imigrantes, que inclui, na triagem realizada no momento da entrada do país, também a prova tuberculínica, além do exame radiológico. No entanto, estas medidas parecem não ter sido efetivas no controle da doença, sendo a indocumentação e o medo da deportação, obstáculos revelados por

vários autores para o diagnóstico precoce da enfermidade entre os imigrantes.

A intrincada relação entre tuberculose e imigração, que se revela em altas TI da doença nos imigrantes, quando comparados aos naturais do país, em parte pode ser justificada pela maior vulnerabilidade dos imigrantes, relacionadas às suas formas de trabalho e de vida.

Considerando-se que a atual conformação política e econômica do Brasil, tem atraído cada vez mais imigrantes, há que se discutir a relação entre a imigração e tuberculose. Portanto, este estudo propõe-se a abordar em especial os bolivianos, na cidade de São Paulo, que tem uma representação expressiva entre os outros imigrantes.

Sendo assim, conhecer como ocorre o fluxo migratório Bolívia/Brasil, é importante para o entendimento do processo de adoecimento por tuberculose, e também a respeito de outros aspectos envolvidos no processo, para os outros grupos de imigrantes.

2.3 PROBLEMATIZAÇÃO DO FLUXO MIGRATÓRIO DE BOLIVIANOS

2.3.1 Alguns indicadores sociais e de saúde da Bolívia

O Estado Plurinacional da Bolívia divide-se em nove departamentos e em 337 municípios e territórios indígenas, sendo que estes últimos incluem 36 nações com suas respectivas línguas. Entre 2007 e 2009 o índice de pobreza extrema reduziu-se de 37,7% para 26,1% colocando o País mais próximo da meta específica dos

ODM. Além disso, o índice de Gini reduziu-se de 0,59 em 2006 para 0,51 em 2009, mostrando que a desigualdade diminuiu, contudo, persistem desigualdades urbano/rurais que evidenciam maior vulnerabilidade da população indígena (OPAS, 2012).

Apesar das melhorias apontadas, muitos indicadores de saúde da Bolívia encontram-se entre os piores da América Latina. Entre eles, a mortalidade infantil, que em 2008, era de 50 óbitos/1000 nascidos vivos; a razão de mortalidade materna estimada, que em 2013 foi de 200/100.000 nascidos vivos, sendo, entre os países da América Latina, inferior somente às taxas do Haiti (380/100.000) e Guiana (250/100.000); e a taxa de fecundidade de 3,2 filhos por mulheres, que, em 2014, apresentou-se entre as mais altas da América Latina, cuja média foi de 2,1 (OPAS, 2012; OPAS, 2014).

A esperança de vida ao nascer na Bolívia de 67,5 anos, também indica a presença de inequidades, somente superando outros dois países da América Latina, Haiti e Guatemala, que apresentam indicador de 63,4 e 66,5 anos, respectivamente (OPAS, 2014).

Os casos de HIV/AIDS na Bolívia apresentaram elevação contínua até 2010, no entanto, a TI de AIDS: de 2,6/100.000 habitantes, é uma das menores da América Latina, que apresenta média de 10,1 casos /100.000 habitantes (OPAS, 2012; OPAS, 2014).

A violência constitui-se, também, como um sério problema de saúde pública, sendo que, em 2008, quase metade das mulheres casadas ou em união estável foram vítimas de violência doméstica (OPAS, 2012; OPAS, 2014).

A saúde ocupacional, de igual forma, é um setor desassistido e crítico. Soma-se a este panorama, o fato que, entre os anos de

2006 a 2011, houve diversos tipos de desastres naturais, que afetaram cerca de 238.530 famílias, que repercutiram na mortalidade geral, além da forte recessão econômica. Sendo assim, o setor saúde tem o desafio de enfrentar um quadro de desigualdade social, que determina e limita os resultados das políticas implementadas (OPAS, 2012).

A Bolívia está longe de atingir alguns objetivos dos ODM para 2015, tais como: o acesso universal ao tratamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), aos serviços de saneamento básico e à educação primária; além disso, não alcançará condições de trabalho dignas para todos, assistência pré-natal universal e equidade de gênero (Barbosa et al., 2013).

Diante deste quadro e, em parte devido à situação socioeconômica, a emigração boliviana ampliou seus destinos, alterando o tradicional movimento para a Argentina, representado pela presença de 342.272 bolivianos em seu território, no ano de 2010, para países desenvolvidos. Assim, destaca-se o número de imigrantes bolivianos na Espanha, que passou de 3.723 em 2000 para 192.398 em 2010 e, nos EUA, saltou de 100.864 para 224.952, considerando-se o mesmo período. O Brasil passou a ser outro destino comum nos últimos anos (Texidó, Gurrieri, 2012).

O elevado crescimento da emigração pode ser mais bem compreendido se as questões socioeconômicas e políticas do país de origem são combinadas com as necessidades do país de destino (Baeninger, 2012). Naturalmente, as necessidades regionais não estão desconectadas de um processo mais amplo de reestruturação produtiva no âmbito da globalização, pois as dinâmicas locais e globais se complementam (Barbosa et al., 2013).

2.3.2 Os Bolivianos e a Tuberculose

Os dados da OMS indicam que, em 2013, houve aproximadamente 13.000 casos de tuberculose, sendo a TI de 123 casos/100.000 habitantes, e 430 óbitos pela doença, com taxa de mortalidade de 4 mortes/100.000 habitantes, estando estas taxas entre as mais elevadas da América Latina (World Health Organization, 2013, World Health Organization, 2014).

Estudo realizado por Ollé-Goig (2000), que teve como objetivo avaliar quais fatores contribuíram para os 94 óbitos por tuberculose, ocorridos de 1993 a 1996, em um Hospital da Bolívia, concluiu que a média de idade foi de 35,1 anos e metade das ocorrências foi encontrada em mulheres. Ao comparar este estudo com dados disponíveis sobre os óbitos de tuberculose nos EUA, o autor conclui que os pacientes que morreram neste último, onde a incidência da doença é baixa, constituem uma população diferente da observada na Bolívia, pois nos EUA, 82,9% dos casos ocorreram em homens, e a idade média era de 59 anos.

Em relação ao desfecho do tratamento, as taxas apresentadas pela Bolívia, em 2013, ficam próximas às recomendadas pela OMS: de cerca de 84,0% de cura para casos novos e 76,0% para retratamento (World Health Organization, 2013). No entanto, esses dados podem não traduzir as dificuldades dos pacientes para a realização do tratamento. Neste sentido, acredita-se importante citar um estudo etnográfico, que apesar de não ter sido realizado recentemente, aponta algumas dificuldades na realização do tratamento. Greene (2004) entrevistou cinco pacientes, em uma comunidade carente de La Paz, Bolívia, e aponta problemas sérios em relação à estruturação do Programa de Tuberculose no País.

Este estudo entrevistou pacientes que haviam abandonado o tratamento, e revelou que os custos ocultos do tratamento e as barreiras logísticas para o acesso, foram muito importantes para determinar a não adesão ao tratamento. Identificou-se, como principal gargalo do Programa, o atendimento centralizado, agravado pelo fato que tinham que cumprir pelo menos um mês de tratamento supervisionado, que incluía sábados e domingos. Em um dos casos, o paciente, que já apresentava dificuldades econômicas devido ao desemprego, teve que pagar o exame radiológico que, na época, custava cerca de US\$ 22,00. Destaca-se, ainda, que o exame de baciloscopia mensal tinha que ser analisado por um médico, cuja consulta custava aproximadamente USD 3,00 (Greene, 2004).

Esse mesmo estudo identificou longas filas de espera para o atendimento, o que dificultava a busca por emprego. Embora o paciente manifestasse medo das consequências de abandonar o tratamento, as repercussões imediatas do tratamento supervisionado, em sua situação econômica, eram piores. Como expressou o paciente, apesar de reconhecer a importância de terminar o tratamento para manter a saúde, “colocar comida no prato” de sua família era ainda mais importante. Não obstante, abandonar o tratamento gerava culpa no paciente. O estudo conclui que a estrutura burocrática e centralizada do Programa de Tuberculose na Bolívia, apresentava elevado custo e tempo dispendido no transporte, e pacientes com recursos limitados. Aponta, portanto, que nesta organização de serviço, é inconcebível prestar cuidados de forma eficaz às pessoas socialmente vulneráveis, indicando que as condições de pobreza e discriminação, indiretamente, têm afetado os resultados do tratamento da tuberculose no País. Sendo assim, a exigência do tratamento supervisionado pode levar à não adesão (Greene, 2004).

O estudo de Greene (2004) analisou, ainda, se as crenças e práticas culturalmente determinadas estariam associadas ao

abandono do tratamento da tuberculose. Identificou que vários entrevistados visitaram praticantes tradicionais de cultos Aymara⁸, no início do tratamento, mas todos os pacientes utilizaram também os serviços de médicos tradicionais, indicando-se que preferiam abordagens biomédicas para o tratamento da tuberculose (Greene, 2004).

Sendo assim, dadas as desigualdades sociais presentes na Bolívia, e a magnitude da tuberculose no País, parece ser provável que a doença se apresente na forma latente ou ativa, entre os emigrantes que se dirigem ao Brasil. Isto motivou buscar elementos para entender o fenômeno do deslocamento de bolivianos para o Brasil, conforme abordado a seguir.

2.3.3 Imigração Boliviana para o Brasil

A partir da década de 1980, o Brasil aumentou consideravelmente a perda de população através da emigração. Não obstante, o desenvolvimento socioeconômico experimentado pelo País, no início do século XXI, recobrou a atratividade para pessoas de outros países. E isso pode ser demonstrado pelo aumento do número de imigrantes residentes legais no País, passando de 961.867 em 2010 para 1.510.561 em 2012 (Texidó, Gurrieri, 2012). No entanto, apesar do recente aumento no volume de entrada de migrantes, não se pode afirmar que o País é de imigrantes. Apesar da intensificação dos fluxos migratórios devido à conjuntura econômica, esta ainda não é significativa.

Bolívia, Colômbia, Equador, Paraguai e Peru mantém um claro perfil emigratório, mas na região, os cidadãos Bolivianos tem forte presença na Argentina e no Brasil (Texidó, Gurrieri, 2012).

⁸ Cultos Aymará – entende-se por povo Aymara, o conjunto de indivíduos que tem como língua materna o aymará. Os grupos aymarás encontram-se em diferentes lugares, nas diferentes regiões andinas da América do Sul. Acesso: <http://www.aymara.org/1995/historia-aymara/> em 28 dez 14

É muito difícil quantificar o número de imigrantes bolivianos no território brasileiro, o que se deve ao fato de que a maior parte destes entra no País de forma irregular. Não é raro que os imigrantes entrem pela fronteira, com documentos falsos ou com vistos de turista válidos. Uma vez no País, dirigem-se, na maioria, à cidade de São Paulo, e encontram trabalho em pequenas indústrias de confecções e oficinas de costura, na grande maioria das vezes, clandestinas (Silva, 1996; Folha de São Paulo, 2007; Silva, 2009a).

Conforme dito anteriormente, a entrada de bolivianos no Brasil começou a crescer em 1980, passando de 15.894 anuais para 30.000 anuais, a partir de 1990 (Silva, 1997; Baeninger, 2008; Silva 2009a). Em 1992, uma Fundação Boliviana estimou que houvesse cerca de 100.000 bolivianos em São Paulo, sendo que a maioria dos trabalhadores tinha vindo com contratos verbais obtidos quando os proprietários de oficinas de costura, principalmente coreanos e bolivianos foram recrutá-los na Bolívia (Buechler, 2004). Já os dados oficiais do Censo de 2010 indicam 15.753 bolivianos no Brasil (IBGE, 2012), e a Lei de Legalização de Estrangeiros em Situação Irregular (Lei da Anistia), decretada em 2009, atendeu 42.000 solicitações, sendo 16.881 de bolivianos, o maior contingente. Já o Ministério da Justiça estima em 33.000 os bolivianos regularizados (Baraldi, Cogo, 2011; Moskovics, Corral, 2012; Saladini, 2012).

Outras fontes estimaram para 2005, entre 200 a 400 mil bolivianos residentes na Grande São Paulo (Folha de São Paulo, 2007; Gaeta, 2005; Patussi, 2005). Já o Programa de Controle da Tuberculose do Município de São Paulo trabalha com a estimativa, para 2014, de 300.000 imigrantes de origem boliviana⁹

Não obstante o desencontro de informações, em relação ao número de imigrantes bolivianos residentes, o fato é que estes se concentram de maneira muito expressiva na cidade de São Paulo.

⁹ O Programa de Controle de Tuberculose da SMS trabalha com estes números, obtidos junto ao Consulado da Bolívia em São Paulo – informação por correio eletrônico, em 25 abr. 2014.

Os bolivianos quase não se encontram em outras cidades do País, e tal fato pode ser justificado pela migração diferenciada relacionada a uma atividade específica, no caso, a indústria de confecção, o que explicaria a não dispersão espacial destes imigrantes (Souchaud, Fusco, 2008).

O número de bolivianos é expressivo entre os trabalhadores da produção de vestuário. De acordo com o Centro de Apoio e Pastoral do Migrante (CAMI)¹⁰, há cerca de 80.000 a 100.000 bolivianos que trabalham em oficinas de roupas, só na cidade de São Paulo, e 93,0% desse contingente estão em situação indocumentada (Barbosa et al., 2013).

Nesses mais de trinta anos de imigração boliviana para a metrópole de São Paulo, a visibilidade desse contingente passou a compor a vida da cidade, revelando a necessidade de estudos acerca das relações entre imigrantes bolivianos e brasileiros (Baeninger, 2012).

2.3.4 Os Bolivianos e a realidade Brasileira

A perspectiva de melhores condições de vida no Brasil tem atraído imigrantes de diversas nacionalidades, e a facilidade de acesso, dada a vasta extensão territorial, tem fomentado a imigração de trabalhadores, muitas vezes pela via legal (Saladini, 2012; Pereira, 2013).

O fluxo migratório de bolivianos para o Brasil teve início na década de 50. Nesta época, grande parte destes tinha ensino superior, e eram profissionais liberais, tais como: médicos, odontólogos, contadores, advogados. Os representantes da primeira

¹⁰ CAMI – Fundado pelo Serviço Pastoral dos Migrantes, tem como finalidade, atuar diretamente na promoção dos direitos humanos fundamentais, na inserção social e na prevenção de trabalho análogo ao de escravo, e prevenção ao tráfico de pessoas. Fonte: <http://camimigrantes.com.br/site/>

geração de bolivianos que entrou no Brasil, na década de 1960, tinham classe social diferenciada, sendo raros os relatos de bolivianos que vinham trabalhar como costureiros. Conforme anteriormente apontado, a partir de 1980, este fluxo intensificou-se, o que em parte pode ser explicado pela crise do setor de mineração na Bolívia, bem como pela reforma agrária, que provocou exôdo dos camponeses, influenciando um acelerado processo de urbanização, além das reformas econômicas no País. Todo este movimento na Bolívia fez com que as características dos que imigravam para o Brasil, começasse a mudar. Os bolivianos que ingressam no Brasil, a partir do referido ano, caracteristicamente possuem pouca qualificação profissional, imigram em quantidade bem mais expressiva e são clandestinos (Silva, 1996; Buechler, 2004; Silva, 2001; Patussi, 2005; Silva, 2009a; Pereira, 2013).

O aumento da imigração de bolivianos, especificamente para São Paulo, deve-se, principalmente, à confluência de dois fatores, a inserção e a concentração da comunidade de imigrantes bolivianos na cidade, que fortalece as redes sociais, e atrai este grupo; e o momento econômico, de reestruturação produtiva do setor de confecção, que está incorporado à dinâmica mais ampla da globalização (Tavares, Baeninger 2010, Moskovics, Corral, 2012, Barbosa et al., 2013).

A globalização e o contexto de crise, além da aceleração do processo de reestruturação produtiva nos anos 90, vivenciado tanto pelo Brasil, como por outros países, levou à intensificação de distintas formas de subcontratação, bem como do trabalho no domicílio. Isto levou à explosão de pequenas e microempresas, e à informalização do trabalho, alterando as relações trabalhistas (Araujo, Amorim 2002).

A intensa pressão para a redução de custos no setor industrial, para tornar seus preços competitivos, com produtos

estrangeiros, em especial asiáticos, implicou em diferentes modalidades de transformação. No caso do setor de confecção em São Paulo, muitas unidades de produção desapareceram ou tiveram que se reestruturar (Souchaud, 2012).

Neste sentido, um polo de atração para os imigrantes bolivianos foi o setor têxtil que, após a estagnação econômica da década de 1980, começou a se destacar como um dos setores que mais agregou valor na indústria de transformação. Antes dessa década, os proprietários de oficinas em São Paulo eram, em sua maioria, libaneses e judeus. Após os anos 80, assumiram os coreanos. Já na década de 90 alterou-se o panorama, quando os bolivianos passaram a ser proprietários de oficinas de costura, ainda que em número inferior ao dos coreanos (Silva, 2001; Silva, 2009a; Tavares, Baeninger 2010; Souchaud, 2012; Freitas, 2013; Barbosa et al., 2013).

Esta inserção crescente dos imigrantes bolivianos nas oficinas de costura vem atender à necessidade do mercado da indústria de confecção que, nos últimos anos, vem instalando uma ampla rede de subcontratação, que exhibe, em uma ponta, empresas multinacionais e, na outra, o uso do trabalho em domicílio e subcontratado (Araujo, Amorim 2002).

De alguma forma, a maioria das oficinas que exploram trabalhadores bolivianos presta serviço direta ou indiretamente para os coreanos, que têm suas próprias empresas. Somente as empresas destes últimos conseguem vender seu produto diretamente para as lojas de maior porte, de departamento, consolidando-se comercialmente. Os pequenos proprietários das oficinas bolivianas, para entrar neste mercado, precisariam de técnicas de controle de qualidade e do desenvolvimento de melhores habilidades de *marketing*, entre outros, que não possuem (Buechler, 2004; Freitas, 2012).

Entretanto, tem-se observado a emancipação de alguns bolivianos, que se tornam proprietários dos meios de produção, ao abrirem suas próprias oficinas de costura. No entanto, estes, muitas vezes, aparecem como “exploradores” do trabalho de seus compatriotas. Por outro lado, a emancipação econômica dos imigrantes bolivianos atende aos interesses dos coreanos, pois evita uma série de possíveis problemas jurídicos. Isto porque a relação dos trabalhadores bolivianos com os empregadores coreanos passa a ser de prestação de serviço, e não há relação trabalhista, eximindo estes últimos de responsabilidades contratuais diretas. Além disso, esta prática constitui-se como uma estratégia para preservar a imagem do coreano que, em certo momento, foi prejudicada por denúncias devido à exploração de mão de obra (Buechler 2004; Silva, 2009a; Aguiar, Mota, 2014; Barbosa et al, 2013).

Mas, o fato de que, embora os bolivianos tenham uma identidade comum, qual seja a nacionalidade, esta não tem sido suficiente para garantir uma comunidade imigrante, forte e ativa em São Paulo. Diferentemente dos coreanos, que formam um grupo coeso, que até implantou um cartel no setor da confecção, e que se ajudam mutualmente, levantando fundos financeiros comunitários, e fixam preços para as mercadorias, o que permitiu e tem permitido que vários abrissem suas próprias oficinas, sem a participação de bancos (Silva, 1996; Buechler, 2004; Silva, 2009a; Freitas, 2012; Moskovics, Corral, 2012; Barbosa et al., 2013).

A organização da cadeia produtiva, com a terceirização dos serviços, impõe redução de salários e benefícios aos trabalhadores, bem como condições de trabalho instáveis e degradadas, que tem como consequência, o aumento dos acidentes de trabalho e de doenças profissionais. A lógica da subcontratação está posta no aumento da produtividade e do lucro, transferindo os custos de aquisição, a manutenção do maquinário e os encargos da

contratação da mão-de-obra, assim como de parte dos riscos do negócio para as empresas subcontratadas, (Araujo, Amorim, 2002).

Assim, no mundo, há inúmeros “fabricantes sem fábricas”, caracterizando o setor têxtil como altamente competitivo, terceirizado e móvel, exercendo pressão sobre os preços dos produtos fabricados, e sobre os salários do setor, com tendência a violar os direitos dos trabalhadores, obrigados a longas horas de trabalho e a horas extras forçadas. Ademais, não é raro que o trabalho é realizado em ambientes com padrões inadequados de condições de saúde e segurança (Barbosa et al., 2013).

Na lógica do lucro, as empresas terceirizadas também acabam subcontratando informalmente o trabalho de costureiros a domicílio, pagando-lhes por peça uma parcela ainda menor do que aquela que recebem da empresa contratante. Todo este processo leva à transferência do ônus da produção sempre para os níveis mais frágeis da cadeia, ou seja, os costureiros informais, submetidos a vínculos precários e à instabilidade permanente, pois as contratantes detêm o poder unilateral de iniciar e interromper o repasse de serviços (Araujo, Amorim 2002).

O trabalho crescente de imigrantes indocumentados, em pequenas oficinas clandestinas, seja de costura ou não, é um fenômeno crescentemente abordado na literatura internacional, a partir de investigações realizadas em grandes centros urbanos, tais como Nova Iorque, Los Angeles, Londres e Paris, entre outras (Tavares, Baeninger, 2010). O aumento do emprego informal, que ocorre nos domicílios, caracteriza-se, portanto, como fenômeno do capitalismo global (Buechler, 2004).

Muitos estudiosos e políticos avaliam o crescimento da economia informal nos países desenvolvidos como resultante da imigração de países do Terceiro Mundo e afirmam que a indústria do

vestuário, um setor "atrasado" da economia, continua a sê-lo em virtude da oferta barata de trabalho do imigrante (Buechler, 2004).

Pereira (2013) considera o trabalho dos bolivianos como uma “quarteirização” do setor produtivo, pois estas oficinas abastecem confecções de brasileiros e sul-coreanos que, por sua vez, revendem o produto para marcas de grife.

Mas, a precarização do trabalho no setor têxtil não é um fenômeno que atinge exclusivamente os imigrantes bolivianos. Em entrevista concedida à Buechler (2004), pela presidente do Sindicato dos Costureiros de São Paulo, esta última afirmou que, em 1998, somente 50,0% dos 160.000 trabalhadores do setor tinham registro em carteira de trabalho, e acrescentou que os não registrados estão em toda a cadeia produtiva, não se restringindo aos bolivianos (Buechler, 2004).

Apesar de todo este panorama do setor têxtil de confecção, os bolivianos continuaram imigrando, motivados para o trabalho no ramo de costura, mesmo quando houve crise do setor, e este fato é explicado porque consideram que são mais aceitos no Brasil do que em outros países. Acresce-se a isto, o fato que o ramo da confecção é pouco valorizado pelos brasileiros, que em uma economia pós-industrial teriam outras expectativas profissionais, além do que, as duras condições de trabalho, não os atraem para este setor (Buechler, 2004; Souchaud, 2012). Entretanto, há que se ter em mente que o Brasil ainda não ultrapassou a fase da economia pós-industrial, além de ser necessário considerar que tais autores generalizam a interpretação de que os brasileiros passaram a “escolher” o setor de atuação.

Evidências indicam que esta transformação no fluxo dos imigrantes tem vinculação com as transformações ocorridas nos países de origem (Tavares, Baeninger, 2010). Além disso, a explicação para tal fenômeno não pode se reduzir à busca de

emprego e de melhores condições de vida para as famílias; a compreensão deste fenômeno deve ser buscada no contexto da organização da sociedade brasileira, tentando-se identificar quais são os atrativos para estes imigrantes (Silva, 1997).

A relação entre lojistas e donos de oficinas, em especial no caso dos coreanos, e os trabalhadores bolivianos informais e indocumentados, em pequenas oficinas de costura irregulares, foi bastante divulgada pela imprensa, na década de 1980 (Tavares, Baeninger, 2010). As relações de trabalho nestas oficinas, sejam elas de propriedade de coreanos ou bolivianos, parecem ter, em sua internalidade, uma relação de dependência muito próxima da servidão. Em alguns casos foram identificadas situações de trabalho análogas à escravidão humana. Muitas vezes, proprietários das oficinas, aproveitando-se da condição de “indocumentados”, retêm o salário dos trabalhadores, o que os mantém sob o domínio dos proprietários dos meios de produção (Silva, 1997; Saladini, 2012).

As condições de trabalho de bolivianos, análogas à escravidão, foram identificadas, em alguns casos, em *blitz* realizada por fiscais do Ministério da Justiça. Em decorrência, nos últimos anos, muitas empresas e lojas de departamentos compradoras das peças produzidas nestas condições, foram denunciadas e processadas, tais como: *Collins*, *Gregory*, *Le Lis Blanc*, *Marisa*, *M. Officer*, *Pernambucanas*, *Renner*, *Zara*, *C&A*, entre outras (Saladini, 2012; Barbosa et al., 2013).

Portanto, a condição dos bolivianos, enquanto trabalhadores do setor de vestuário apresenta uma trama com pelo menos duas variáveis inter-relacionadas: devido à falta de documentação regularizada para o trabalho, não estão registrados na carteira de trabalho. Assim, não tem seu trabalho regulado pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), recebendo rendimento bastante abaixo da média da indústria. Por sua vez, o baixo salário e a informalidade

não permitem que paguem as elevadas taxas de legalização de cidadania no Brasil (Barbosa et al., 2013).

Também há que se ter em mente que a possibilidade de sindicalização está diretamente ligada à configuração do próprio setor que, em grande parte, é afetado pela reestruturação produtiva: as oficinas de costura em que os bolivianos trabalham estão espalhadas por toda a cidade, o que torna difícil localizá-los e que se associem em agremiações (Barbosa et al., 2013).

A inserção dos imigrantes bolivianos no território brasileiro, de forma individual ou enquanto núcleos familiares é heterogênea, apesar de sua vinculação inicial ao setor de confecção. Freitas (2013), em pesquisa realizada na Bolívia, concluiu que as condições no local de origem determinam parcialmente o sucesso na megalópole brasileira. Sendo assim, casais portadores de alguns bens materiais e/ou experiência anteriores na produção de vestuário, teriam um objetivo delimitado como, por exemplo, levantar dinheiro para adquirir um imóvel. Nestes casos, são mais relutantes em permanecer nos locais de trabalho em que a exploração predomina. Já pessoas sem dinheiro ou experiência anterior, são as mais vulneráveis e dispostas a aceitar empregos mais precários, a exemplo de mulheres que trabalham como assistentes, ou em funções com pior remuneração; neste último caso, a migração é mais uma questão de sobrevivência do que um projeto (Barbosa et al., 2013).

Uma vez identificado como se dá a cadeia produtiva no setor de confecções, ainda que de forma bastante superficial, há que se apontar que a cidade de São Paulo é um dos principais destinos de imigrantes bolivianos no Brasil. A oportunidade de emprego para bolivianos, na área de confecção, fez com que, no início da década de 1990, alguns bairros da cidade de São Paulo concentrassem grande parte dos imigrantes, tais como Bom Retiro, Brás e Pari. No

entanto, nos últimos anos, a presença de bolivianos, do ponto de vista espacial, pode ser observada em todas as regiões do Município, com predominância na Zona Norte e Leste, mas incluindo também municípios vizinhos, pertencentes à Região Metropolitana de São Paulo, tais como Guarulhos, Osasco, Diadema, Santo André, entre outros (Patussi, 2005; Folha de São Paulo, 2007; Silva, 2012; Xavier, 2012).

A maioria dos que imigram para o Brasil são jovens, de ambos os sexos, solteiros, tem grau médio de escolaridade, e origem rural. Dirigem-se ao um novo país, atraídos, principalmente, por promessas de bons salários, feitas por empregadores coreanos, bolivianos ou brasileiros das indústrias de confecção (Silva, 1996; Silva, 2012).

De modo geral, esses imigrantes indocumentados trabalham de 10 a 18 horas diárias durante toda a semana e parcialmente aos sábados, em oficinas clandestinas de vestuário, principalmente de propriedade de coreanos e bolivianos, conforme anteriormente mencionado. Cada trabalhador costura em média, 40 peças por dia, ao valor de R\$ 0,50 (USD 0,19)¹¹ para cada peça, perfazendo, mensalmente, um salário próximo à R\$ 500,00 (USD 186,48)¹², menos que um salário mínimo (USD 294,64)¹³. Além dos proventos, recebem alimentação e alojamento, como parte do pagamento, o que afirma uma relação de dependência. Acresce-se a isto, o fato de que muitas oficinas de costura fecham durante a baixa temporada do setor têxtil, de janeiro a fevereiro (Silva, Bettin, 1996; Buechler, 2004; Pereira, 2013; Watanabe, s.d.).

Apenas com o caráter ilustrativo, pois se trata de jornal de circulação, reportagem de 2007 apontava que o imigrante, já ao chegar ao Brasil, apresentava uma dívida para quem o contratou,

¹¹ Conversão de reais para dólares, realizada no site do Banco Central. Disponível em: <http://www4.bcb.gov.br/pec/conversao/conversao.asp>, acesso em 26 dez 2014.

¹² Conversão conforme nota de rodapé 11.

¹³ O Salário Mínimo, em janeiro de 2015 era de R\$ 790,00. Conversão conforme nota de rodapé 11.

que integrava a passagem de ônibus, o aluguel do local de residência e alimentação, de cerca de R\$ 3.000,00 (USD 1.118,90)¹⁴ (Folha de São Paulo; 2007). E, em alguns casos, há relato de que os proprietários retêm os documentos dos funcionários, como garantia da dívida, tornando-os, na prática, prisioneiros do trabalho (Buechler, 2004; Barbosa et al., 2013). Mais de 90,0% desses imigrantes vivem no mesmo lugar que trabalham, em uma espécie de cortiço, em condições de aglomeração e, após os descontos referentes à alimentação e ao pagamento do aluguel, recebem baixíssimos salários (Pereira, 2013). Estabelece-se, assim, uma relação de dominação e exploração econômica, baseada na relação entre imigração irregular, trabalho e moradia (Silva, 2009a; Saladini, 2012; Xavier, 2012; Barbosa et al., 2013).

A precarização do trabalho no setor têxtil não é uma exclusividade dos bolivianos, mas ocorre também com imigrantes de outras nacionalidades: como a que se evidenciou com os imigrantes coreanos indocumentados. Estes, de igual forma permaneciam longas horas costurando roupas, e alimentavam-se enquanto trabalhavam e sofriam problemas de saúde, como resultado das condições de trabalho. Assim como os bolivianos, trabalhavam para os empresários coreanos, que pagavam miseravelmente e os ameaçavam por encontrarem-se em situação irregular. Brasileiros também estão expostos a precárias condições de trabalho, no entanto, uma vez que não estão diretamente em dívida com os donos dos meios de produção, a exploração é tida como menos grave (Galletti, 1996; Buechler, 2004). A esse respeito, é importante considerar que todas as formas de exploração devem ser consideradas muito graves, destituindo do direito de cidadania.

Além do que foi apontado anteriormente, as condições de vida e trabalho dos imigrantes bolivianos em São Paulo agravam-se ainda mais devido à má alimentação. A comida é geralmente

¹⁴ Conversão conforme nota de rodapé 11.

insuficiente e diferente daquela que estão habituados. Os imigrantes têm características culturais em relação aos hábitos alimentares que deveriam ser respeitadas, o que via de regra, não ocorre. Outro fato dificultador é que, algumas vezes, a refeição é fornecida pelos empregadores e descontada do pagamento. Isto contribui para que se debilizem ainda mais, o que implica em desgaste do corpo humano (Silva, 1997; Buechler, 2004; Folha de São Paulo, 2007; Flausino, 2008).

No sentido de adaptarem-se aos costumes da nova sociedade, os imigrantes se sentem forçados a incorporar novo estilo de vida. Isto inclui a mudança de hábitos alimentares, como por exemplo, incluir feijão na dieta, além do uso de roupas distintas daquelas que costumam usar, como *jeans* e camisetas, entre outros. Silva denomina este processo como “desnudamento cultural”, que pode causar importantes repercussões psíquicas (Silva, 1997).

Ademais, as oficinas, muitas vezes, têm precárias condições de higiene, frequentemente estão instaladas em casas antigas, úmidas, com pouca ventilação e necessitam de reformas (Pereira, 2013). O fato de trabalhar em ambiente fechado, onde se mantém o mínimo de relações possíveis entre os imigrantes e os vizinhos brasileiros, justifica-se, em parte, pela clandestinidade, para evitar o estabelecimento de relações com a vizinhança. Em muitos locais, as janelas são fechadas, para limitar a observação de ruído das máquinas (Silva, Bettin, 1996; Silva, 1997; Buechler, 2004; Patussi, 2005; Rossi, Sakamoto, 2010).

Outras dificuldades vivenciadas pelos imigrantes bolivianos podem ser apontadas, tais como, a adaptação ao estilo de vida de uma metrópole como São Paulo, e uma que é sumamente importante, refere-se à comunicação, quando não dominam o idioma português (Silva, 1997; Patussi, 2005).

Todas estas condições de vida e trabalho levam ao desgaste dessa população, afetada ainda mais pelo ritmo da produção nas oficinas, que compromete também a saúde mental, pois o trabalhador tem de produzir, o que o coloca em situação de estresse. Assim, adoecer, no contexto destes imigrantes, tem um significado ainda maior, pois significa não produzir, e não produzir significa não ter condições de prover a vida financeiramente (Silva, 1997).

Por outro lado, toda esta exploração do trabalho, muitas vezes, é legitimada pelo próprio imigrante, como pode ser identificado na pesquisa realizada por Barbosa (2013) que, ao questionar mulheres trabalhadoras sobre como poderiam aumentar os rendimentos, recebeu a resposta: "trabalhar mais". Em outras palavras, o *status quo* é mantido e legitimado pelos trabalhadores, o que vai de encontro aos interesses do proprietário da oficina.

O que estimula tais pessoas a trabalhar repetidamente, em tarefa cansativa e por longas horas, parece ter, como um dos objetivos, receber quantia razoável em um tempo recorde, pois os salários são considerados significativos, se comparados à média boliviana (Silva, 2003; Barbosa et al., 2013). Outro objetivo parece estar posto na perspectiva de que, poupar pode tornar possível adquirir máquinas de costura, e tornar-se proprietário dos meios de produção, gerando, portanto, mais altos rendimentos (Silva, Bettin, 1996).

Assim, dialeticamente, não obstante todas as dificuldades enfrentadas pelos imigrantes bolivianos, além do desconhecimento do mercado de trabalho e do débil domínio do idioma, as oficinas de costura não podem ser consideradas, unicamente, como lugares de exploração da mão-de-obra imigrante; mas, constituem-se, também, como espaços para a inserção e a ascensão social, e a informalidade e a flexibilidade da organização de trabalho nestas

oficinas, facilita a integração no mercado de trabalho, a capacitação profissional, e a realização de um projeto migratório, seja ele tornar-se dono de oficina, ou comprar lote ou casa no país de origem (Souchaud, 2012). Entretanto, há que se ressaltar a perversidade dessa contradição.

Também é importante mencionar que não há um projeto cultural alternativo, uma contra força hegemônica e bem organizada o suficiente, para reverter este processo. Neste sentido, destaca-se a necessidade da existência de associações que dê voz e representem os imigrantes (Barbosa et al., 2013).

Além dos aspectos relacionados ao trabalho, a presença boliviana em São Paulo traz à tona a forma como a cidade tem lidado com diferenças etnoculturais, e como os próprios imigrantes reagem a diferentes formas de preconceito. No caso desse grupo específico parece que a discriminação também decorre de suas raízes indígenas, que determina um estereótipo decorrente de características fenotípicas frequentes, à exemplo da baixa estatura e cor da pele. Mas, também decorre do estereótipo que vincula tal grupo a uma dada condição social, até mesmo por serem oriundos de um País subdesenvolvido, e associado, equivocadamente, no imaginário coletivo, à exportação de drogas. (Silva, 1996; Silva, Bettin, 1996; Silva, 1997; Patussi 2005, Silva, 2012). É importante destacar que não raro a discriminação é agravada pelos meios de comunicação dominantes, como televisão e jornal, que veiculam notícias que envolvem bolivianos ao tráfico de drogas, evidenciando a forma como as classes dominantes percebem os demais que nelas não se incluem (Silva, 1997; Silva, 2012).

Em decorrência, há de se considerar os frequentes casos de *bullying*, a não valorização da diversidade cultural. Muitas vezes, as crianças recém-admitidas nas escolas são tratadas como indígenas, com todas as repercussões associadas à discriminação, que

também ocorre com os indígenas brasileiros (Baraldi, Cogo, 2011; Vidal, 2012).

Waldman (2011) identificou que os bolivianos sentem-se discriminados nos serviços de saúde, em uma pesquisa realizada no CAMI, em São Paulo, com mulheres bolivianas, que buscavam o atendimento para regularizar a situação migratória. Verificou que 72,0% das entrevistadas relataram diferença de atendimento nos serviços de saúde, entre brasileiros e estrangeiros. Além disto, apontaram falta de sensibilidade, compreensão ou mesmo desconhecimento de alguns profissionais de saúde, diante dos projetos de vida idealizados por muitas delas. Alguns questionaram o motivo de sua permanência no Brasil, e referiram que poderiam estar atendendo um brasileiro e não um estrangeiro. Certos profissionais também sugeriram que elas retornassem à Bolívia.

Em estudo realizado em três Unidades Básicas de Saúde (UBS) da região central do Município de São Paulo, os profissionais de saúde reconheceram ter preconceito com a população boliviana atendida, em parte justificado por medo do desconhecido, por sensação de ameaça, uma vez que consideravam que o boliviano estava invadindo seu território. Entretanto, relataram buscar estratégias para o enfrentamento desta situação (Silva, 2009b).

Barbosa et al. (2013), em estudo realizado com 72 mulheres bolivianas que trabalhavam com costura, na cidade de São Paulo, identificaram que 51,0% delas sentiam ser alvo de preconceito, individualmente, e/ou contra a comunidade boliviana. Tais mulheres manifestaram desejo de retornar ao país de origem nos próximos dois anos (Barbosa et al., 2013).

Não obstante a discriminação vivenciada pela comunidade boliviana, o mesmo estudo apontado anteriormente identificou falta de unidade e solidariedade entre os próprios bolivianos, observadas nas expressões: "falta de união entre os compatriotas", "falta de

comunicação", "[falta de] paciência por aqueles que ensinam". Além disso, as entrevistadas referiram que os trabalhadores bolivianos competem entre si, e idealizavam ser proprietários de oficina para contratar outros bolivianos (Barbosa et al., 2013). Tal fato é corroborado pelas investigações que indicam conexões, a partir dos anos 2000, para recrutar trabalhadores bolivianos, demonstrando não se tratar apenas de um sistema de subcontratação localizado na cidade de São Paulo, e que absorveria imigrantes, mas um processo que tem início mesmo na Bolívia via instituições informais ou redes de parentesco, constituindo um processo amplo de agenciamento de força de trabalho (Tavares, Baeninger, 2010).

Assim, a imagem que os bolivianos têm de si mesmos parece ser marcada pela ambiguidade, advinda também das diferenças étnico-culturais e sociais que, por sua vez, acabam se reproduzindo em São Paulo. Os imigrantes veem-se como Pacenho (natural de La Paz), Cochabambinos (natural de Cochabamba), Cruzenhos (natural de Santa Cruz de La Sierra), Orurenhos (natural de Oruro), Potosinos (natural de Potosi), para depois se identificarem como bolivianos (Silva, 1997). A natureza multiétnica, com a presença de grande número de diferentes culturas na Bolívia, contribuiu para uma grande diversidade, o que é apontado por Silva (1997), como fator gerador de falta de solidariedade entre os bolivianos. Assim, o fato de pertencerem a uma mesma etnia não garante o estabelecimento de relações recíprocas, o que dificulta ainda mais a situação dos imigrantes bolivianos no Brasil (Silva, 1997).

Por outro lado, a discriminação de várias ordens, aliada às subcontratações e indocumentação fazem com que muitos trabalhadores, por medo da deportação, não procurem ajuda das autoridades nacionais quando há necessidade, como, por exemplo, no caso de não pagamento de salário, de violência doméstica, em caso de assistência médica, entre outros. Acresce-se a isto, o fato de que há reclamações de maus tratos por agentes federais, e

preferência por pacientes brasileiros no atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Neste sentido, instituições que reúnam e proporcionem apoio ao imigrante são relevantes, uma vez que mediarão os conflitos no seio da comunidade, inclusive na relação entre o capital e o trabalho, no caso dos imigrantes ilegais, neste caso, situações em que não há a participação do Estado nem de seus órgãos reguladores (Saladini, 2012; Barbosa et al., 2013).

Para além da superação da discriminação, é importante que os imigrantes mantenham sua identidade cultural enquanto grupo, inserindo-se na sociedade brasileira, e defendendo seus direitos legais como "cidadãos globais". Neste sentido, as associações que reúnem bolivianos, particularmente as de cunho religioso, parecem exercer um papel fundamental, pois tem ajudado os imigrantes a manter suas tradições culturais em São Paulo, por meio da promoção de uma série de eventos culturais e religiosos (Buechler, 2004).

Parece que a comunidade também vem se organizando em espaços públicos, que reafirmam a identidade da cultura boliviana na Cidade de São Paulo, tais como na Praça Kantuta e a Rua Coimbra¹⁵ (Silva, 2003; Tavares, Baeninger, 2010; Alves, 2011; Alves, 2012).

A despeito da importância da organização da comunidade boliviana, deve-se considerar que, em parte, a clandestinidade limita esta possibilidade (Gaeta, 2005). Conforme anteriormente mencionado, entre as dificuldades enfrentadas pelos imigrantes, a falta de documentação é a que representa o maior problema, pois leva ao medo constante de serem abordados pela Polícia Federal e

¹⁵ Na Rua Coimbra, localizada na região do Brás, Zona Leste de São Paulo, há quase 11 anos ocorre uma feira aos sábados, reunindo aproximadamente 6.000 bolivianos. Além disso, a rua também alberga lojas e comércios de propriedade de bolivianos. Esta feira foi regularizada no dia 18.11.14 pela Prefeitura do Município de São Paulo, como patrimônio dos imigrantes bolivianos. Este é admitido como ato que valoriza a cultura e proporciona condições para que os imigrantes expressem livremente seu modo de viver. A comunidade boliviana também se reúne aos domingos em uma feira, na Praça Kantuta, na região do Bom Retiro, regularizada desde 2002. Fonte: <http://www.capital.sp.gov.br/portal/noticia/5117#ad-image-0>. Acesso em 20 dez 2014.

expulsos do País (Silva, 1997). Aqui é importante deter-se na legislação brasileira em relação à migração.

A migração no Brasil é normatizada pela Lei nº 6815/80, conhecida como Estatuto do Estrangeiro. Tendo sido aprovada durante a Ditadura Militar, toda sua lógica está posta como política de “Segurança Nacional”, que considera o imigrante como uma ameaça, e não partilha a ideia dos direitos dos migrantes, calcada nos direitos humanos. Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, esta Lei passa a não ter qualquer base para sua sustentação (Milesi, 2008; Baraldi, Cogo, 2011; Texidó, Gurrieri, 2012; CUT et al, 2013; São Paulo, 2013d).

Sendo assim, há um consenso sobre a necessidade da aprovação de uma nova lei para migrações no Brasil. Muitas propostas de substituição do Estatuto do Estrangeiro têm sido apresentadas nos últimos anos. A mais recente, ainda em fase de tramitação, é o Projeto de Lei do Senado, nº 288/2013, que institui a Lei de Migração e regula a entrada e a permanência de estrangeiros no território nacional e define normas de proteção para o emigrante brasileiro (Brasil 2013b). Além disso, a Portaria nº 2162/13, do Ministério da Justiça, criou uma Comissão de Especialistas, com a finalidade de apresentar a proposta de um anteprojeto de Lei de Migrações e Promoção dos Direitos dos Migrantes no Brasil, que levou em consideração as recomendações da I Conferência Nacional sobre Migrações e Refúgio (COMIGRAR), ocorrida em São Paulo no ano de 2014 (Brasil, 2014d).

Portanto, o tema “Migração” tem sido pauta de várias reuniões e encontros, onde tem sido discutida a necessidade da construção de uma “Lei de Migração”, e não de um novo Estatuto do Estrangeiro (São Paulo, 2013d).

No entanto, enquanto não é aprovada uma nova legislação para o migrante, o Governo tem promovido processos de

regularização migratória, incluindo anistias. Desde 1980 ocorreram quatro, sendo que, em 2009, os bolivianos constituíram 40,0% dos beneficiados, o maior número de imigrantes anistiados (Baraldi, Cogo, 2011; Moskovics, Corral, 2012; Finotelli et al., 2013).

Outra forma de obtenção de legalidade no Brasil efetiva-se para os cidadãos do Mercado Comum do Sul (Mercosul)¹⁶, que firmou o “Acordo sobre residência para nacionais dos Estados Parte do Mercosul e Associados” (Brasil, 2009, Baraldi, Cogo, 2011; Finotelli et al., 2013; CUT et al., 2013).

Este Acordo estabelece, para todos os países integrantes, a possibilidade de regularização e obtenção de residência temporária de dois anos a qualquer momento, independentemente da condição migratória do requerente quando entrou no país, com isenção de multas ou outras sanções administrativas. Para tanto, exige a apresentação de um documento de identificação, declaração de ausência de antecedentes criminais e o pagamento de taxas, não sendo exigido atestado médico (Baraldi, Cogo, 2011; Finotelli et al., 2013). Há que se ressaltar que se considera elevada a taxa para a legalização da documentação: R\$ 188,81 (USD 70,42), o que inviabiliza para alguns imigrantes, especialmente, para os bolivianos, trabalhadores do setor de confecção (Barbosa et al., 2013; CUT et al., 2013). Este Acordo permite, ainda, que os microempresários desses países registrem suas empresas, ou registrem-se como empresários individuais, no Brasil, mesmo com residência temporária (Baraldi, Cogo, 2011).

O imigrante indocumentado pode, ainda, conseguir o visto de permanência no Brasil, casando-se com brasileiro/a ou com o nascimento de filhos que tenham direito à nacionalidade (Galetti,

¹⁶ O Mercosul é um projeto de integração econômica, social e de cidadania, que foi estabelecido em 1991, entre Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai. Em 2012, a Venezuela integrou-se a este bloco como Estado Parte. Em 2013, a Bolívia também se tornou Estado Parte, com a assinatura do Protocolo de Adesão do Estado Plurinacional da Bolívia. O Chile e o Peru, apesar de não pertencerem ao Mercosul, assinaram o Acordo de Residência. Fonte: <http://www.mercosul.gov.br/>. Acesso em 10 jan. 2015.

1996; Saladini, 2012; CUT et al., 2013). No Brasil, observa-se o critério do *jus solis*¹⁷ para a obtenção da nacionalidade, o que permite a regularização de muitos imigrantes e de suas famílias no território nacional (Baraldi, Cogo, 2011; Saladini, 2012). Neste sentido, estudo realizado por Madi, Cassani e Silveira (2009), com bolivianas gestantes em uma UBS do Centro de São Paulo, conclui que a gravidez pode ser uma forma de legalização da cidadania brasileira.

Em relação aos direitos humanos dos migrantes, além da Declaração Universal dos Direitos da Pessoa Humana, de 1948, ressalta-se o Pacto de São José da Costa Rica, de 1992, que estabelece que os direitos essenciais da pessoa humana não derivam do fato de ser ela nacional de um país, mas fundamentados nos atributos da pessoa humana (Finotelli et al., 2013).

Além deste, a Convenção Internacional para Proteção dos Direitos de todos os Trabalhadores Migrantes e seus familiares, defende os direitos humanos dos trabalhadores migrantes e suas famílias. Esta Convenção é importante, dada a situação de vulnerabilidade que se encontram os migrantes indocumentados que, via de regra, são submetidos à longas horas de trabalho, salários baixos, ausência de contrato de trabalho e, não raro, à condições similares à escravidão (Milesi, 2008). Ressalta-se que o Brasil ainda não aderiu a esta Convenção (Finotelli et al., 2013).

Muitos instrumentos internacionais reconhecem a cidadania universal, valorizam o migrante como cidadão, valorizam o respeito à dignidade e seus direitos humanos fundamentais, independentemente do espaço geográfico em que se encontrem, de sua nacionalidade, cor ou situação social (Bassegio, 2006; Milesi, 2008). Destaca-se a necessidade de que sejam devidamente

¹⁷ *Jus solis* é o princípio jurídico que indica a nacionalidade pela origem territorial. Por este critério, é nacional o nascido no território do Estado, independente do local de nascimento dos genitores. Este critério é adotado pela Constituição Federal do Brasil (Saladini, 2012).

operacionalizados e façam jus ao que está posto nos textos que os constituem.

Diante do reconhecimento da cidadania como um conceito central para uma visão da migração voltada aos direitos humanos, a pressão dos grupos de imigrantes tem tipo papel fundamental, ratificando que os direitos não são concessões, mas conquistas. A mera aprovação de uma lei não significa melhora imediata na vida dos imigrantes mais pobres, pois eles, assim como os brasileiros, estão sujeitos à lógica globalizante e excludente do capital, e pior, na grande maioria das vezes acabam sendo responsabilizados pelo aumento do desemprego e pela violência (Silva, 2001). Assim, é importante uma política clara e firme em relação à garantia de direitos dos imigrantes, caso contrário, corre-se o risco, assim como na Europa, do crescimento de discursos racistas e xenófobos.

Ainda assim, pode-se considerar que, de forma geral, apesar das dificuldades e contradições em relação a uma política de migração, os direitos humanos estão tornando-se cada vez mais presentes na legislação brasileira (Baraldi, Cogo, 2011; CUT et al., 2013).

Assim, alguns direitos, como a Educação e a Saúde acabaram sendo garantidos aos migrantes, por outras legislações, que suplantaram o Estatuto do Estrangeiro.

Em relação à educação, o Brasil é signatário de diversos tratados internacionais que garantem o direito à educação para todos os imigrantes indocumentados. No entanto, a falta de documentação ainda é relatada como um entrave para o ingresso nas instituições de ensino, para mudança de escola ou para a obtenção de certificado de conclusão de curso (Baraldi, Cogo, 2011; Finotelli et al., 2013).

Já no que diz respeito à assistência à saúde, o direito de acesso é garantido pelo artigo 196 da Constituição Federal e reafirmado pela Lei Orgânica da Saúde nº 8080/90 (Brasil, 1990). No entanto, até poucos anos atrás, imigrantes indocumentados tinham receio em procurar serviços de saúde, postura que parece ter se alterado nos últimos anos (Baraldi, Cogo, 2011; Waldman, 2011; Aguiar, Mota, 2014). Especificamente na cidade de São Paulo, observou-se um aumento expressivo de imigrantes documentados ou não, que tem acesso aos serviços de saúde. Apesar de serem de diversas procedências, a comunidade boliviana tem se destacado.

Em 2013, dos 4.904 (2,8%) nascidos vivos filhos de mães estrangeiras, 2.822 (57,2%) eram de mães bolivianas, comparados aos nascidos vivos de mães chinesas: 586 (11,9%), que ocupam a segunda posição. Observa-se, assim, a magnitude da presença boliviana (São Paulo, 2014).

Gaeta (2005), em estudo realizado em 2005, aponta que os bairros do Brás, Pari e Belém tinham, à época, aproximadamente 32.000 bolivianos. As três Unidades de Saúde da Família (USF) dessa região tinham cadastrados, em abril de 2004, um total de 2.396 bolivianos. Este número, em dezembro do mesmo ano, ou seja, oito meses após, teve um aumento de 56,0%, o que aponta para um crescimento muito expressivo destes imigrantes nessa localidade, que ocorreu nesse ano, e se manteve em anos subsequentes, para o Município de São Paulo, como um todo (Gaeta, 2005).

A crescente ocupação de algumas regiões da cidade de São Paulo por bolivianos vem despertando o interesse dos profissionais de saúde, quanto às características peculiares do processo saúde-doença nesse grupo populacional. Na I Amostra de Experiências Exitosas do Município de São Paulo, realizada pela SMS de São Paulo, no ano de 2010, foram apresentados três trabalhos

relacionados a esta população. Moura, Vannuchhi e Luppi (2010) realizaram estudo com 64 bolivianos cadastrados na ESF e rastreamos aspectos relativos ao sofrimento mental nesta população, tendo evidenciado a necessidade de ações integrais e intersetoriais. Pinheiro e Guoghi (2010) relataram experiência de Humanização para aumentar a busca ativa de tuberculose, e concluíram que o vínculo formado com a comunidade boliviana levou à realização dos exames e consequente descoberta de casos. Leite et al. (2010) relataram capacitação de 78 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), da região de São Mateus, em língua espanhola, para facilitar a comunicação com bolivianos. Salienta-se que estes trabalhos foram realizados por profissionais que atuavam nos serviços de Atenção Primária à Saúde.

Outros estudos, tais como o de Waldman (2011), identificou a relação entre os imigrantes bolivianos e o acesso aos serviços de saúde. O estudo foi realizado com 28 mulheres, imigrantes bolivianas residentes na cidade de São Paulo, e levou à confirmação de que 89,3% (25) das entrevistadas já haviam sido assistidas pelo menos uma vez, por algum serviço médico nesta cidade, procurando, na maioria das vezes (76,0%), exclusivamente, serviços públicos. Neste sentido, a autora conclui que a condição de indocumentadas, não se constituiu como obstáculo ao acesso aos serviços de saúde. Sendo assim, afirma ter negado a hipótese inicial do estudo que supunha que a universalidade não impedia que os imigrantes continuassem a ter ressalvas em relação ao acesso aos serviços (Waldman 2011).

Aguiar (2013), em estudo qualitativo, que tratou da relação entre imigrantes coreanos e bolivianos, com profissionais de uma Unidade de Saúde da Família, no bairro do Bom Retiro, identificou particularidades na inserção destes dois grupos de imigrantes no Bairro. A autora aponta a importância dos ACS bolivianos na aproximação entre o serviço e os usuários bolivianos, pois

facilitavam o acesso às oficinas de costura e possibilitavam a ampliação da compreensão do processo saúde doença. Também concluiu que há necessidade de ampliação do conceito de família, e de estratégias que facilitem a comunicação com esses grupos.

Pesquisa realizada com costureiras imigrantes bolivianas identificou que, entre aquelas que utilizaram serviços de saúde, 44,0% tinham críticas relacionadas ao atendimento, à demora para a realização de exames e consultas médicas, além de dificuldades de acesso a médicos especialistas e medicamentos (Barbosa et al., 2013). Não obstante tais dificuldades, há que se levar em consideração que queixas dessa natureza também são comuns entre pacientes brasileiros.

A despeito da universalidade de acesso, um dos princípios do SUS, os imigrantes encontram barreiras para o atendimento, próprias da organização da rede básica de atenção à saúde. Em geral, eles têm longas jornadas de trabalho e o horário de funcionamento dos serviços não se adequa às suas necessidades. Sendo assim, lhes resta somente os domingos para cuidar de sua saúde, o que os leva a frequentar Unidades de Emergência, que realizam atendimento pontual, o que não possibilita o acompanhamento longitudinal do paciente (Gaeta, 2005).

Acresce-se, ainda, a estas, a dificuldade dos profissionais das UBS, em acessar os domicílios dos imigrantes, uma vez que a maioria trabalha e vive no domicílio do proprietário da oficina, que, via de regra, não permite o acesso aos ACS ou a outros funcionários da UBS. Ou, muitas vezes, os próprios imigrantes, em situação de ilegalidade, temem ser identificados como clandestinos, preferindo não receber qualquer pessoa em seu domicílio (Silva, 1997; Gaeta, 2005).

Uma das iniciativas realizadas na região da Mooca, Município de São Paulo, que concentra grande número de imigrantes

bolivianos, e que teve como objetivo melhorar o acesso desta população aos serviços públicos de saúde da região foi a implantação do Projeto *Somos Hermanos*¹⁸. Nele participaram trabalhadores de origem boliviana e brasileira, lotados nas UBS da região, além de membros da Pastoral da Saúde. Uma das justificativas para a implantação do Projeto foi a dificuldade de acesso dos serviços de saúde ao domicílio dos imigrantes, e a presença de problemas de saúde, como tuberculose, DST e problemas de saúde bucal (Gaeta, 2005).

O fenômeno da imigração, no Município de São Paulo, nos últimos dez anos, particularmente de grupos de bolivianos, em busca de melhores condições de trabalho e de vida, tem se concentrado em algumas regiões da cidade, refletindo no aumento dos casos de tuberculose. Dados da SMS informam que, em 2006, foram notificados 162 casos de tuberculose nesse grupo populacional e, em 2010, houve aumento para 257 casos, portanto, representando em cinco anos, um aumento de 63,0% (São Paulo, 2011b).

Conforme citado anteriormente, as condições de vida a que estão submetidos os imigrantes bolivianos, em geral, são bastante precárias. A situação de trabalho, nas oficinas de costura, apresenta-se comprometida: muitas não dispõem de autorização para o funcionamento, a infraestrutura não é adequada, a ventilação é deficiente e sem condições de comportar grande número de trabalhadores em um mesmo espaço físico. Tais condições são propícias para determinar uma série de enfermidades, a exemplo da tuberculose (Gaeta, 2005; Patussi, 2005; São Paulo, 2006; Flausino 2008; Dornelas, 2009; São Paulo, 2011a).

¹⁸ O projeto *Somos Hermanos* foi realizado nas UBS Pari, Brás e Belém, e na Escola Municipal Infante Dom Henrique, nos anos de 2004 e 2005. No final de 2005, devido às mudanças políticas, houve ruptura da rede intersetorial que atuava no projeto. Restaram no projeto somente os ACS, que se reuniam para discutir problemas de saúde e elaborar matérias para o Jornal *Somos Hermanos*, da Pastoral da Saúde. Informações obtidas por correio eletrônico, de Gaeta, em 25 jun. 2013.

Gaeta (2005) atribui a ocorrência de doenças, como tuberculose, às péssimas condições de moradia e trabalho, o que, sem dúvida, poderia explicar o crescente aumento desta enfermidade entre os imigrantes bolivianos. Silva (1997) aponta a tuberculose também como uma das consequências das condições de vida, no entanto, associando-a ao pó que desprende dos tecidos e que é aspirado pelos trabalhadores. O autor faz alusão, inclusive, à ocorrência de tuberculose, em trabalhadores de minas bolivianas, apontando a destruição pulmonar provocada por partículas que desprendem de minerais (Silva 1997).

Levantamento realizado pela Supervisão de Vigilância em Saúde da Região Sudeste do Município de São Paulo aponta que os pacientes com tuberculose, de origem boliviana, chegam às UBS, de modo geral, em estágio avançado da enfermidade, em decorrência dos processos que levam à depleção imunológica, entre os quais, o estresse decorrente da situação de não identidade, de ser estrangeiro, o que se agrava, devido à alimentação inadequada, quando não a desnutrição (São Paulo, s.d.). É necessário lembrar que a desnutrição pode favorecer a ocorrência de intolerância medicamentosa, podendo levar à hepatite medicamentosa, quando os pacientes encontram-se sob tratamento (Warmelink et al., 2011).

O levantamento anteriormente mencionado aponta, ainda, que os casos predominam na faixa etária de 18 a 30 anos, que inclui parte da população economicamente ativa, com importantes consequências na economia familiar. Ademais, aponta a ocorrência de tuberculose, em menores de 15 anos, o que é bastante preocupante (São Paulo, s.d.).

Bataeiro (2009), em estudo realizado na região central do Município de São Paulo, com pessoas que apresentavam tuberculose, identificou, entre a população estudada, 17,0% de imigrantes bolivianos. O autor já apontava dificuldade na obtenção

de dados concretos sobre a incidência da doença na comunidade boliviana da região central, e mencionava a estimativa de incidência de 52 a 72 casos por 100.000 habitantes indocumentados. Em sua amostra de estudo, salientava que um terço do total de pacientes encontrava-se empregada em condições irregulares, em confecções têxteis, o que corrobora as informações sobre as vulnerabilidades em relação ao trabalho desta população.

Estudo realizado por Martinez (2010) em quatro distritos do Município de São Paulo, a saber, Belém, Bom Retiro, Brás e Pari, que analisava a tuberculose em imigrantes bolivianos, no período entre 1998 a 2008, aponta elevação da ocorrência de casos nesse grupo populacional, de 15,0% do total de casos notificados para 53,0%. Este mesmo estudo aponta ainda, queda de 43,0% no número absoluto de casos entre os brasileiros e incremento de 250,0% entre bolivianos. A incidência de tuberculose na área de estudo, em 2008, era 3,5 vezes maior do que a verificada, em média, no Município de São Paulo. A autora conclui afirmando que a tuberculose mostrou-se relevante problema entre os bolivianos, contribuindo para a manutenção de elevada incidência na área de estudo, o que justificaria a implementação de estratégias específicas de intervenção (Martinez, 2010; Martinez et al., 2012).

Estudo realizado por Lemes e Biagolini (2011), que teve como objetivo descrever o perfil epidemiológico dos pacientes que realizaram tratamento de tuberculose em uma UBS da região do Brás, São Paulo, bairro com grande contingente de moradores bolivianos, identificou, entre os 58 pacientes que realizaram tratamento para a tuberculose no ano de 2010, 31 (53,4%) imigrantes, sendo 83,9% (26) bolivianos.

Um aspecto importante, que deve ser aqui levantado, é que a incidência de casos de tuberculose entre os imigrantes bolivianos deve ser analisada com referência à situação epidemiológica da

doença na Bolívia. Conforme anteriormente referido, as TI e taxa de mortalidade por tuberculose na Bolívia se encontram entre as maiores da América Latina. Ademais, o adoecimento pode refletir as condições de vida a que estão expostos tais imigrantes em seu País de origem, agravadas pelo trabalho e a situação de vida no Brasil, especialmente na cidade de São Paulo.

Também é necessário destacar que a situação de indocumentado dos imigrantes bolivianos no Brasil, pode trazer consequências às ações de vigilância e controle da doença. Com medo da deportação, muitos informam erroneamente ou simplesmente não disponibilizam dados a respeito do endereço do domicílio. Isto dificulta a busca ativa de casos de tuberculose entre os comunicantes, a visita domiciliária aos faltosos, bem como o encerramento adequado do tratamento (Gaeta, 2005; São Paulo, 2006; Flausino, 2008,).

Há que se lembrar que, segundo o MS, todos os cidadãos que imigraram ao Brasil, documentados ou não, tem os mesmos direitos de atendimento e tratamento contra a tuberculose, oferecidos aos brasileiros (Brasil, 2009; Contrera, s.d.), o que, em tese, melhoraria o acesso aos serviços de saúde. Entretanto, postula-se que o acesso é apenas um dos elementos a serem verificados quando se estuda a tuberculose neste grupo populacional, na medida em que há que analisar-se a integralidade do processo saúde-doença, o que inclui as condições de vida e de trabalho.

Assim, diante da acentuada relação estabelecida entre tuberculose e imigração, e da constatação do aumento de casos da doença para este grupo populacional na cidade de São Paulo, emerge a seguinte questão: A tuberculose no grupo de bolivianos é relacionada às condições de trabalho e de vida? Como os bolivianos enfrentam o adoecimento?

Sendo assim, este estudo, ao responder tal questão, preenche uma lacuna do conhecimento, além de permitir ampliar a discussão sobre a saúde da população imigrante na cidade de São Paulo.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar o processo saúde-doença de um grupo de imigrantes bolivianos com tuberculose atendidos nas UBS da região da STS-Pe, São Paulo.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar e comparar características demográficas e relativas ao perfil de saúde-doença de bolivianos e não bolivianos, residentes no Município de São Paulo, em uma série correspondente ao período de 2006 a 2013.
- Identificar características relacionadas ao processo saúde-doença, vida e trabalho de um grupo específico de imigrantes bolivianos com tuberculose, atendidos nas UBS da região da STS-Pe.
- Identificar elementos do trabalho que repercutem potencialmente no processo saúde doença.
- Identificar vulnerabilidades e potencialidades de um grupo de imigrantes bolivianos atendidos nas UBS da região da STS-Pe, no enfrentamento do processo saúde-doença.
- Identificar as representações sobre a assistência à saúde: seus limites e aspectos positivos.
- Apontar ações que contribuam para o incremento da qualidade da assistência prestada aos imigrantes.

4 MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de estudo quali-quantitativo de natureza descritiva, com delineamento de pesquisa de campo.

O estudo foi desenvolvido em duas etapas, conforme verificar-se-á adiante. A Etapa 1 teve o objetivo de caracterizar uma série histórica constituída por bolivianos, e não bolivianos, residentes no Município de São Paulo, considerando o período de 2006 a 2013. Esta etapa foi quantitativa. Associado à abordagem qualitativa, o perfil dos pacientes, com tuberculose, obtido a partir de informações quantitativas também foi essencial para compreensão do fenômeno do adoecimento.

A vertente qualitativa valeu-se de depoimentos de imigrantes bolivianos em tratamento para a tuberculose, que foram o substrato para a apreensão das concepções a respeito do processo saúde-doença. A escolha deste tipo de estudo se justifica pois a linguagem expressa a consciência (Marx, Engel, 1984 apud Bertolozzi, 2005). Assim, signos e símbolos constituem as representações sobre a realidade, que permeiam o pensamento e as ações (Bertolozzi, 2005).

Adotou-se o método de abordagem qualitativa porque permite expor o processo saúde-doença em toda a sua complexidade, possibilitando a emergência de elementos que poderiam apresentar-se como subordinados ou ausentes da centralidade do objeto, entre os quais, aqueles referentes à subjetividade, aos fatos e suas interpretações (Bertolozzi, 2005).

Assim, esta investigação foi realizada levando em consideração a ausência de dados sobre o perfil epidemiológico dos imigrantes bolivianos que adoecem por tuberculose, na região do estudo, bem como as raríssimas pesquisas sobre a relação da tuberculose e este grupo populacional em outras regiões da cidade de São Paulo.

Os métodos adotados para a realização do estudo são apresentados a seguir, didaticamente divididos nas Etapas 1 e 2. A Etapa 1 diz respeito aos procedimentos relativos ao levantamento dos dados quantitativos, que teve a finalidade de traçar o perfil epidemiológico dos residentes na STS-Pe que adoeceram por tuberculose, incluindo bolivianos e não bolivianos, bem como estimar a TI da doença. Esta etapa proporcionou um entendimento mais amplo sobre a magnitude epidemiológica da tuberculose no grupo de bolivianos. Entende-se que esta etapa proporciona a base necessária para a compreensão das representações a respeito do processo saúde-doença, realizada na Etapa 2.

A Etapa 2, que se refere aos dados qualitativos, permitiu, a partir dos depoimentos dos doentes com tuberculose e em tratamento nas Unidades da STS-Pe, reconhecer as representações sobre o processo saúde-doença e a assistência prestada a esse grupo populacional, além de identificar as potencialidades e fragilidades no enfrentamento do processo saúde-doença. Permitiu, ainda, identificar a importância das condições de trabalho sobre o adoecimento.

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

Para ambas as Etapas da pesquisa utilizou-se, como cenário do estudo, a região abrangida pela STS-Pe.

Com o objetivo de melhor operacionalizar a gestão dos serviços de saúde do Município, a SMS dividiu a cidade em cinco CRS, a saber, Norte, Sul, Leste, Centro-Oeste e Sudeste. Cada CRS é subdividida em STS, totalizando 26 em todo o Município. A STS-Pe pertence à CRS Sudeste e localiza-se, geograficamente, na região da Subprefeitura da Penha (São Paulo, 2005).

A Subprefeitura da Penha foi criada pela Lei 13.339 de 2002, e abarca quatro Distritos Administrativos (DA): Penha, Cangaíba, Vila Matilde e Artur Alvim. Situa-se na região Leste do Município de São Paulo, em uma área de, aproximadamente, 42,8 km², tendo população estimada, para o ano de 2013, de 474.271 habitantes¹⁹, densidade de 11.846 hab/km², taxa de crescimento de 0,01% ao ano, taxa de analfabetismo de 3,0%²⁰ e, taxa média de desemprego de 9,0%, ressaltando-se que 6,1% dos domicílios da região estão localizados em favelas²¹.

Dada a complexidade do Município de São Paulo, os dados sociodemográficos são, geralmente, disponibilizados a partir dos DA e Subprefeituras, e os indicadores de saúde também são elaborados a partir desta mesma lógica.

A região da STS-Pe possui 40 equipamentos de saúde, sendo 21 UBS²²; 01 Centro de Referência para DST/AIDS; 01 Rede Hora Certa; 05 Unidades de Atendimento à Saúde Mental, sendo 01 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) para usuários de álcool e drogas, 01 CAPS para crianças e adolescentes, 01 CAPS para adultos; 01 Centro de Convivência e Cooperativa (CECCO) e 01 Unidade de Acolhimento de Adulto; 01 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); 01 Núcleo Integrado de Reabilitação; 01

¹⁹ Estimativa preliminar realizada pela Fundação SEADE, tendo como referência o dia 1º de julho <http://www2.prefeitura.sp.gov.br/cgi/deftohtm.exe?secretarias/saude/TABNET/POP/pop.defwww.prefeitura.sp.gov.br>. Acesso em 15 ago. 2014

²⁰ Fonte: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/subprefeituras/subprefeituras/dados_demograficos/index.php?p=12758. Acesso em 10 nov. 2014.

²¹ Fonte: <http://www.nossasaopaulo.org.br/observatorio/regioes.php?regiao=16&distrito=0&tema=2>. Acesso em 10 nov. 2014.

²² Uma das UBS foi inaugurada em setembro/2013, data posterior ao início da coleta de dados do presente estudo.

Figura 2 - Equipamentos de saúde da STS-Pe, por Distritos Administrativos. São Paulo, 2014²³.

Sendo assim, os equipamentos de saúde da STS-Pe devem notificar todos os casos de Doenças de Notificação Compulsória

²⁴ Fonte: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/suvis/index.php?p=7345. Acesso em 10 nov. 2014.

(DNC), incluindo a tuberculose, atendidos pela Supervisão de Vigilância em Saúde da Penha (SUVIS-Pe). A notificação é realizada por meio de fichas padronizadas pelo MS. A SUVIS as recebe e digita os dados, que são repassados ao nível central da SMS, além de orientar as Unidades de Saúde quanto às medidas de controle a serem adotadas.

4.3 SUJEITOS E AMOSTRA DO ESTUDO

Etapas 1

Com o objetivo de identificar o perfil dos pacientes com tuberculose, residentes na região da STS-Pe, utilizou-se o banco de dados disponível no TBWeb, que é um Sistema de Notificação e Acompanhamento dos casos de tuberculose, em uma série histórica de 1º de janeiro de 2006 a 31 de dezembro de 2013. A seleção deste período de tempo prende-se ao fato de que as informações no formato eletrônico, com classificação do local de residência, somente estão disponibilizadas a partir do ano de 2006. Obteve-se, para este espaço de tempo, um total de 2.256 casos²⁵, incluindo-se os casos novos, retratamentos e recidivas, que se constituíram nesse grupo estudado.

Não foi possível precisar, a partir de um primeiro levantamento, entre esses casos, qual era número de notificações referentes à população boliviana, pois o item que identifica pacientes de origem estrangeira foi incluído na Ficha de Notificação de Tuberculose (FNTb), apenas em 2009²⁶, e seu preenchimento não tem sido realizado de forma satisfatória pelas unidades da região. Portanto, constituiu-se como uma fase da Etapa 1, a análise dos nomes de todos os pacientes notificados no período

²⁵ Fonte TBWEB – acesso realizado na SUVIS-Pe, em maio de 2012.

²⁶ Informação obtida com a Responsável pelo TBWeb no PCT do Município de São Paulo, por e-mail em 07 jan. 2015.

Etapa 2

Para a segunda Etapa do estudo foram selecionados pacientes imigrantes bolivianos, que estavam realizando o tratamento para a tuberculose nos serviços de saúde da região da SUVIS-Pe, tendo iniciado o tratamento a partir de outubro de 2012. Vale lembrar que, nesta etapa do estudo, de natureza qualitativa, a profundidade e a diversidade dos depoimentos dos pacientes determinaram a finalização da coleta de dados e, portanto, a amostra do estudo.

Foram critérios para inclusão, nesta etapa do estudo, ser imigrante boliviano (independente do tempo de estadia no Brasil), maior de 18 anos, ter iniciado o tratamento para qualquer tipo de tuberculose no mínimo 30 dias antes da data da entrevista, não ter transtornos mentais que impossibilitassem a comunicação, e não ter coinfeção tuberculose/HIV/AIDS (por julgar-se que há um processo específico de adoecimento e de vivência da enfermidade).

Adicionalmente, foi se agregado às entrevistas realizadas com a população do presente estudo, o depoimento de um profissional do setor do têxtil, responsável pela distribuição de trabalho para algumas oficinas de costura localizadas no DA Cangaíba, região da STS-Pe. Esta entrevista teve como objetivo ampliar a compreensão do processo de trabalho deste grupo de imigrantes.

4.4 COLETA DE DADOS

Etapa 1

Para a notificação dos casos de tuberculose, os serviços de saúde utilizam uma FNTb (Anexo 1). No Estado de São Paulo, os itens constantes desta Ficha são digitados no Sistema TBWeb, que foi utilizado para o levantamento de dados desta etapa do estudo.

O sistema TBWeb foi desenvolvido e implantado pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, em 2004, em parceria com a Companhia de Processamento de Dados do Estado de São Paulo (PRODESP). É um programa que tem como objetivo disponibilizar, através do meio eletrônico, uma ferramenta de consulta, controle e avaliação estatística do tratamento dos pacientes com tuberculose, notificados pelos serviços de saúde. O Sistema permite o acompanhamento e o monitoramento dos retornos, bem como da realização de exames e da finalização do tratamento. Ele instrumentaliza, portanto, as ações de controle da doença, de acordo com o PNCT, e permite aos gestores do Estado, o acompanhamento dos indicadores e a adequação às recomendações do MS (Prodesp, 2011; Brasil, 2013a;).

Diferentemente do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), o TBWeb é um Programa de âmbito Estadual, que permite o acesso *on line* a todos os serviços de saúde cadastrados no Programa. Seu acesso só é permitido a profissionais que disponham de senha fornecida pela Secretaria Estadual de Saúde (Prodesp, 2011; Brasil, 2013a).

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da SMS de São Paulo, solicitou-se o fornecimento do banco de dados dos casos residentes na STS-Pe, acessado a

partir do TBWeb. Este banco contém, portanto, todas as variáveis da FNTb, além dos dados referentes ao acompanhamento do paciente.

Para a identificação dos casos de tuberculose entre os bolivianos, procedeu-se à checagem de todos os nomes que compunham o banco de dados, incluindo-se aqueles que já estavam identificados como procedentes da Bolívia. Para tanto, foi feita análise individual de cada nome constante no banco de dados, com o objetivo de identificar sobrenomes típicos de etnias indígenas bolivianas (Univision s.d.; Apellidos s.d.). É necessário destacar que, tendo como base este critério, o Programa de Controle da Tuberculose (PCT) do Município de São Paulo tem realizado levantamentos em relação à população boliviana acometida por tuberculose na Cidade. Martinez (2010) também utilizou este tipo de identificação, em trabalho realizado na região central de São Paulo.

Os casos que suscitavam dúvida quando à nacionalidade, foram posteriormente checados por um profissional, do PCT do Município de São Paulo, responsável pelo TBWeb. Os casos confirmados como de bolivianos, mas que não estavam identificados foram corrigidos diretamente no TBWeb.

Uma vez realizados os devidos ajustes, o banco de dados permitiu a captação de variáveis referentes à: caracterização sócio demográfica, tais como, sexo, idade, escolaridade, raça/cor, ocupação profissional, número de contatos domiciliares e DA de residência; características clínico-epidemiológicas: tipo de caso, tipo de descoberta e de tratamento, drogas utilizadas no tratamento, forma clínica, tipo de descoberta, tempo decorrido para o início do tratamento, exames realizados para o diagnóstico, doenças associadas e tipo de encerramento do caso.

Etapas 2

A coleta de dados incluiu a entrevista de pacientes de origem boliviana, que estavam em tratamento para a tuberculose nas UBS da região da STS-Pe.

Para tanto, após a aprovação do projeto de pesquisa pelo CEP da SMS e da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), foram realizados contatos permanentes com a SUVIS-Pe, de forma a identificar estes pacientes, o mais brevemente possível, a partir da notificação do caso. De posse das informações constantes nas fichas de notificação destes pacientes, foram agendadas nas entrevistas nas UBS onde os pacientes realizavam o tratamento.

A opção pela realização da entrevista na UBS levou em consideração que, em muitos casos, como pode posteriormente ser comprovado, os pacientes com tuberculose não desejam revelar o diagnóstico no domicílio e/ou local de trabalho. Além disso, certas características correntes relacionadas à forma como se realiza o trabalho e a vida de tais pacientes apontam para ambientes que, supostamente, não permitiriam a privacidade necessária para entrevista, se esta fosse realizada no domicílio. Estudo realizado por Madi, Cassanti e Silveira (2009), que entrevistou gestantes bolivianas, frequentadoras de uma UBS da região central de São Paulo, apontou que as entrevistas realizadas no ambiente da UBS foram mais prolongadas e ricas em informação; já as realizadas no domicílio foram conturbadas, com a presença de animais domésticos, outros moradores e condições precárias do ambiente físico. Então, apesar de considerar-se que poderia haver certa interferência, devido ao fato da entrevista ser realizada no espaço institucional, avaliou-se que, mesmo assim, esta era a melhor opção para a coleta de dados.

As entrevistas foram realizadas do mês de março de 2013 a fevereiro de 2014. Ressalta-se que a amostra do estudo não foi definida *a priori*, sendo o número de entrevistados baseado na compreensão de que, na pesquisa qualitativa, o critério de representatividade não é numérico. Conforme Minayo (2014), a amostra mais adequada, para este tipo de pesquisa, é aquela que permite representar a totalidade em seus variados aspectos. Assim, o que determinou o número de sujeitos entrevistados foi a reincidência e a profundidade dos depoimentos, o que permitiu a leitura hermenêutica e interpretação, sendo que este período coincidiu a 12 meses de coleta de dados.

4.5 INSTRUMENTO PARA A COLETA DE DADOS

Etapas 1

Para a realização da primeira Etapa do estudo não foram utilizados instrumentos específicos, uma vez que o Sistema TBWeb gera planilha em formato Excel, que permite a sistematização das variáveis elencadas para o presente estudo.

Etapas 2

Para a coleta de dados da segunda Etapa deste estudo foi utilizado um instrumento composto por duas partes (Apêndice A – português e Apêndice B - espanhol). A primeira parte permitiu a captura das informações referentes à identificação do paciente, e foi preenchida a partir dos dados constantes na FNTb, tendo estas sido checadas no momento da entrevista e, posteriormente, complementadas com informações sobre o tratamento, tais como, o número total de Cestas Básicas fornecidas, tipo e data do desfecho do tratamento, acessadas na SUVIS-Pe. A segunda parte do instrumento contém as perguntas orientadoras da entrevista, sendo

que os depoimentos resultantes desta segunda parte do instrumento foram gravados e transcritos.

4.6 PRESSUPOSTOS ÉTICOS

Etapas 1

No que se refere à primeira Etapa, o projeto de pesquisa foi submetido ao CEP da SMS de São Paulo, tendo sido aprovado sob número 67982 (Anexo 2) e pelo CEP da EEUSP, sob número 74369 (Anexo 3).

Como o estudo remonta a casos notificados a partir de 2006, não seria possível a localização dos pacientes, para assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo assim, foi solicitada autorização à supervisora da SUVIS-Pe para a realização da pesquisa (Apêndice C), seguindo-se, para tanto, as recomendações contidas na Resolução 466/2012.

Um resumo dos resultados do estudo foi enviado à Supervisora da SUVIS-Pe, de forma que o conhecimento gerado possa contribuir para o aprimoramento do Programa de Tuberculose na região.

Etapas 2

Em relação à segunda Etapa, o projeto de pesquisa foi submetido ao CEP da SMS de São Paulo e da EEUSP, tendo sido aprovado sob número 68397 (Anexo 4) e 74381 (Anexo 5), respectivamente.

Antes de dar início às entrevistas, foi oferecida a possibilidade dos pacientes optarem para que fosse realizada utilizando-se o idioma português ou espanhol. O TCLE foi oferecido segundo a opção realizada (português: Apêndice D ou espanhol: Apêndice E).

Dez (10), entre 22 pacientes, optaram pelo idioma espanhol. As entrevistas foram sempre realizadas em local da unidade de saúde que conservasse ao máximo a privacidade dos pacientes. Foram obedecidas todas as recomendações contidas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Um resumo dos resultados obtidos foi enviado aos gerentes das UBS, onde se realizou a pesquisa, e solicitou-se que fosse afixado no mural da Unidade, de forma que os entrevistados pudessem ter acesso, sem serem identificados como participantes do estudo. Esta informação foi fornecida ao paciente no momento da leitura do TCLE.

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

Etapas 1

Os dados provenientes do sistema TBWeb geraram uma planilha no Sistema Excell, a partir da qual foi feita a tabulação e análise dos dados.

Para a análise dos dados empregou-se o pacote Estatístico R, que utilizou para a análise das variáveis o Teste de Wilconxon-Mann-Whitney, o Teste exato de Fisher e Teste Qui-quadrado de Pearson.

Para todos os testes aplicados, os resultados foram considerados significativos quando o valor de p foi menor que 0,05.

Etapas 2

Em relação à segunda Etapa do estudo, utilizou-se como referencial teórico-metodológico, para a análise dos depoimentos, a Hermenêutica-Dialética, que se constitui, conforme estabelece Minayo (2002, 2014), como um “caminho do pensamento”, que

associa a reflexão à práxis. A Hermenêutica consiste na explicação e interpretação de um pensamento, e permite a compreensão simbólica do objeto de investigação. Ela parte das condições cotidianas da vida e ajuda a esclarecer as estruturas que a determinam. Busca entender porquê o sujeito pesquisado valoriza normas, e atribui ações ou responsabilidades aos atores sociais. (Minayo, 2002).

A Dialética coloca o pesquisador na perspectiva do trabalho crítico, focalizado para a ação que transforma. Captura o sujeito e o objeto na história, na totalidade das relações sociais da produção e reprodução social, que são dinâmicas. Assim, as pessoas não se restringem à posição de objeto de estudo, mas são identificadas como sujeitos de relações (Minayo, 2002).

A Hermenêutica-Dialética busca a compreensão sobre como os eventos ocorrem a partir dos modos subjetivos de viver. Ela possibilita o entendimento da realidade que é manifesta na enunciação, que pode apresentar-se como um texto, um depoimento, dentre outras formas (Minayo 2002).

A articulação entre a Hermenêutica e a Dialética possibilita: a compreensão da consciência e das atitudes dos indivíduos e dos grupos em relação ao contexto social; a compreensão das transformações históricas do sujeito na dialética indivíduo-território-sociedade; a compreensão das ações e dos significados que os sujeitos atribuem aos fatos e ao próprio comportamento; a compreensão de que a liberdade e a necessidade se condicionam no processo histórico (Minayo 2002).

Enfatizando-se, uma vez mais, que a saúde-doença é um processo social, o objeto do presente estudo está fundamentado nas bases da Teoria da Determinação Social da Saúde-Doença. A saúde-doença, como processo humano e existencial é compartilhada por todos os segmentos sociais. Mas, a vida e o

trabalho, o *locus* social, qualificam de forma específica a maneira pela qual os grupos sociais pensam, agem e sentem a saúde-doença (Bertolozzi, 2005).

Para todos os grupos sociais, resguardando-se suas particularidades de inserção social, assim como as peculiaridades biológicas e genóticas, a saúde-doença se constitui como complexa interação entre processos físicos, afetivos, sociais, políticos, econômicos e territoriais, dentre outros, que estruturam a condição humana. Isto determina a forma como os grupos sociais experimentam e atribuem significados à saúde-doença, os quais refletem valores, atitudes, crenças e comportamentos (Bertolozzi, 2005).

A Determinação Social da Saúde-Doença coloca a saúde e a doença como momentos de um mesmo processo, determinado pela forma como se organizam as sociedades em termos da produção e reprodução social. Os indivíduos integram o processo social e sofrem as múltiplas intermediações que emanam das relações sociais constituídas nos processos de produção e reprodução social. Isto configura uma série de outros processos que incidirão no ser humano, de forma tal a configurar potencialidades e desgastes, que se manifestam na saúde-doença (Breilh, 1995).

É indubitável que a vida encontra-se em constante transformação, e é um processo essencialmente coletivo. A realidade é conformada por processos que se interrelacionam e que tem uma hierarquia, podendo ser denominados como gerais, particulares e singulares. Os processos gerais, que incorporam os demais, incluem a estrutura da sociedade: o modo de produção e a superestrutura jurídico-político-ideológica; os processos particulares incluem a especificidade da forma como vivem os grupos sociais, em decorrência do espaço social ocupado e, também, incluem os perfis epidemiológicos, específicos segundo os grupos sociais; e os

processos singulares incluem as potencialidades de enfrentamento e de desgaste, sintetizados na vivência específica da saúde-doença pelos indivíduos (Breilh, 1995).

Dessa forma, a saúde e a doença são polos em contradição de um mesmo processo, que se constitui como uma parte da totalidade maior que é a vida (Breilh, 1995).

A opção pela pesquisa qualitativa, para elucidar os significados atribuídos pelos pacientes, determinou que a apreensão do material empírico fosse realizada a partir de entrevistas com eles. A escolha do discurso está pautada na premissa de que a linguagem expressa a consciência, conforme anteriormente apontado (Marx, Engel, 1984 apud Bertolozzi, 2005).

As representações sociais estão “coladas ao real”, segundo ensina Marx, portanto, o estudo constitui-se em um dado da realidade, e informa a base material e simbólica do segmento social analisado. A palavra representa o pensamento. Assim, a fala revela condições estruturais, sistemas de valores, normas e símbolos e pode transmitir as representações das pessoas, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas (Boerdieu, 1972 apud Bertolozzi, 2005).

Segundo Lane (1985), a linguagem é o ponto de partida para se compreender as representações, pois é através dela que as representações são construídas e comunicadas.

Segundo Minayo (2014), baseada no filósofo francês Michel Pêcheux, que fundou a Escola Francesa de Análise do Discurso, o quadro epistemológico que possibilita trabalhar a linguagem, articula três regiões do conhecimento: o Materialismo Histórico (como teoria das formações sociais e suas transformações, além da ideologia), a Linguística (como teoria dos mecanismos sintáticos e dos processos de enunciação) e a Teoria do Discurso (como teoria da

determinação histórica dos processos semânticos). Essas regiões são perpassadas por uma Teoria da Subjetividade, que explica a formação dos significados que os indivíduos atribuem aos fatos e aos processos.

O procedimento para a sistematização e análise das entrevistas, desta segunda Etapa do estudo, teve como base, a fundamentação teórica anteriormente explicitada, fundamentando-se nos ensinamentos de Fiorin (1989, 1990). Assim, utilizou-se uma técnica da análise de discurso para compreender como se dá o processo saúde-doença no grupo estudado de bolivianos. Esta técnica está baseada na Teoria de Greimás e constitui a Teoria do Percurso Gerativo de Sentido (Fiorin, 1989; Fiorin, Savioli, 1991), tendo sido adequada por Bertolozzi (1998).

Fiorin (1990) afirma que a visão de mundo que o indivíduo apresenta está vinculada à linguagem. Assim, o discurso expressa a vida real, o pensamento, as atitudes e ações. Para o autor, a ideologia que integra a realidade é expressa pela linguagem, e corresponde ao conjunto de ideias e representações, que servem para justificar e explicar a ordem social, as condições de vida e as relações interpessoais.

Ainda segundo Fiorin (1990), o discurso tem uma estrutura, que é composta por um conjunto de figuras e de temas que materializam uma dada visão de mundo. Assim, a análise do texto proveniente do discurso, requer a identificação de figuras que formam uma trama, e seu encadeamento é chamado de percurso figurativo. O sentido desse conjunto de figuras é concretizado por um tema. Portanto, ao identificar o percurso narrativo, identifica-se o tema do discurso e depreendem-se as frases temáticas (Fiorin, 1989; Fiorin, Savioli, 1991; Car, Bertolozzi, 1999).

Diante do exposto, a análise do material empírico do presente estudo foi realizada buscando-se as figuras (elementos concretos) e os temas (elementos abstratos), presentes nos depoimentos. Segundo Fiorin e Savioli (1991), as figuras são:

palavras ou expressões que correspondem a algo existente no mundo natural: substantivos concretos, verbos que indicam atividades físicas, adjetivos que expressam qualidades físicas [...]. Os temas são palavras ou expressões que não correspondem a algo existente no mundo natural, mas a elementos que organizam, categorizam, ordenam a realidade percebida pelos sentidos.

O tema dá sentido às figuras e expressa os significados das ações contidas no discurso.

Portanto, utilizou-se esta técnica proposta por Fiorin (1989, 1990) e, tendo como base a Hermenêutica-Dialética, buscou-se conhecer e interpretar as concepções dos entrevistados sobre o processo de adoecimento por tuberculose.

As várias leituras de cada depoimento permitiram apreender os temas e as figuras subjacentes ao discurso. Os depoimentos dos entrevistados foram decodificados e sintetizados em frases temáticas (Apêndice F).

Cada sujeito da pesquisa recebeu uma letra maiúscula do alfabeto, seguida de um número de ordem, que se refere à frase temática correspondente, de forma a possibilitar a sua visualização no conjunto de frases. Na descrição dos resultados e discussão, segue-se o padrão: os números são separados por vírgula, quando as frases temáticas pertencem ao mesmo sujeito, e as letras, por ponto e vírgula. Exemplo: A1,12; H8 - frases temáticas 1 e 12 do entrevistado denominado como A e a frase temática 8 do entrevistado H. Ressalta-se, ainda, que para duas entrevistas, foram utilizados símbolos (& e §), e não letras do alfabeto, pois são depoimentos complementares ao estudo.

Ressalta-se que os excertos de depoimentos que ilustravam frases temáticas e se encontravam na língua espanhola foram mantidos como tal, não se procedendo à tradução, e são apresentadas em formato itálico. Também é necessário esclarecer que não foram utilizadas todas as frases temáticas, mas aquelas que mais se relacionavam ao objeto do estudo.

5 RESULTADOS

Etapa 1

5.1 O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS RESIDENTES

Conforme exposto anteriormente, esta etapa da pesquisa teve como objetivo identificar e comparar as características demográficas e relativas ao perfil da tuberculose de bolivianos e não bolivianos residentes na região da STS-Pe, em uma série histórica correspondente ao período de 2006 a 2013. Optou-se por realizar a comparação entre o perfil deste grupo populacional com o dos outros residentes na região da STS-Pe, de forma a apreender características peculiares do adoecimento, para o grupo de interesse deste estudo.

O banco com os casos de tuberculose de todas as formas, dos residentes na região da STS-Pe, de 2006 a 2013, conta com 2.256 indivíduos, destes, 225 bolivianos e 2031 não bolivianos²⁷, apresentados na Tabela 1.

²⁷ Optou-se pelo termo não boliviano para referir-se ao grupo não identificado como imigrante boliviano, ao invés de se adotar o termo “Brasileiro”. Apesar da FNTb permitir identificar a origem do paciente, este campo não é preenchido adequadamente, e só foi instituído em 2008. Levando-se em consideração que a presença de imigrantes de outra nacionalidade na região é bastante reduzida, acredita-se não haver interferência nos resultados, ao analisá-los conjuntamente aos casos de brasileiros.

Tabela 1 – Casos de tuberculose de todos os tipos entre os bolivianos e não bolivianos, segundo ano de notificação. Residentes na região da STS-Pe. São Paulo, 2006 a 2013.

Ano	Bolivianos		Não Bolivianos		Total
	n	%	n	%	
2006	13	5,8	270	13,3	283
2007	10	4,4	281	13,9	291
2008	27	12,0	267	13,1	294
2009	27	12,0	238	11,7	265
2010	28	12,4	283	14,0	311
2011	49	21,9	234	11,5	283
2012	37	16,4	232	11,4	269
2013	34	15,1	226	11,1	260
Total	225	100,0	2031	100,0	2256

Fonte: TBWeb - Dados outubro/2014.

Como inexistente Censo dos imigrantes, no município de São Paulo, não é possível identificar quantos bolivianos residem na região da STS-Pe, não permitindo, portanto, calcular a TI da tuberculose para este grupo específico. Indiretamente, pode-se estimar o impacto deste grupo na incidência da doença na região, quando são excluídos os imigrantes de origem boliviana do cálculo. Assim, o Quadro 1 aponta, no período de oito anos, um aumento de 5,1 casos/100.000 habitantes, em média, na TI da região, quando são acrescentados os casos ocorridos entre os bolivianos. Destaca-se o ano de 2011, em que a presença dos casos de tuberculose entre bolivianos, aumentou a TI da região em 9,3 casos/100.000 habitantes.

Quadro 1 - Casos novos e Taxa de Incidência (TI) ⁽¹⁾ de tuberculose de todas as formas, total e excluindo-se bolivianos, e diferença da TI. Residentes na região da STS-Pe. São Paulo, 2006 a 2013.

Ano	Total Casos Novos	TI Total	Casos novos Bolivianos	Casos novos Não Bolivianos	TI Não Bolivianos	Diferença TI (2)
2006	231	48,5	8	223	46,8	1,7
2007	241	50,6	8	233	49,0	1,6
2008	254	53,4	24	230	48,4	5,0
2009	226	47,6	23	203	42,8	4,8
2010	269	56,7	27	242	51,0	5,7
2011	233	49,1	44	189	39,8	9,3
2012	232	48,9	33	199	41,9	7,0
2013	206	43,4	28	178	37,5	5,9
Média	237	49,8	24	212	44,7	5,1

⁽¹⁾ TI = Taxa de Incidência/100.000 habitantes, utilizando-se a população do Município de São Paulo, segundo Distrito Administrativo, Subprefeitura, Supervisão Técnica de Saúde ou Coordenadoria regional de Saúde.

Fonte SEADE, acesso pelo site Secretaria Municipal da Saúde/Prefeitura/<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/tabnet/index.php?p=30417>

⁽²⁾ Diferença TI = Diferença entre TI Total e TI Não Bolivianos

A série histórica, apresentada na Figura 3, que apresenta a TI de tuberculose, incluindo os imigrantes bolivianos, comparada com as taxas que excluem os imigrantes bolivianos, permite visualizar que, apesar de uma tendência ao decréscimo, para ambos os grupos, os bolivianos tem uma acentuada importância na manutenção da doença na região.

Figura 3 - Taxa de Incidência (TI) ⁽¹⁾ de tuberculose (todas as formas), total e excluindo-se bolivianos. Residentes na região da STS-Pe. São Paulo, 2006 a 2013.

⁽¹⁾ TI = Taxa de Incidência/100.000 habitantes, utilizando-se a população do Município de São Paulo, segundo Distrito Administrativo, Subprefeitura, Supervisão Técnica de Saúde ou Coordenadoria regional de Saúde.

Fonte SEADE, acesso pelo site Secretaria Municipal da

Saúde/Prefeitura/<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/tabnet/index.php?p=30417>

Seguindo o mesmo raciocínio, pode-se estimar o impacto da incidência da doença entre a comunidade boliviana, segundo DA de residência, calculando a TI por DA com e sem os doentes de origem boliviana, conforme apresenta-se no Quadro 2.

Quadro 2 – Taxa de Incidência (TI)⁽¹⁾ de tuberculose (todas as formas), todos os casos e excluindo-se bolivianos, diferença e média do TI⁽²⁾ no período, segundo ano e Distrito Administrativo (DA) de residência da STS-Penha. São Paulo, 2006-2013.

DA/Ano	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Média Período
Artur Alvim									
TI Total	52,7	70,8	47,8	50,1	60,8	48,7	42,2	52,1	53,1
TI excluídos Bolivianos	52,7	68,9	45,9	49,1	58,9	47,7	37,4	49,2	51,2
Diferença TI	0,0	1,9	1,9	1,0	1,9	1,0	4,8	2,9	1,9
Cangaíba									
TI Total	52,4	51,1	65,0	57,8	71,0	60,7	65,0	58,4	60,2
TI excluídos Bolivianos	51,0	48,9	59,2	47,6	58,6	41,0	53,3	48,2	51,0
Diferença TI	1,4	2,2	5,8	10,2	12,4	19,7	11,7	10,2	9,2
Penha									
TI Total	42,7	44,9	49,5	43,9	46,2	38,3	41,3	33,5	42,5
TI excluídos Bolivianos	39,5	42,6	39,3	38,4	39,9	30,5	35,9	25,7	36,5
Diferença TI	3,2	2,3	10,2	5,5	6,3	7,8	5,4	7,8	6,0
Vila Matilde									
TI Total	46,0	36,4	48,7	36,3	46,7	47,6	43,8	27,6	41,6
TI excluídos Bolivianos	44,1	36,4	47,8	35,3	46,7	41,9	39,0	26,6	39,7
Diferença TI	1,9	0,0	0,9	1,0	0,0	5,7	4,8	1,0	1,9

⁽¹⁾ TI = Taxa de Incidência/100.000 habitantes, utilizando-se a população do Município de São Paulo, segundo Distrito Administrativo, Subprefeitura, Supervisão Técnica de Saúde ou Coordenadoria regional de Saúde.

Fonte SEADE, acesso pelo site Secretaria Municipal da Saúde/Prefeitura/<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/tabnet/index.php?p=30417>

⁽²⁾ Taxa de Incidência e Diferença média do período de 2006 a 2008

Os DA Cangaíba e Penha são os que apresentaram maior diferença em relação à TI, ao se excluir os casos de tuberculose entre os imigrantes bolivianos, fato que pode ser justificado pela observação empírica, da existência de maior número de oficinas de costura, nestas regiões, e portanto maior presença de bolivianos. O número total de casos entre bolivianos, neste período de oito anos, para estes dois DA, foi de 190 (84,4%). Salienta-se, também que, para o ano de 2011, o DA Cangaíba teve um acréscimo na TI de 19,7 casos/100.000 habitantes, quando se computam os casos ocorridos em bolivianos. Ainda pode-se observar que somente no DA Artur Alvim, no ano de 2006 e no DA Vila Matilde, no ano de

2007 e 2010, não houve registro de casos de tuberculose entre bolivianos.

Os dados apresentados na figura 4 permitem a visualização da TI nos 04 Distritos da região, destacando-se as diferenças entre as taxas, especialmente para o DA Penha e Cangaíba, e para o DA Vila Matilde, que apresentou acréscimo entre os anos de 2011 e 2012.

Figura 4 – Taxa de Incidência de tuberculose⁽¹⁾ todas as formas, todos os casos e excluindo-se bolivianos, segundo DA de residência. Residentes na região da STS-Pe. São Paulo, 2006 a 2013.

⁽¹⁾ TI = Taxa de Incidência/100.000 habitantes, utilizando-se a população do Município de São Paulo, segundo Distrito Administrativo, Subprefeitura, Supervisão Técnica de Saúde ou Coordenadoria regional de Saúde.

Fonte SEADE, acesso pelo site Secretaria Municipal da Saúde/Prefeitura/<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/tabnet/index.php?p=30417>

A distribuição geográfica dos casos de tuberculose de todos os tipos, do período de 2006 a 2013, na região da STS-Pe, mostra que, apesar de haver maior concentração de casos no DA Cangaíba e Penha, estes não se distribuem uniformemente nestas duas

regiões. Há uma extensa área no DA Cangaíba, onde não ocorreram casos de tuberculose. A distribuição geográfica permite visualizar áreas de concentração dos casos que, a princípio, não podem ser compreendidas, sendo necessário verificar, focalizadamente, como se distribui a comunidade boliviana na região, para que se possa estabelecer relações a respeito.

Figura 5 - Distribuição dos casos de Tuberculose⁽¹⁾ entre residentes bolivianos da região da STS-Pe. São Paulo, 2006 a 2013.

Fonte: CEInfo da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

⁽¹⁾ Cada ponto representa um caso

Tendo em vista a influência dos imigrantes bolivianos no aumento da taxa de incidência por tuberculose na região, bem como a necessidade de identificar se as características pessoais, de trabalho, de adoecimento e tratamento, deste grupo, apresentam peculiaridades em relação ao restante dos casos, conforme já exposto anteriormente, optou-se por apresentar os dados, de forma a comparar o grupo de imigrantes de origem boliviana com os casos em geral, também residentes na região, aqui referidos como *não bolivianos*.

A Tabela 2 refere-se somente aos casos novos de tuberculose, que perfaz um total de 1892 casos entre os 2256 residentes. Em relação às características pessoais, observa-se maior presença do sexo masculino para os dois grupos (1201: 63,5%). No entanto, observa-se percentual maior do sexo feminino entre os casos ocorridos em bolivianos. Em relação à faixa etária, observa-se uma diferença significativa ($p < 0,001$), os casos entre bolivianos situaram-se predominantemente entre 20 a 39 anos: 170 (87,2%) casos, sendo que, para esta mesma faixa etária, verificou-se 708 (41,7%) casos entre os não bolivianos, proporcionalmente menos que a metade dos casos entre bolivianos.

A escolaridade informada assemelha-se em ambos os grupos, concentrando-se entre 4 a 11 anos de estudo, 111 (77,6%) para bolivianos e 828 (75,8%) para não bolivianos. Salienta-se a ausência de informação para 26,7% (52) dos bolivianos e 35,7% (605) dos não bolivianos.

Em relação ao quesito raça/cor, observa-se que, apesar do predomínio da raça branca para ambos os grupos, destaca-se o alto percentual de pardos (40: 28,8%) e indígenas (34: 24,5%), entre os bolivianos, apresentando-se significativamente maior que entre os não bolivianos ($p < 0,001$). Também se destaca o elevado percentual de não preenchimento deste item para ambos os grupos (bolivianos: 28,7% e não bolivianos: 41,7%).

Em relação à ocupação, houve diferença significativa ($p < 0,001$) entre os grupos estudados, ressaltando-se a predominância dos costureiros entre os bolivianos (119: 86,3%), diferentemente dos não bolivianos (14: 1,3%). Destaca-se, também, o baixo número de desempregados e de donas de casa entre os bolivianos, quando comparado ao grupo dos não bolivianos. Também se considera elevado o percentual dos casos em que não

houve informação em relação à ocupação: 57 (29,2%) entre os bolivianos e 653 (38,5%) entre os não bolivianos.

O DA Cangaíba aparece como local de concentração dos doentes com tuberculose, para bolivianos (101: 51,8%) e não bolivianos (558: 32,9%). Já o DA Penha concentra um maior número de casos entre os bolivianos (31,8%), do que entre os não entre os não bolivianos (21,9%), sendo significativas as diferenças entre os distritos ($p < 0,001$). Ressalta-se que o DA Vila Matilde em ambos os casos é o que apresenta menor concentração de casos.

Tabela 2 - Distribuição dos casos **novos** de tuberculose de todas as formas, entre bolivianos e não bolivianos, segundo características pessoais e de trabalho. Residentes na região da STS-Pe. São Paulo, 2006 a 2013.

Características	Bolivianos n=195		Não Bolivianos n = 1697		Total n= 1892		Valor de p
	n	%	n	%	n	%	
Sexo							
Masculino	115	59,0	1086	64,0	1201	63,5	0,168 ⁽¹⁾
Feminino	80	41,0	611	36,0	691	36,5	
Faixa Etária							
< 10 anos	1	0,5	22	1,3	23	1,2	<0,001 ⁽¹⁾
10 a 19	16	8,2	132	7,8	148	7,8	
20 a 29	151	77,5	348	20,5	498	26,5	
30 a 39	19	9,7	360	21,2	379	20,0	
40 a 49	5	2,6	373	22,0	378	20,0	
50 a 59	2	1,0	243	14,3	245	12,9	
60 e mais	1	0,5	219	12,9	220	11,6	
Escolaridade⁽³⁾							
Nenhuma	1	0,7	38	3,5	39	3,2	0,136 ⁽²⁾
1 a 3	7	4,9	61	5,6	68	5,5	
4 a 7	42	29,4	367	33,6	409	33,1	
8 a 11	69	48,2	461	42,2	530	42,9	
12 a 14	22	15,4	125	11,4	147	11,9	
15 e mais	2	1,4	40	3,7	42	3,4	
Raça/cor⁽⁴⁾							
Branca	56	40,2	576	58,2	632	56,0	<0,001 ⁽¹⁾
Parda	40	28,8	280	28,3	320	28,3	
Preta	-	-	117	11,8	117	10,4	
Amarela	9	6,5	13	1,3	22	1,9	
Indígena	34	24,5	04	0,4	38	3,4	
Ocupação⁽⁵⁾							
Costureiro	119	86,3	14	1,3	133	11,3	<0,001 ⁽¹⁾
Desempregado	5	3,6	186	17,8	191	16,1	
Dona de Casa	4	2,9	148	14,2	152	12,9	
Estudante	4	2,9	51	4,9	55	4,7	
Cozinheiro	2	1,4	7	0,7	9	0,8	
Comerciante	1	0,7	59	5,7	60	5,1	
Outros	3	2,2	579	55,4	582	49,1	
DA Residência							
Artur Alvim	16	8,2	434	25,6	450	23,8	<0,001 ⁽¹⁾
Cangaíba	101	51,8	558	32,9	659	34,9	
Penha	62	31,8	372	21,9	434	22,9	
Vila Matilde	16	8,2	333	19,6	349	18,4	

⁽¹⁾ Teste Estatístico utilizado Qui-quadrado

⁽²⁾ Teste Exato de Fisher

⁽³⁾ Não há informação sobre escolaridade para 52 bolivianos e para 605 não bolivianos

⁽⁴⁾ Não há informação sobre raça/cor para 56 bolivianos e para 707 não bolivianos

⁽⁵⁾ Não há informação quando à ocupação para 57 bolivianos e para 653 não bolivianos

Em relação ao perfil do adoecimento, apresentado na Tabela 3 optou-se por analisar o total dos 2.256 casos residentes da região da STS-Pe (225 bolivianos e 2031 não bolivianos), uma vez que cada tratamento apresenta características peculiares que merecem ser analisadas.

Dos casos de tuberculose entre os bolivianos 30 (13,3%) foram de recidiva ou retratamento pós-abandono ou falência, sendo 334 (16,5%) para os não bolivianos, representando 364 (16,2%) do total dos casos. Não houve diferença significativa entre os grupos ($p=0,200$).

A doença na forma extrapulmonar, associada ou não à doença pulmonar, foi diagnosticada para 529 (23,4%) pacientes, sendo 31 (13,8%) entre os bolivianos e 498 (24,5%) entre os não bolivianos, mostrando diferença significativamente entre os grupos ($p=0,030$).

O tipo de descoberta dos casos foi significativamente diferente para os dois grupos ($p<0,001$). Ressalta-se que as Unidades de Urgência/Emergência e a Internação foram os locais onde ocorreu a descoberta da tuberculose para 92 (41,5%) e 962 (48,3%), bolivianos e não bolivianos, respectivamente, mostrando sua importância para o diagnóstico dos casos de tuberculose.

Observa-se que 75,6% (170) das notificações dos casos de tuberculose entre os imigrantes bolivianos foram realizadas pelos serviços da própria da região da STS-Pe, sendo a diferença significativa ($p<0,001$) quando comparada ao grupo dos não bolivianos, cuja maior parte dos casos foi notificada por serviços de saúde de outras regiões (1067: 52,4%).

Em relação à unidade onde ocorreu o tratamento, 81,8% (180) dos pacientes de origem boliviana realizaram tratamento em Unidades da região da Penha, sendo significativamente maior do que em relação aos casos entre os não bolivianos (1086: 54,3%).

Tabela 3 - Distribuição dos casos de tuberculose de **todas as formas e tipos**, entre bolivianos e não bolivianos, segundo características do adoecimento e descoberta da doença. Residentes na região da STS-Pe. São Paulo, 2006 a 2013.

Características	Bolivianos		Não Bolivianos		Total		Valor de p
	n=225		n = 2031		n= 2256		
	n	%	n	%	n	%	
Tipo Caso							
Novo	195	86,7	1697	83,5	1892	83,8	0,200 ⁽¹⁾
Recidiva	14	6,2	146	7,2	160	7,1	
Retratamento Pós Abandono	13	5,8	174	8,6	187	8,3	
Retratamento pós Falência	3	1,3	14	0,7	17	0,8	
Forma							
Pulmonar	194	86,2	1530	75,5	1724	76,5	0,030 ⁽¹⁾
Extrapulmonar	26	11,6	399	19,7	425	18,8	
Pulmonar e Extrapulmonar e Disseminada	5	2,2	88	4,3	93	4,1	
	-	-	11	0,5	11	0,6	
Tipo de descoberta⁽³⁾							
UBS/Ambulatório	117	52,6	927	46,5	1044	47,0	< 0,001 ⁽²⁾
Urgência/Emergência	81	36,5	624	31,3	705	31,8	
Internação	11	5,0	338	17,0	349	15,8	
Busca Ativa	8	3,6	31	1,6	39	1,8	
Investigação	5	2,3	23	1,1			
Contatos					28	1,3	
Descoberta Pós-óbito	-	-	50	2,5	50	2,3	
Tipo e localização Unidade de Notificante							
Região da STS-Pe							
UBS	164	72,9	922	45,5	1086	48,1	< 0,001 ⁽¹⁾
Hospitais/PS	6	2,7	42	2,1	48	2,1	
SUBTOTAL	170	75,6	964	47,6	1134	50,2	
Outra Região							
UBS	23	10,2	381	18,7	404	17,9	
Hospitais/PS	32	14,2	686	33,7	718	31,9	
SUBTOTAL	55	24,4	1067	52,4	1122	49,8	
Localização da Unidade de Tratamento⁽⁴⁾							
Unidades da Região da STS-Pe	180	81,8	1086	54,3	1266	57,0	<0,001 ⁽¹⁾
Unidades de outra Região	42	18,9	914	45,7	956	43,0	

⁽¹⁾ Teste Exato de Fisher

⁽²⁾ Teste Qui-quadrado

⁽³⁾ Não há informação quanto ao tipo de descoberta para 03 bolivianos e para 38 não bolivianos.

⁽⁴⁾ Não há informação quanto ao local de tratamento para 03 casos entre bolivianos e 31 casos entre não bolivianos

As duas únicas comorbidades informadas pelos doentes bolivianos foram diabetes e alcoolismo (Tabela 4). No caso de ambas, o percentual foi significativamente inferior ao informado pelo grupo de não bolivianos ($p < 0,001$). Destaca-se, também, que a ausência de comorbidades entre o grupo de bolivianos foi significativamente inferior à do grupo de não bolivianos ($p < 0,001$).

Tabela 4 - Distribuição dos **casos novos** de tuberculose de **todas as formas**, entre bolivianos e não bolivianos, segundo comorbidade informada. Residentes na região da STS-Pe. São Paulo, 2006 a 2013.

Comorbidades	Bolivianos n=195		Não Bolivianos n = 1697		Total n= 1892		Valor de p
	n	%	n	%	n	%	
Presente⁽¹⁾							
Alcoolismo	3	1,5	188	11,8	191	10,1	<0,001 ⁽³⁾
Diabetes	1	0,5	110	6,5	111	5,8	<0,001 ⁽³⁾
Drogadição	-	-	84	5,0	84	4,4	0,001 ⁽³⁾
Doença Mental	-	-	17	1,0	17	0,9	0,100 ⁽⁴⁾
Tabagismo	-	-	12	0,7	12	0,6	0,625 ⁽⁴⁾
Outras	-	-	19	1,1	19	1,0	0,250 ⁽⁴⁾
Imunossupressões							
Ausente⁽²⁾	185	94,9	963	56,8	1148	60,8	<0,001 ⁽³⁾

⁽¹⁾ O valor de "n" informado e a % referem-se às comorbidades presentes, em cada um dos agravos. Os casos que apresentaram comorbidades associadas foram computados separadamente, e são apresentados nos respectivos agravos.

⁽²⁾ Ausente: casos que não informaram nenhuma comorbidade

⁽³⁾ Teste Qui-quadrado

⁽⁴⁾ Teste Exato de Fisher

Em relação à testagem para o HIV para os casos novos, foi realizada para 72,8% dos 195 casos novos de bolivianos e para 75,4% dos 1697 casos novos entre os não bolivianos. Já em relação ao resultado, observa-se diferença significativamente menor ($< 0,001$) de positividade entre os bolivianos (02: 1,4%), quando comparado ao grupo de não bolivianos (256: 20,0%). O cálculo da positividade para o total dos casos novos bolivianos (195) e não bolivianos (1697), indica uma positividade de 1,0% para os bolivianos e 15,1% para os não bolivianos.

Tabela 5 - Distribuição dos **casos novos** de tuberculose de **todas as formas**, entre bolivianos e não bolivianos, segundo resultado do teste Anti-HIV. Residentes na região da STS-Pe. São Paulo, 2006 a 2013.

Teste HIV	Bolivianos n=142 ⁽¹⁾		Não Bolivianos n = 1280 ⁽²⁾		Total n= 1422		Valor de p ⁽³⁾
	n	%	n	%	n	%	
Positivo	2	1,4	256	20,0	258	18,1	< 0,001
Negativo	140	98,6	1024	80,0	1164	81,9	

⁽¹⁾ Não há informação para 53 bolivianos

⁽²⁾ Não há informação para 417 não bolivianos

⁽³⁾ Teste Qui-quadrado

Os dados da Tabela 6 referem-se somente aos casos de tuberculose pulmonar, uma vez que agregar os casos de outras formas da doença poderia comprometer a análise dos dados.

Em relação ao tempo para a descoberta dos casos, identifica-se que a média de tempo foi de 7,4 semanas. E que 22 (31,0%) e 173 (27,2%), entre os bolivianos e não bolivianos, respectivamente, tiveram diagnóstico somente após nove semanas de sintomas, não havendo diferença significativa entre estes grupos ($p=0,500$). Há que se considerar o elevado número de casos cuja ficha não continha esta informação (128: 64,3% entre bolivianos e 982: 60,7% entre os não bolivianos), o que compromete, em parte, a análise deste dado.

O resultado da baciloscopia de escarro apresentou diferença significativa entre os grupos ($p<0,001$), destacando-se maior positividade e maior percentual de realização de exame para os bolivianos, sendo que o exame de baciloscopia de escarro foi realizado para 194 (97,5%) bolivianos e para 1422 (87,9%) não bolivianos.

A realização da radiologia de tórax para os casos pulmonares apresentou menores percentuais de realização do que a baciloscopia, sendo 166 (83,4%) e 1307 (80,8%), respectivamente

entre bolivianos e não bolivianos, não mostrando diferenças significativas entre os grupos ($p=0,600$).

Tabela 6 - Distribuição dos casos de **tuberculose pulmonar**, entre bolivianos e não bolivianos, segundo tempo para diagnóstico e exames diagnósticos realizados. Residentes na região da STS-Pe. São Paulo, 2006 a 2013.

Características	Bolivianos n=199		Não Bolivianos n = 1618		Total n= 1817		Valor de p
	n	%	n	%	n	%	
Tempo de descoberta (em semanas)⁽³⁾							
0 a 4	31	43,7	348	54,7	379	53,7	0,500 ⁽¹⁾
6 a 8	18	25,4	115	18,1	133	18,8	
9 a 12	10	14,1	75	11,8	85	12,0	
13 a 16	2	2,8	30	4,7	32	4,5	
17 a 20	3	4,2	22	3,5	25	3,5	
21 a 24	3	4,2	18	2,8	21	3,0	
25 e mais	4	5,6	28	4,4	32	4,5	
Baciloscopia de Escarro							
Positiva	163	81,9	1073	66,3	1236	68,0	<0,001 ⁽²⁾
Negativa	31	15,6	349	21,6	380	20,9	
Não realizadas	5	2,5	196	12,1	201	11,1	
Raio X							
Suspeito	133	66,8	1032	63,8	1165	67,3	0,600 ⁽²⁾
Suspeito com cavidade	23	11,6	214	13,2	237	13,7	
Normal	10	5,0	61	3,8	71	4,1	
Não realizado	33	16,6	311	19,2	258	14,9	

⁽¹⁾ Teste Exato de Fisher

⁽²⁾ Teste Qui-quadrado

⁽³⁾ não há informação sobre o tempo de descoberta para 128 bolivianos e para 982 não bolivianos

A cultura de escarro para diagnóstico é indicada para todos os bolivianos, no entanto, só foi realizada por 39 (17,3%) (Tabela 7). Entre os não bolivianos, há indicação do exame apenas para grupos específicos, que na população do estudo, refere-se a 1364 não bolivianos, os quais tiveram também baixo percentual de realização (368: 32,3%). Os resultados de cultura mostraram diferença significativa ($p<0,001$) entre os grupos, sendo que os bolivianos

tiveram percentual maior de culturas não realizadas e, quando a realizaram, apresentaram menor positividade do que os não bolivianos.

Tabela 7 - Distribuição dos casos de **tuberculose com indicação para realização de cultura**, entre bolivianos e não bolivianos, segundo resultado da cultura de escarro para diagnóstico. Residentes na região da STS-Pe. São Paulo, 2006 a 2013

Cultura de Escarro	Bolivianos n=225		Não Bolivianos n = 1139		Total n= 1364		Valor de p ⁽¹⁾
	n	%	n	%	n	%	
Positiva	23	10,2	216	19,0	239	17,5	<0,001
Negativa	16	7,1	152	13,3	168	12,3	
Não realizadas	186	82,7	771	67,7	957	70,2	

(1) Teste Qui-quadrado

A resistência a uma ou mais drogas foi identificada para 03 (13,0%) pacientes bolivianos e 20 (9,3%) entre os não bolivianos (Tabela 8). Destaca-se o elevado percentual dos casos sem informação quanto ao teste de sensibilidade, o que pode levar a supor que o teste não tenha sido realizado nestes casos. O teste estatístico não mostrou diferença significativa.

Tabela 8 - Distribuição dos casos de **tuberculose que tiveram resultado positivo para cultura de escarro**, entre bolivianos e não bolivianos, segundo resultado do Teste de Sensibilidade (TS). Residentes na região da STS-Pe. São Paulo, 2006 a 2013.

Resultado TS	Bolivianos n=23		Não Bolivianos n = 216		Total n= 239		Valor de p ⁽¹⁾
	n	%	n	%	n	%	
Resistente	3	13,0	20	9,3	23	9,6	0,859
Sensível	6	26,0	54	25,0	60	25,1	
Não realizado	4	17,4	43	19,9	47	19,7	
Não informado	10	43,6	99	45,8	109	45,6	

(1) Teste exato de Fisher

A Tabela 9 considera o total de pacientes em tratamento, incluindo todas as formas de tuberculose e o total das notificações, pois o TDO deve ser oferecido para todos os pacientes.

A intenção de realizar o TDO é manifestada no momento em que o paciente inicia o tratamento, sendo esta informação registrada na FNTb. Já a efetivação do tratamento, só será identificada ao final do tratamento, sendo definida operacionalmente pelo MS, quando o paciente tiver realizado 24 tomadas observadas na fase intensiva e 48 tomadas observadas na fase de manutenção (Brasil, 2011a).

Destaca-se que somente 710 (31,5%) do total de pacientes manifestaram intenção inicial de realizar o TDO, sendo que o grupo de bolivianos manifestou significativamente mais intenção de realizar o TDO, do que o grupo de não bolivianos ($<0,001$). Também o total de não informação foi menor para os bolivianos (3: 1,3%).

Tabela 9 - Distribuição dos casos de tuberculose de **todas as formas** entre bolivianos e não bolivianos, segundo intenção de realização do Tratamento Diretamente Observado (TDO)⁽¹⁾. Residentes na região da STS-Pe. São Paulo, 2006 a 2013.

TDO (intenção)	Bolivianos n=225		Não Bolivianos n = 2031		Total n= 2256		Valor de p ⁽²⁾
	n	%	n	%	n	%	
Sim	98	43,6	612	30,1	710	31,5	<0,001
Não	124	55,1	1143	56,3	1267	56,1	
Não Informado	3	1,3	276	13,6	279	12,4	

⁽¹⁾ TDO intenção – concordância em realizar este tipo de tratamento no primeiro contato realizado com a UBS.

⁽²⁾ Teste Qui-quadrado

A Tabela 10 aponta se aqueles que manifestaram intenção de realizar o TDO, o fizeram. Observa-se que, do total dos pacientes, que demonstraram intenção para o TDO, aproximadamente um terço (252: 35,5%) realizaram o TDO conforme as recomendações do MS. Não houve diferença significativa entre os grupos.

Tabela 10 - Distribuição dos casos de tuberculose de **todas as formas**, entre bolivianos e não bolivianos, **que manifestaram intenção de realizar o Tratamento Diretamente Observado (TDO)**, segundo efetivação do mesmo⁽¹⁾. Residentes na região da STS-Pe. São Paulo, 2006 a 2013.

TODO efetivação	Bolivianos n=98		Não Bolivianos n = 612		Total n= 710		Valor de p ⁽²⁾
	n	%	n	%	n	%	
Sim	35	35,7	217	35,4	252	35,5	1,000
Não	62	63,3	389	63,6	451	63,5	
Não Informado	1	1,0	06	1,0	7	1,0	

⁽¹⁾ TDO efetivação – operacionalmente definido pelo MS, quando, ao final do tratamento, o paciente tiver realizado 24 tomadas observadas na fase intensiva e 48 na fase de manutenção (Brasil, 2011a)

⁽²⁾ Teste Exato de Fisher

A taxa de cura foi de 65,6% (1453) e de abandono 21,5% (475) analisando-se os dois grupos conjuntamente (Tabela 11). Em relação aos óbitos foram mais frequentes entre os não bolivianos (225: 11,3%) do que entre os bolivianos (03: 1,4%). Situação contrária é observada em relação às transferências e falência de tratamento, que representaram 8,1% (18) dos casos entre bolivianos e somente 2,0% (40) dos encerramentos entre os não bolivianos, mostrando diferença significativa entre os grupos (<0,001).

Tabela 11 - Distribuição dos casos de tuberculose de **todas as formas** entre bolivianos e não bolivianos, segundo tipo de encerramento do tratamento. Residentes na região da STS-Pe. São Paulo, 2006 a 2013.

Encerramento do Caso	Bolivianos n=221 ⁽¹⁾		Não Bolivianos n = 1993 ⁽¹⁾		Total n= 2214		Valor de p ⁽²⁾
	n	%	n	%	n	%	
Cura	146	66,1	1307	65,6	1453	65,6	<0,001
Abandono	54	24,4	421	21,1	475	21,5	
Óbito por TB ⁽³⁾	3	1,4	89	4,5	92	4,2	
Óbito não TB ⁽³⁾	-	-	136	6,8	136	6,1	
Transferência	14	6,3	22	1,1	36	1,6	
Falência	4	1,8	18	0,9	22	1,0	

⁽¹⁾ 04 casos não encerrados entre os bolivianos e 38 casos entre os não bolivianos - TBWeb 29.10.14

⁽²⁾ Teste Qui-quadrado

⁽³⁾ TB = Tuberculose

A Figura 6 apresenta o tipo de encerramento dos casos, em uma série histórica para os bolivianos. Observa-se que a taxa mais elevada de cura ocorreu no ano de 2010 (78,6%) e, em 2012, a menor taxa de cura (54,1%). A taxa de abandono apresentou uma queda acentuada no ano de 2010, a menor da série (14,3%), voltando depois deste ano a aumentar, com declínio em 2013. Entretanto, nota-se que as maiores taxas de abandono ocorreram entre 2007 e 2008 (cerca de 40,0%), correspondendo ao declínio das taxas de cura.

Figura 6 – Distribuição dos casos de tuberculose, **de todas as formas**, entre bolivianos, segundo tipo de encerramento. Residentes na STS-Pe, São Paulo, 2006 a 2013.

A Figura 7 apresenta o tipo de encerramento dos casos, em uma série histórica para os não bolivianos. Observa-se que a taxa mais elevada de cura ocorreu no ano de 2010 (68,6%) e, em 2006, verifica-se a menor taxa (59,3%). O abandono apresenta tendência à queda a partir de 2011.

Figura 7 – Distribuição dos casos de tuberculose, de todas as formas, entre não bolivianos, segundo tipo de encerramento. Residentes na STS-Pe, São Paulo, 2006 a 2013.

O número total de contatos informados para os bolivianos foi de 959 e, entre os não bolivianos, 4.528. Se forem excluídos os casos sem informação e aqueles que informaram zero contato, a média é de 5,0 contatos/paciente e 3,2 contatos/paciente, para bolivianos e não bolivianos, respectivamente. A Tabela 12 aponta para um maior percentual dos contatos examinados entre os bolivianos, diferença significativa entre os grupos ($p=0,040$).

Tabela 12 - Distribuição dos casos de **tuberculose de todas as formas** entre bolivianos e não bolivianos, segundo percentual de contatos examinados. Residentes na região da STS-Pe. São Paulo, 2006 a 2013.

% de Contatos Examinados	Bolivianos n=191 ⁽¹⁾		Não Bolivianos n = 1279 ⁽²⁾		Total n= 1470		Valor de p ⁽³⁾
	n	%	n	%	n	%	
0 a 9	46	24,1	402	31,4	448	30,5	0,040
10 a 19	2	1,0	8	0,6	10	0,7	
20 a 39	6	3,1	24	1,9	30	2,0	
40 a 59	3	1,6	20	1,6	23	1,6	
60 a 79	4	2,1	28	2,2	32	2,2	
80 a 100	130	68,1	797	62,3	927	63,0	

⁽¹⁾ Contatos não informados ou com zero contatos - 34 pacientes bolivianos

⁽²⁾ Contatos não informados ou com zero contatos - 752 pacientes não bolivianos

⁽³⁾ Teste Wilcoxon-Mann-Whitney

Etapas 2

5.2 OS ENTREVISTADOS E SEUS DEPOIMENTOS

Conforme explicitado anteriormente, a segunda Etapa deste estudo refere-se aos resultados provenientes das entrevistas realizadas aos pacientes que estavam em tratamento nas Unidades de Saúde da STS-Pe. Os pacientes entrevistados tiveram o início de tratamento entre outubro de 2012 e outubro de 2013. A partir da identificação da notificação do caso de tuberculose de imigrante boliviano, realizou-se contato com a UBS para verificar hora e data de comparecimento do paciente, para consulta médica ou para a tomada da medicação supervisionada, uma vez que, conforme anteriormente mencionado, optou-se por realizar as entrevistas nos serviços de saúde.

No período do estudo houve 36 notificações de tuberculose, de imigrantes bolivianos, realizadas pelos serviços de saúde da STS-Pe. Destes, foram entrevistados 24 pacientes, no entanto, dados de 02 entrevistas não foram computados no relatório final desta pesquisa, pois, em um caso, o acompanhante fez questão de permanecer junto ao entrevistado, não o deixando responder, antecipando-se a cada pergunta. Salienta-se, no entanto que, devido à riqueza de informações contidas no depoimento desse acompanhante, a entrevista foi analisada e as frases temáticas correspondentes estão no apêndice F, juntamente com a dos pacientes entrevistados, sendo estas citadas em alguns resultados (identificou-se este entrevistado com o símbolo §). Em outro caso, o paciente apresentou náusea durante a entrevista, não sendo possível concluí-la, e não houve retorno em data posterior para continuidade, apesar de terem sido feitos contatos telefônicos posteriormente, sem sucesso.

Dos 12 que não foram entrevistados, isto ocorreu, pois 05 abandonaram o tratamento antes que se realizasse a abordagem para a entrevista. Destes, 02 só tiveram o diagnóstico e não iniciaram o tratamento; 03 apresentaram irregularidade no tratamento, não comparecendo à UBS nas datas aprazadas, o que não possibilitou a realização da entrevista, sendo o caso encerrado como abandono aos 29, 60 e 68 dias. Para estes 05 casos, a Unidade de Saúde realizou Visita Domiciliária e contatos telefônicos, sem sucesso. Dos 07 pacientes restantes: 01 teve diagnóstico e transferência imediata para a Bolívia; 01 paciente iniciou o tratamento na UBS e, após o primeiro mês de tratamento, retornou à Bolívia; 02 recusaram-se a realizar a entrevista; 02 não compareceram nas datas agendadas para a entrevista, mesmo após reagendamentos; e 01 caso teve notificação tardia, próxima à data de encerramento, o que inviabilizou a entrevista.

A Figura 8 apresenta um diagrama do número final de entrevistados, não entrevistados e respectivas justificativas

Figura 8 - Diagrama das entrevistas realizadas e não realizadas. STS-Pe. São Paulo, 2013.

*Casos notificados no período de outubro/2012 a outubro/2013 pelas Unidades da STS-Pe

5.2.1 O perfil dos entrevistados

As informações a seguir foram obtidas a partir das entrevistas, sendo aquelas constantes na FNTb checadas com os dados disponíveis na ficha de cada paciente, e complementadas ou corrigidas, considerando-se mais fidedignos os dados obtidos nos depoimentos.

A média de tempo entre o início do tratamento e a data da entrevista foi de 76,3 dias, respeitando-se o critério de não entrevistar o paciente antes dos 30 dias, de forma que ele pudesse ter experimentado o tratamento, bem como efeitos das medicações e atendimento na Unidade de Saúde.

As UBS de tratamento representam todos os 04 DA da região, apesar de não haver pacientes residentes no DA Vila Matilde. Os entrevistados pertenciam à 07 das 21 UBS da região da STS-Pe, sendo que, destas, a UBS Vila Esperança, a UBS Engenheiro Trindade e a UBS Emilio Santiago, pertencem ao DA Penha, com 59,1% dos entrevistados. Já a UBS José Pires e a UBS Cangaíba pertencem ao DA Cangaíba, com 31,9% dos entrevistados. A UBS Vila Matilde pertence ao DA Vila Matilde e a UBS A.P.F. Villalobos ao DA Artur Alvim, com 4,5% dos entrevistados para cada uma delas. Salienta-se que 06 UBS são unidades tradicionais, e somente uma, a UBS A.P.F. Villalobos, é unidade mista que, ou seja, além do modelo tradicional, tem implantada a Estratégia Saúde da Família (ESF).

Dos entrevistados, 16 (72,7%) residiam a mais de um quilômetro (km) do serviço de saúde onde realizavam o tratamento, sendo a distância média de 1,8 km.

Tabela 13 - Distribuição dos entrevistados quanto ao tempo de tratamento até a data da entrevista e DA de residência, Unidade de Atendimento e distância em relação à residência. STS-Pe, São Paulo, 2014.

Características	n=22	%
Tempo de tratamento até entrevista (em dias)		
30 a 59	11	50,0
60 a 89	2	9,1
90 a 119	6	27,3
120 a 149	3	13,6
Distrito Administrativo de Residência		
Artur Alvim	2	9,1
Cangaíba	8	36,4
Penha	12	54,5
Vila Matilde	-	-
Unidade de Tratamento		
UBS Vila Esperança	8	36,5
UBS José Pires	5	22,7
UBS Engenheiro Trindade	4	18,2
UBS Cangaíba	2	9,1
UBS A.P.F. Villalobos	1	4,5
UBS Emilio Santiago	1	4,5
UBS Vila Matilde		4,5
Distância casa à UBS (em km)⁽¹⁾		
0 a 0,9	6	27,3
1,0 a 1,9	6	27,3
2,0 a 2,9	9	40,9
Mais de 3,0	1	4,5

⁽¹⁾ Utilizou-se o programa Google Maps (<https://www.google.com.br/maps>) para medir a distância da residência à UBS de Atendimento, , utilizando-se a opção "a pé", rota mais curta.

O sexo masculino foi prevalente (59,1%) entre os entrevistados, mas não é desprezível a porcentagem de mulheres (Tabela 14). A faixa etária predominante foi de 20 a 39 anos (91,0%), que corresponde à parcela da população economicamente ativa .

O Departamento de origem dos entrevistados foi predominantemente o de La Paz. Não foi possível identificar a média de anos que estes imigrantes estão no Brasil, pois os entrevistados não tinham informação precisa sobre o dia da chegada. Entre os entrevistados, 04 (18,2%) encontram-se no Brasil há 7 ou mais anos, sendo que alguns desses retornaram à Bolívia, e reentraram no Brasil, sendo computado o período total de permanência neste País.

Em relação à escolaridade, 20 (90,9) declararam escolaridade igual ou superior a 8 anos de estudo, sendo destes um com formação ensino superior em arquitetura (4,5%). Destaca-se que não havia escolaridade inferior a 04 anos de estudo. Apesar de muitos entrevistados não saberem precisar a escolaridade materna, para os entrevistados que souberam informar (15: 68,2%) a quase totalidade referiu que a mãe não estudou ou o fez somente até 4 anos de estudo.

Tabela 14 - Distribuição dos pacientes entrevistados segundo características sociodemográficas. STS-Pe, São Paulo, 2014.

Características	n= 22	%
Sexo		
Masculino	13	59,1
Feminino	9	40,9
Faixa Etária (em anos)		
até 19	1	4,5
20 a 29	17	77,3
30 a 39	3	13,7
40 a 49	1	4,5
Departamento de Origem		
La Paz	16	72,8
Cochabamba	5	22,7
Santa Cruz de La Sierra	1	4,5
Tempo no Brasil (anos)		
< 1	2	9,1
1 a 2	9	40,9
3 a 4	2	9,1
5 a 6	5	22,7
7 a 8	2	9,1
9 e mais	2	9,1
Escolaridade (em anos)		
4 a 7	2	9,1
8 a 11	6	27,3
12 a 14	13	59,1
15 e +	1	4,5
Escolaridade da mãe		
Não estudou	6	27,3
Básica (1 a 4 anos)	8	36,4
Intermediária (5 a 8 anos)	1	4,5
Não sabe	7	31,8

No que diz respeito à ocupação, somente 03 (14, 4%) referiram profissão diferente de costureiro, no entanto, as ocupações de cozinheiro e vendedor estavam associadas ao setor da costura, pois o cozinheiro prestava serviços para uma oficina de costura, e o vendedor, único que tinha vínculo trabalhista legalizado pela CLT, trabalhava em empresa de confecção.

Observa-se carga horária de trabalho alta, sendo que 15 (71,4%) referiram jornada de mais de 50 horas de trabalho/semana, que inclui trabalho de segunda à sexta-feira, e meio período aos sábados, sendo o descanso semanal aos domingos, o que, no entanto, foi referido que pode ser estendido em períodos de maior demanda por encomendas de costura.

Em relação ao local de residência e trabalho, coincidia para 18 (85,7%) entrevistados, que relataram que o dormitório situava-se em área física separada da oficina de costura, mas nas dependências do domicílio. No que se refere à opinião sobre ventilação no local de trabalho, 17 (81,0%) referiram que era adequada.

Onze (11: 50,0%) informaram que viviam com cônjuge e filhos, 6 (27,3%) com tios e primos e 5 (22,7%) não tinham parentes no Brasil.

Tabela 15 - Distribuição dos pacientes entrevistados segundo características de trabalho⁽¹⁾. STS-Pe, São Paulo, 2014.

Características	n = 21 ⁽¹⁾	%
Ocupação		
Costureiro	18	85,6
Cozinheiro	1	4,8
Vendedor	1	4,8
Jardineiro	1	4,8
Carga horária de trabalho (h/semanais)		
Não trabalhava no momento	1	4,8
30 a 39	2	9,5
40 a 49	3	14,3
50 a 59	3	14,3
60 a 69	7	33,3
70 e mais	5	22,8
Trabalho e residência no mesmo local		
Sim	18	85,7
Não	3	14,3
Local de trabalho considerado ventilado/arejado		
Sim	17	81,0
Não	4	19,0

⁽¹⁾ Um dos sujeitos não se encontrava trabalhando no momento da entrevista.

No que se refere ao local onde ocorreu o diagnóstico da tuberculose, a quase totalidade dos entrevistados referiu descoberta em unidades de urgência/pronto-atendimento ou em internação hospitalar (18: 81,8%) (Tabela 16).

Em relação ao adoecimento, 04 (18,2%) já tinham histórico anterior da doença, recidiva ou abandono. Destaca-se que a forma extrapulmonar, exclusiva ou associada à pulmonar, representou 13,6% (03) entre os entrevistados.

A baciloscopia foi realizada para todos os pacientes e foi negativa para 05 (22,7%), dentre estes, 03 foram classificados como tuberculose pulmonar, por outros exames.

A cultura foi realizada somente para 09 (40,9%) pacientes, tendo sido realizada para todos os casos de tuberculose extrapulmonar, conforme orienta o PCT. Dos 05 casos que tiveram

resultado de cultura positiva, 01 teve identificada monorresistência à Isoniazida.

A radiografia de tórax não foi realizada por 07 pacientes, sendo destes 06 diagnosticados com tuberculose pulmonar. O exame histopatológico foi realizado para 02 pacientes, 01 destes com tuberculose extrapulmonar e outro com tuberculose pulmonar e extrapulmonar.

A testagem para o HIV não foi feita por um dos pacientes, e somente um referiu diabetes como comorbidade.

Tabela 16 - Distribuição dos pacientes entrevistados segundo características do diagnóstico da Tuberculose. STS-Pe, São Paulo, 2014.

Características	n =22	%
Tipo de Descoberta		
Unidade de urgência hospitalar	7	31,9
Internação em hospital	6	27,3
Pronto Atendimento	5	22,7
Demanda Ambulatorial	3	13,6
Continuidade tratamento iniciado na Bolívia	1	4,5
Tipo Caso		
Novo	18	81,8
Recidiva	2	9,1
Retratamento-abandono	2	9,1
Forma clínica		
Pulmonar	19	86,4
Extrapulmonar	2	9,1
Pulmonar + Extrapulmonar	1	4,5
Exame diagnóstico realizado		
Baciloscopia		
Positiva	17	77,3
Negativa	5	22,7
Cultura de Escarro diagnóstica		
Positiva		
TS Sensível	3	13,6
TS Resistente	1	4,5
TS não realizado	1	4,5
Negativa	4	18,2
Não realizado	13	59,1
Raio X		
Normal	1	4,5
Suspeita de Tuberculose	13	59,1
Outra Patologia	1	4,5
Não realizado	7	31,9
Histopatológico		
Sugestivo de tuberculose	2	9,0
Não realizado	20	91,0
Teste HIV		
Negativo	21	95,5
Positivo	-	-
Não realizado	1	4,5
Comorbidades		
Sim	1	4,5
Não	21	95,5

Em relação aos contatos de 73,7% (14) dos entrevistados, informaram exame para menos de 80,0% dos contatos. Salienta-se,

portanto, o elevado percentual de entrevistados que não tiveram os contatos examinados.

Tabela 17 - Distribuição dos pacientes entrevistados segundo percentual dos contatos examinados. STS-Pe, São Paulo, 2014.

% dos contatos examinados	n=19 ⁽¹⁾	%
0	7	36,9
01 a 20	2	10,5
21 a 40	3	15,8
41 a 60	2	10,5
61 a 80	-	-
81 a 100	5	26,3

⁽¹⁾ 03 casos não informaram

Observou-se discrepância em relação às informações sobre o TDO, entre as contidas na FNTb e as coletadas no momento da entrevista. Considerou-se que o paciente fazia o TDO quando informava realizar a ingestão dos medicamentos na fase intensiva e na fase de manutenção, no mínimo três vezes por semana, conforme critérios estabelecidos pelo MS. Os dados da Tabela 18 revelam tal disparidade.

Tabela 18 - Distribuição dos pacientes entrevistados segundo Tratamento Diretamente Observado (TDO) informado na FNTb e no momento da entrevista. STS-Pe, São Paulo, 2014.

TDO	Informado FNTb		Informado Entrevista	
	N=22	%	N=22	%
Sim ⁽¹⁾	16	72,7	6	27,3
Não	6	27,3	16	72,7

⁽¹⁾ Considerou TDO quando o paciente ingeria a medicação de forma supervisionada por um profissional de saúde pelo menos três vezes semana, conforme normas do Ministério da Saúde.

No Município de São Paulo, a tomada da medicação de forma supervisionada concede ao paciente, como incentivo, o direito ao recebimento gratuito de uma Cesta Básica mensal, durante todo o tratamento, enquanto o mesmo realizar este tipo de tratamento. Sendo assim, comparou-se a informação sobre o tipo de tratamento, coletada no momento da entrevista, e o número de Cestas Básicas fornecidas pelo PCT do Município.

A Figura 9 aponta que, embora alguns entrevistados não tenham realizado TDO, da forma recomendada pelo MS e, portanto, deveriam ser considerados como pacientes em tratamento autoadministrado, 7 receberam Cesta Básica, variando o número de cestas recebidas entre 4 a 8 para cada paciente, durante todo o tratamento. Entretanto, um (1) dos pacientes identificado como em TDO durante a entrevista não recebeu nenhuma Cesta Básica.

Figura 9 - Distribuição dos entrevistados, segundo tipo de tratamento realizado, identificado nas entrevistas e número de Cestas Básicas fornecidas⁽¹⁾. STS-Pe. São Paulo, 2014.

⁽¹⁾ Informação sobre o número de Cestas Básicas fornecidas, obtida através de consulta à SUVIS Penha, Planilha de Cestas Básicas, enviadas ao PCT de São Paulo, 2013-2014.

Em relação ao encerramento dos casos, 01 (4,5%) dos entrevistados abandonou o tratamento e os demais (21: 95,5%) tiveram alta por cura.

As características pessoais de vida e trabalho, bem como as relacionadas ao diagnóstico e tratamento auxiliam na compreensão do processo saúde-doença para o grupo de imigrantes bolivianos. Acredita-se que a análise das entrevistas, a seguir apresentada, permite compreender em maior profundidade os determinantes e os condicionantes do adoecimento, bem como as vulnerabilidades envolvidas no processo saúde-doença.

5.2.2 As categorias de análise e os depoimentos

Conforme afirmou-se no capítulo referente aos Métodos, os depoimentos dos sujeitos entrevistados foram decompostos segundo a Teoria Gerativa do Percurso de Sentido. Esse movimento demandou reaproximações sucessivas com os depoimentos, substrato que possibilitou a emergência das categorias analíticas. Salienta-se, portanto, que as categorias e subcategorias de análise, não foram definidas a priori, mas surgiram da análise dos depoimentos.

As frases extraídas das entrevistas, apresentadas no Apêndice F, revelam dimensões que compõem cada uma das categorias analíticas, as quais, por sua vez, estão articuladas e apresentam interdependência, conforme posto por Bertolozzi (2005). Entretanto, para melhor compreensão dos resultados, dividiu-se, didaticamente, os temas gerados em categorias e subcategorias, conforme apresentado no quadro a seguir.

Quadro 3 - Categorias e subcategorias de análise, São Paulo, 2014.

Categorias	I. Trabalho	II. Processo Saúde Doença	III. Assistência
Subcategorias	a) A organização do trabalho nas oficinas de costura e repercussões no cotidiano	a) O conhecimento sobre a doença b) Da descoberta da doença ao tratamento. c) Sentimentos no adoecimento	a) Relação serviços de saúde/paciente b) O Tratamento Diretamente Observado

Categoria I: Trabalho

Identificou-se, nos depoimentos dos entrevistados, que a organização do trabalho nas oficinas de costura tem repercussões no cotidiano, e importante relação com o processo saúde-doença dos imigrantes, conforme apresenta-se a seguir.

a) A organização do trabalho nas oficinas de costura e repercussões no cotidiano

Inicialmente, para perfazer o sentido da Categoria *Trabalho*, há que se apresentar algumas informações que emergiram dos depoimentos, e que se referem à migração. Houve relato de imigração anterior para o Brasil (B34, H22, N43, Q7), e residência por alguns anos na Argentina (J1,27; Q7). A motivação para a imigração foi pautada na perspectiva da melhora dos rendimentos (D3, R6): *“casi todo boliviano ven aquí a trabajar para poder ganar su dinero e conseguir mejorar su estado económico”* (R6). A motivação está relacionada, também, à possibilidade de fornecer melhores condições de vida aos familiares que permaneceram na Bolívia, como, por exemplo, enviar dinheiro para que os filhos

possam estudar, e ingressar na Universidade: “*por eso, para que estudie ella, estoy trabajando aquí*” (N1,2).

A imigração é, em parte, incentivada por familiares que se encontram no Brasil (D4) e, em alguns casos foi necessária, devido ao adoecimento de um familiar, que encontrava-se só no Brasil, e necessitava, portanto, de auxílio (C17). O regresso à Bolívia ocorreu para alguns entrevistados, mas as dificuldades em conseguir inserir-se no mercado de trabalho no país de origem (E5) encorajaram o retorno, e consequente adaptação à situação de trabalho no Brasil (D5).

O idioma é causa de sofrimento, mesmo nos casos de permanência por anos no Brasil. Entende-se pouco a língua portuguesa (I32), confundem-se algumas palavras (V1), o que leva à ansiedade. No entanto, para alguns, a língua não se apresenta como uma dificuldade (N29, O15, Q27), compreendendo-se o que se fala, só não conseguindo entender “alguns detalhes” (Q27).

Os imigrantes empregam-se, predominantemente, no setor de costura, e alguns tem que aprender o novo ofício (C7,18; G4, U24; §8), o que não é tarefa fácil, exigindo esforço no aprendizado: “*un año hicimos de fracaso*”, mas “*... ya sabemos [costurar] bien*” (G4). A obrigatoriedade no aprendizado se faz presente (C7,8,18), muitas vezes, iniciando como ajudante, “ajudava até onde podia, porque não sabia fazer” (C8), para depois chegar à funções mais especializados.

Os costureiros bolivianos recebem por peça, portanto, quanto maior a produção, maior o rendimento, o que os leva a cargas extensas de trabalho nas oficinas de costura (M3, S2): os “*bolivianos trabajan mucho*” (U16), adequando o ritmo de produção à demanda, pois trabalhando com agilidade e rapidez, aos sábados e domingos, e dormindo menos, conseguem aumentar a produção em cerca de 40 a 50% (D8, P1).

A rotina de trabalho nas oficinas difere de local para local; em algumas, a jornada de trabalho tem início às seis horas da manhã, em outras, às sete horas (Q1), mas é sempre longa. Apesar de se declararem não obrigados a cumprir longa carga de trabalho, referem fazê-lo, para melhorar os rendimentos (P1). A longa jornada de trabalho é motivada pela possibilidade de oferecer vida “melhor” aos filhos, diferente daquela que tem: *“no quiero que sea como yo que no estoy bien, no quiero que costure como yo”* (S2).

A oferta de trabalho nas oficinas é grande, sendo fácil a troca de oficina de costura (L2,3; P3,7,8), ou seja, a mudança de local de trabalho, no entanto, muitas vezes, os rendimentos não são bons. Alguns se sentem explorados, pois ganham pouco: “costurava uma calça inteira para ganhar 50 centavos” (P2). A exploração dos empregados pelos patrões bolivianos é identificada, “boliviano explora [...] boliviano” (P8). Sendo assim, a mudança de oficina de costura pode significar a melhora da situação financeira em alguns casos (L2, P3). Assim, nesta busca, há relato de um entrevistado que, no período de um ano e oito meses, trabalhou em aproximadamente dez oficinas distintas (L2).

Há sazonalidade no ramo da confecção têxtil, havendo períodos em que a oferta de trabalho é maior. Nestes períodos, o não cumprimento do prazo estipulado para a entrega das mercadorias, implica no cancelamento do pagamento, muitas vezes levando à necessidade de recorrer à empréstimo (D9). Por outro lado há períodos do ano de baixa oferta de trabalho, o que leva ao desemprego (M2, P14, V19; &20).

A perspectiva de melhores condições de trabalho, em parte, é atribuída à possibilidade de legalização da documentação de estrangeiro, para permitir o trabalho formal, com registro em carteira, com possibilidade de respeito aos direitos trabalhistas, incluindo folgas e feriados (P4).

Alguns entrevistados referiram ser proprietários dos meios de produção ou desenvolver atividades comerciais ligadas ao setor da costura (D7, K1). Um desses entrevistados referiu ter sofrido um assalto, que gerou grande prejuízo, e consequente falência, obrigando-o a retornar ao ofício de costureiro, como empregado (K3,63).

Outros entrevistados referiram ganhar o suficiente para viver (B1, K63, O1, Q3, T1, R1, N3), “trabalhando dá” (T1), porque moravam com familiares e não pagavam aluguel (N3). Em alguns casos conseguiam enviar dinheiro para familiares na Bolívia (J27, M4, N1, O2, P5,Q4, R3, T2), “porque lá [na Bolívia] a situação tá pior do que aqui” (T2), e mesmo considerando que ganhavam pouco, conseguiam auxiliar os filhos que lá ficaram (N1,2, P5). Há ainda aqueles que gostariam de enviar dinheiro, mas não conseguiram (K4) ou o fizeram poucas vezes (L4, V4).

Os entrevistados declararam que não ganhavam suficientemente (A5, H21, L1, U1,3, V3), porque o aluguel e a alimentação eram dispendiosos (A5, L1), e manifestaram o desejo de obter maiores rendimentos para estudar (A5). Um deles apontou que ganhava mais na Bolívia, trabalhando como empregado (U1). Em outros casos, a falta de dinheiro impediu o retorno para a Bolívia, pois não conseguia pagar a passagem (C2). De forma geral, a falta de dinheiro e, consequentemente, a acumulação de dívidas, faz emergir sentimento de consternação: “sem dívida talvez estaria tranquilo, ficando feliz” (K13).

A associação entre o adoecimento e o trabalho é estabelecida por vários entrevistados, que relacionaram o fato de não conseguir trabalhar a estar doente (B16, C11, K9,14,19,20; R2, S1, U8, T9), porque sentem-se sem forças (K9, T9), não conseguem respirar (U8), necessitam de descanso (R2) ou de internação (C11). Ou, ainda, apesar de julgar não poder trabalhar, continuava fazendo

(I16). Em outros casos, relatam a necessidade de redução da jornada de trabalho, devido à sensação de fraqueza (K19) e o incômodo do escarro (K19, N6) ou, então, a perda de dias de trabalho, devido a mal estar (P31). Além disso, a necessidade de trabalhar fez um dos entrevistados esconder a doença dos familiares, pois, caso contrário, seria obrigado a descansar, e o trabalho era mandatório (G7).

O afastamento das atividades de trabalho, por dois meses, foi indicado pelo médico do trabalho para uma das entrevistadas, por considerar a paciente “ínapta para trabalhar”, embora ela julgasse não apresentar gravidade (A7,12). O afastamento do trabalho ou a diminuição da jornada gera redução dos rendimentos financeiros (A31, K11), o que pode levar à depressão (A31), ou sofrimento, por não poder pagar as dívidas (K11). Adicionalmente ao sofrimento causado pela doença, a perda de proventos leva ao desalento: “fiquei muito triste”, “sofria muito, chorava”, porque somente a esposa estava trabalhando e não conseguia pagar as dívidas (K12). Em outros casos, a manutenção da subsistência é garantida por um dos cônjuges, mas impossibilita o envio de ajuda financeira para parentes na Bolívia, uma vez que há redução na entrada de rendimentos (P5).

Além dos problemas financeiros, o adoecimento levou à necessidade de mudar de oficina de costura, pois alguns empregadores lidam melhor com a situação de doença (P7), ou porque era necessário procurar um lugar menos insalubre. Neste último caso, o fato da oficina ser fechada é identificado como possível causa do adoecimento, pois: *“ten que ter aire [...] no voy a sanar se seguir en el mismo lugar, entiende, se ya voy a seguir respirando este polvo”* (Q19).

Adicionalmente, o tratamento da doença também parece interferir no trabalho, uma vez que a necessidade de ir com

frequência à UBS, para tomar ou retirar a medicação, ou consultar o médico, prejudica o trabalho (I31, P23); o proprietário da oficina: “...pode aceitar umas quantas vezes, *pero* não pode aceitar muitas” (P23). Além disso, os efeitos colaterais, tais como dor e adormecimento das mãos impedem o trabalho de costura (U23).

Diante do exposto, o doente identifica que melhorou seu estado de saúde, ao perceber que podia retornar à longa jornada de trabalho (K54).

Uma parte dos entrevistados, no entanto, aponta que a doença não interfere na rotina de trabalho (B17, L22, M20), mesmo levando-se em conta as longas jornadas de trabalho (B17), e a necessidade de frequentes comparecimentos aos serviços de saúde para diagnóstico e/ou tratamento (L22, M20).

Entre os entrevistados, alguns não tinham parentes próximos (C3, M1, N32) ou, às vezes, o grau de parentesco era distante (O4). Em outras situações, apesar de ter familiares no Brasil, não havia contato próximo (C3, I1, L7), nem ao menos em momentos considerados de sofrimento, tais como nos casos de hospitalização (N32), o que gera sensação de desprezo: “*a ellos no les importo*” (N32). Em um caso, o contato com os parentes era esporádico, uma vez ao ano (I1).

No entanto, mesmo nos casos em que não se encontravam sozinhos, tendo a companhia de parentes próximos, vivenciaram sensação de solidão ou sofrimento pela ausência de um ente querido. Uma das entrevistadas, acompanhada do marido no Brasil, lastimava a ausência do filho que permaneceu na Bolívia, e manifestava desejo de trazê-lo ao Brasil, só não o fazendo, devido à falta de documentação para sair do País (C39). Em outro caso, a paciente, mesmo residindo com os tios, referiu: “... *solita aquí, yo me siento sola*” (U2).

Ainda que a carga de trabalho seja bastante intensa para a grande maioria dos entrevistados, eles também referiram praticar o lazer nas horas vagas. Dentre estas atividades, destaca-se a prática do futebol nos finais de semana, o que também se constitui como espaço de encontro da comunidade boliviana (D19, I24, J22, K56, L10, M12, R7, V6, §16) e integração com brasileiros (J22), “tem muito amigo” (L10). No entanto, o adoecimento interrompe este tipo de lazer, que exige rigor físico (I24, K56, M12, R7).

Outro espaço de lazer e ponto de encontro para a comunidade boliviana é a Rua Coimbra (C31, E11,12, K59) e a Praça Kantuta (E11,12)²⁸. No entanto, alguns referiram não ir com frequência à Rua Coimbra, por medo de roubo (K59) ou, apesar de saber da existência, desconhecia a localização da Praça Kantuta (C31).

Shopping center (V6) e o centro da cidade (L10) também foram apontados como espaços de lazer para estes imigrantes. No entanto, a mudança de local de trabalho pode dificultar o conhecimento de locais de recreação no novo bairro (P10).

A despeito da importância do lazer, para a socialização do indivíduo em uma nova realidade, alguns entrevistados referiram ter foco somente no trabalho (F11,12, S17). Este “isolamento” no domicílio/local de trabalho, em parte, foi justificado pelo medo de assaltos (F12, S18), conforme anteriormente mencionado: “... *dá miedo, porque ahí asaltan ¡Dá miedo! Y, así, por eso, casi no salimos [...], veo la tele muy allá asaltando, entonces, eso me dá miedo a mi*” (F12). Uma tentativa de roubo ao domicílio causou muita preocupação a um dos entrevistados, e foi justificada pelo fato de que os “... ladrões pensam que, como trabalhamos muito, temos muito dinheiro” (S17), além disso, a vivência de um assalto, por outro entrevistado, gerou sentimento de tristeza (K2). Em sentido

²⁸ Sobre Praça Kantuta e Rua Coimbra ver nota de rodapé 15.

oposto, um dos entrevistados relatou que a ocorrência do assassinato de uma criança boliviana teve papel fundamental na união da comunidade boliviana na cidade de São Paulo (P9)²⁹.

Outra forma importante de interação entre os bolivianos é a existência de associações que reúnem a comunidade, conforme apresentado anteriormente. Entretanto, muitos entrevistados as desconhecem (B3, C30, E10, H9, I23, J21, L9, R6, T6), mesmo aqueles que residem há mais tempo no Brasil (T6), sendo que alguns declararam duvidar de sua idoneidade (E12; §33): “...qualquer associação que fazem aqui [no Brasil] é só para tirar dinheiro” (§33). Outros, demonstraram não ter interesse em conhecê-las, admitindo estar no Brasil em busca de melhoria da situação econômica (R6), ou mesmo, declarou-se não gostar de agremiações (V6).

Alguns entrevistados referiram frequentar igreja, onde há muitos imigrantes bolivianos (K60, N21, O8, Q12, U6), inclusive, em uma delas, o pastor (N21), presta auxílio à comunidade boliviana nas questões de saúde (Q31), disponibilizando atendimento de um médico boliviano. No entanto, este não está autorizado a prescrever medicação no Brasil (N21). O papel da instituição religiosa parece ser fundamental para os imigrantes, sendo que alguns referiram que a única ajuda que conheciam, no Brasil, era de um pastor que “faz um trabalho social” para imigrantes (A14,15); “ajuda muito”, mesmo no caso daquele que não frequenta a igreja com regularidade (A16). Outros entrevistados referiram não conhecer igreja que reúna bolivianos (C30), no entanto, outros já foram convidados para assistir o culto (M11) ou já souberam da existência de uma igreja que auxiliava a comunidade boliviana, pela rádio comunitária (G6).

²⁹ Em junho de 2013, na Zona Leste de São Paulo, Brayan Yanarico Capcha, de 5 anos, foi assassinado, porque chorava durante o assalto à residência de seus pais. Este fato, além de gerar repúdio da comunidade boliviana de São Paulo, resultou em vários protestos da comunidade. Fonte: <http://veja.abril.com.br/noticia/brasil/menino-de-5-anos-morto-em-assalto-em-sao-paulo-e-enterrado-na-bolivia>. Acesso em 30 out 2014.

Identificou-se rede de solidariedade nos locais de trabalho pois, em alguns casos, há necessidade de mudança do local de trabalho, ou até descontinuar as atividades laborais. Uma das entrevistadas referiu que, ao adoecer, trabalhava muito, não tinha tempo para cozinhar, o que a motivou a mudar para a oficina da tia, onde teve mais apoio (Q21). Em outro caso, o entrevistado refere ter parado de trabalhar e mudado para a casa do irmão, onde permaneceu até se restabelecer (R2). Para outro, o apoio do empregador foi fundamental: “entendeu mais minha situação de saúde” (P7).

Conclui-se, portanto, no que tange ao trabalho dos bolivianos no Brasil, que a imigração é motivada pela busca de melhores condições de vida. De modo geral, os bolivianos empregam-se, predominantemente, em oficinas de costura, nem sempre tendo conhecimento anterior da atividade; cumprem jornadas de trabalho extensas, que possibilitam auferir maiores rendimentos, tendo facilidade em trocar de oficina de costura, mas sofrem com a sazonalidade do setor. Para alguns, os rendimentos são suficientes para suas necessidades e para o envio de ajuda monetária aos parentes na Bolívia. O adoecimento interfere na rotina de trabalho, uma vez que provoca a diminuição da jornada e, às vezes, o afastamento causa piora da situação financeira. Ademais, as frequentes idas aos serviços de saúde interferem no trabalho. Ainda, o adoecimento faz emergir uma rede de apoio de amigos, parentes e empregadores que, em parte, parece suprir a solidão vivenciada por alguns no processo de imigração. O relacionamento da comunidade boliviana é facilitado pelas atividades de lazer, principalmente o futebol, e pelos encontros ocorridos em igreja, já que muitos desconhecem outros tipos de associações.

Categoria II : Processo Saúde Doença

Constituíram como subcategorias desta Categoria: O conhecimento sobre a doença, Da descoberta da doença ao tratamento e Sentimentos no adoecimento, as quais são a seguir apresentadas

a) O conhecimento sobre a doença

Alguns entrevistados referiram conhecer a forma pulmonar da tuberculose, mas não outras (A22,23), além de ter a noção que é doença contagiosa, transmissível e perigosa mas que, também, há formas da doença que não transmissíveis (D10,11; L18). A informação a respeito da enfermidade foi obtida na escola e através de meios de comunicação de massa, tais como televisão e rádio (C35) e, também, por enfermeiros (I33).

Em outros casos, os entrevistados afirmaram que, antes de adoecer, desconheciam a doença (K17, M22, P16): "...não sabia que tuberculose existia" (K17), e que nunca haviam escutado falar da tuberculose na Bolívia (S13). Manifestaram, ainda, interesse em conhecer o agente causador (D16), as causas do adoecimento (M22), e as formas de transmissão (D16, J23, L25).

Ao se questionar quanto às possíveis fontes de contágio, alguns acreditam ter sido parentes, como por exemplo, a esposa (B8,9, Q18), que apresentou a doença entre um e dois anos atrás (B7, Q6,18), tendo adoecido na Bolívia, mas concluído o tratamento no Brasil (B10). Ou, identifica que o marido foi quem transmitiu a doença pois, assim que concluiu o tratamento, foi realizado o diagnóstico da esposa (S6,13). Em um dos casos, o irmão foi identificado como possível transmissor, mesmo tendo adoecido há muitos anos (T4). Por outro lado, outros apesar de referir familiares com tuberculose, não os associam como possíveis transmissores, pois o contato pessoal não ocorreu (D14,15, 32, J8).

O local de trabalho é identificado como muito importante para a transmissão (I5, H11, K7, R14), pelo fato de ser fechado (B8, H11, Q2,19), por não serem abertas as janelas (H11), ou em decorrência do frio (Q2), o que é agravado, ainda, pelo fato de compartilhar o dormitório com doente por tuberculose (R14).

Em um dos casos, a entrevistada disse ter certeza que o contágio ocorreu em seu domicílio, e não no local de trabalho (A1), ao cuidar de um conhecido “muito magro”, “consumido” pela doença e, apesar de muitos a aconselharem a dele afastar-se, não o fez (A2,3,4).

Vários afirmaram não conhecer pessoa com tuberculose (C32, E8, F9, G9, H3, L6, M7, T12, V9), e não ter ideia de como adoeceram (B29,C32): *“no tengo idea de dónde vino”* (C32).

Alguns identificaram o país onde ocorreu o contágio: o Brasil (P11) ou a Bolívia (H11), sendo que outros, reconhecem como possível local de transmissão, o trem que faz a conexão Bolívia-Brasil (E13, N19), local onde percebeu-se que muitas pessoas tossiam (E13).

Objetos são identificados como possível fonte de transmissão (A4, F16,29). O uso acidental de copo usado por doente com tuberculose (A4) ou o consumo de alimentos na rua, com a utilização de pratos mal lavados (F16), são reconhecidos como causa do adoecimento. A contaminação da comida pelo doente com tuberculose, também foi referida como fonte de infecção (G36). Sendo assim, após o diagnóstico, um dos doentes referiu separar objetos de uso pessoal (F29) e, outro, disse ter passado a dormir em quarto afastado dos familiares (H20).

A má alimentação é identificada como uma das causas da doença (G37, I26, J23, K6,19, M13, O12, Q18, T8), devido ao consumo limitado de carne e verduras (Q18). Além disso, a carga

excessiva de trabalho, e consequente falta de tempo, impede o ato de cozinhar (Q21). Assim, um dos entrevistados mostrou-se surpreso com o adoecimento, pois se alimentava bem (K23) e ingeria bastante leite (C28).

O calor é identificado como possível causa do adoecimento, pois : “faz os poros se abrirem”, permitindo que “a doença saia”. Sendo assim, um dos pacientes concluiu que não há tuberculose na Bolívia, devido ao clima frio, que faz bem às pessoas (G35,36). Contrariamente, outro entrevistado identificou o frio como causador da doença, associando seu próprio adoecimento ao fato de trabalhar em um bairro cuja temperatura é baixa (C10).

O pó que desprende dos tecidos, no ambiente das oficinas de costura, foi identificado como uma das causas do adoecimento por tuberculose (I26, J23, M13, Q18,19), sendo assim, a utilização da máscara é tida como uma medida de prevenção ou mesmo para evitar o agravamento da doença, após o diagnóstico (M14).

O cigarro também foi identificado como uma das causas da doença (J23), assim como o comprometimento do sistema imunológico (A23, G37), advindo da má alimentação (G37) ou de situações que provocaram tristeza (K6, S24).

b) Da descoberta da doença ao tratamento

Para a maioria dos entrevistados, um dos primeiros sinais do adoecimento foi a tosse (B13, H5, I6, I15, K6, L12, N5, M8, O9, Q14, R8, V8, §19) que, em alguns casos, persistiu por um ano até o diagnóstico (I6, N27). A tosse dificultava o sono: “*estaba tosiendo mucho, no podía respirar [...] no podía dormir en las noches*” (H5), impedia o trabalho (I16) e, nos casos que evoluiu para hemoptise, assustava (R12, K30), “[tinha] muito sangue” (K30), “[*estaba tosiendo mucho, casi muero [...] yo estaba por morir porque ya estaba viendo sangre*” (N15).

Por outro lado, em alguns casos, a tosse não foi imediatamente associada a alguma doença, alguns esperaram que cessasse espontaneamente (D21,23; F1; L16; M8; Q14, §19), atribuindo-a ao clima frio (L16, Q14). Mas, devido à sua persistência, foi necessária buscar atendimento médico (N27).

Para outros, a tosse não se manifestou como primeiro sintoma (D21, 23) e, em alguns casos, nem se fez presente (J9,10; S9).

Em outros depoimentos, a dor foi mencionada como o primeiro sintoma apresentado (B10; D21,22,23; J10; S7; T9, U8) ou associada à outros (C13,14; I15; F1; K30; L12; O9), e manifestada de diferentes formas: *“fuerte, fuerte, no me podía mover, me asusté”* (O9), quando respirava forte e profundo (I17), dor no peito (C13, F1, I15, K30, U8), *“sentía dolores, debajo de mi pecho”* (C10). Também foi apontada cefaleia (L12), dor no estômago (T9,10). A dor, em alguns casos, impedia a respiração (K30; J10; U8), e tornava difícil caminhar ou praticar esportes (D22; J10; T9,10), além de trabalhar (U8).

A febre também foi apontada por alguns pacientes (B13; E3; I17; R8), acompanhada por transpiração noturna (B13; R8,9; V8): *“yo sudaba fuerte, mojaba mi cama”* (I17), a ponto de despertar (R8).

Ainda entre os sintomas apresentados o emagrecimento foi referido por alguns entrevistados (H6; I18; K30; L12; N25; U19), desde poucos, até 6 quilos (L12) a 15 quilos (K30), sendo, em alguns casos, a única manifestação da doença (H6), e que levou ao enfraquecimento do sujeito (I18).

Sensação de mal estar foi referida outros entrevistados, (E2; F1; G18; K30), sendo que alguns já associavam este sintoma à tuberculose: *“doente demais [...] já sabia que era tuberculose”* (E2), *“más, más, más mal me sentía [...] me estaba agarrando*

tuberculosis” (F1). Por outro lado, em outros casos não foi associado à doença: “eu não conseguia falar, fiquei sem força [...] só tomava vitamina [...], e mesmo assim não melhorava” (K30).

Em relação à descoberta da doença, alguns pacientes referiram desconhecer o resultado do exame de escarro (G11; M10), mesmo há 50 dias em tratamento (M10). A falta do resultado trazia ansiedade: “*Solo me dijo que ese resultado que me dio ¿Dónde está? ¿Dónde está?*” (G20)?”³⁰.

Outros entrevistados referiram conhecer o resultado positivo do exame baciloscópio (H7; I21; K25; L15; Q17; R11), informando ter recebido rapidamente o resultado (Q17; R11). Um dos pacientes referiu que, apesar dos sintomas terem se iniciado na Bolívia, só fez o exame no Brasil um mês após a sua chegada ao País (H7). Destaca-se que houve situações em que o exame não foi realizado no momento da suspeita do caso (L14; R10). Um dos entrevistados foi encaminhado para coleta do exame em outro serviço de saúde, mas: “*no sabía donde [hacer o examen]*, tampouco me disseram” (R10).

Entretanto, em alguns casos o exame baciloscópio foi negativo (D28; E1; I12,20; N11; O9; P28), mesmo tendo sido realizadas várias coletas (N11), e nos dois países, Brasil e Bolívia (I12,15,20).

O exame radiológico para o diagnóstico foi referida por poucos entrevistados (I19; J5; O9; P12,13) e, mesmo assim, para um deles, apesar de ser realizado em duas diferentes ocasiões, apresentou resultado negativo (P12). Um dos entrevistados necessitou de internação para realizar punção pleural: “*sacaron líquidos de mi pulmón, 4 litros del pulmón*”, no entanto, referiu desconhecer o resultado do exame, apontando que o diagnóstico foi firmado após tomografia, realizada posteriormente (J5).

³⁰ À consulta ao prontuário identificou-se o resultado positivo da baciloscopia.

Chama a atenção o fato que alguns pacientes, apesar de estarem realizando o tratamento, questionaram se realmente tinham tuberculose (K28,61; G15,19; J4,24). Tais pessoas acreditavam que a tosse com sangue, podia ser sinal de pneumonia, e duvidaram do diagnóstico, pois, apesar de estar tomando a medicação para a tuberculose não apresentavam melhora da sintomatologia (K28,61): *“realmente no se sabía si era tuberculosis o no [...] no sé si tengo tuberculosis o no”* (G15,19); *“el problema probablemente sea tuberculosis, pero no estaban, no estaban seguros [...] No era, o sea, un 100% de tuberculosis”* (J4,25).

Em alguns casos, a doença foi descoberta na Bolívia e os pacientes se transferiram ao Brasil já com o tratamento instituído (A20; E2,4; G13).

Em um dos casos, a visita ao país de origem contribuiu para a descoberta da doença. Assim, uma das entrevistadas, em uma viagem de férias à Bolívia, devido ao mal estado geral que apresentava, foi estimulada pelos familiares a procurar um serviço de saúde. A “urgência” do caso demandou a realização de uma laparoscopia, que resultou no diagnóstico de tuberculose extrapulmonar (tuberculose genital) e consequente início do tratamento na Bolívia e posterior transferência ao Brasil (A20,21).

Em outro caso, a paciente teve o diagnóstico de tuberculose pulmonar e extrapulmonar na Bolívia, após ter permanecido internada por cerca de dois meses. No entanto, após a alta hospitalar abandonou o tratamento e, meses depois, se dirigiu ao Brasil, onde apresentou piora do estado geral, o que a motivou a retornar à Bolívia. Lá, teve a medicação reintroduzida e, após alguns meses, retornou ao Brasil, e teve que reiniciar o tratamento: *“empezar de cero porque no lo convalidan [o tratamiento] con de Bolívia”* (G13,14,18).

Outro paciente foi a passeio à Bolívia, onde teve que procurar por atendimento médico, pois não se sentia bem. No entanto, não aguardou o resultado dos exames, pois tinha que retornar ao Brasil devido ao término das férias escolares dos filhos. Assim, o diagnóstico da tuberculose só foi obtido por ocasião do retorno ao Brasil, após internação hospitalar (S11).

Já em outro caso, a busca por um diagnóstico foi o que motivou o paciente a retornar à Bolívia, uma vez que o resultado do exame de baciloscopia, realizado no Brasil, tinha sido negativo, e o paciente persistia com mal estar: *“para eso fui de aquí”* (I9). Exames realizados na Bolívia tampouco permitiram definir o diagnóstico de tuberculose, o que fez o paciente retornar ao Brasil. O diagnóstico da doença só foi realizado ter recorrido a dois hospitais diferentes, com baciloscopias negativas e, finalmente uma baciloscopia positiva em uma UBS (I7,8,9,10,12,13, 19, 20, 21).

Sendo assim, alguns pacientes mencionaram a importância de que os serviços de saúde, de ambos os países, assegurem a continuidade do tratamento, enviando relatório dos pacientes que iniciam o tratamento (A10,11), enviando uma “cartinha” explicando “tudo” (A10,11), ou mesmo que no Brasil sejam feitos relatórios para transferência entre as UBS (E6).

De modo geral, a trajetória até o diagnóstico levou longo período de tempo, para alguns, mais que um ano (I6; N7,16; P12), referindo-se consulta com vários médicos (I11; O10; P13), “aproximadamente seis a oito vezes” (P13).

Para alguns casos foi necessária a internação (J5; N16; S12; T10, 11; U8), justificada pelo fato do paciente apresentar dor intensa (T10,11,12; U8) ou “vômito” com sangue (S2). Em outro caso, apesar do primeiro atendimento ter sido prestado pelo AMA, após a realização de radiografia de tórax, foi necessário encaminhamento do paciente para internação e punção pleural (J5).

Em um dos casos, o entrevistado relatou internação em um hospital na região de sua residência, sem diagnóstico de tuberculose. Após a alta, como a tosse persistisse, o paciente procurou outro hospital na região central do Município, que também não diagnosticou a doença. Isto fez com que o quadro se agravasse: *“... y tomaba remedio para curar, no he podido curar, más y más estaba avanzando”* (N7,16).

Em outro depoimento, o paciente referiu ter, inicialmente, procurado a UBS mas, ao não obter resposta para seus problemas de saúde, dirigiu-se ao hospital mais próximo do seu domicílio, que não fez o diagnóstico da doença. Como os sintomas não melhoraram, procurou outro hospital na região central do Município de São Paulo. Neste último, realizou uma radiografia de tórax que indicou tuberculose, mas o diagnóstico não foi fechado, porque o resultado do exame da baciloscopia foi negativo, sendo então encaminhado à UBS (I19,20).

Um dos entrevistados referiu a procura por serviços hospitalares por quatro vezes, em aproximadamente quatro meses, sendo que os atendimentos incluíram a realização de radiografia de tórax, a prescrição de “calmante” e antibiótico e, no último atendimento, a realização de um exame de cultura de escarro, cujo resultado demorou aproximadamente dois meses, para então concluir-se pelo diagnóstico de tuberculose (D22,24,25,26,27,29).

Para outro entrevistado, a procura perseverante pelos serviços prestados pelo AMA, por cerca de seis a oito vezes, combinada à procura pela UBS, por duas vezes, resultou no diagnóstico da tuberculose, confirmado pelo exame de radiografia de tórax (P12,13). No caso de outro, a procura pelo AMA ocorreu em três ocasiões, para só então fechar-se o diagnóstico com um exame de baciloscopia positivo (O9). Outro paciente dirigiu-se inicialmente

ao AMA, onde obteve o diagnóstico de “alergia”, para depois obter o diagnóstico de tuberculose em unidade hospitalar (V8).

Ainda em outro caso, o AMA encaminhou o paciente à UBS, tendo sido transferido a hospital, a fim de realizar tomografia para fechar o diagnóstico, sob a alegação de que a radiografia de tórax não apresentava imagem sugestiva (N14). Em alguns casos, as UBS realizaram exame de baciloscopia para pacientes com histórico de internação recente, tendo confirmado a tuberculose (B15,16; Q15).

Outros depoimentos apontam que apenas uma única passagem pelo serviço de saúde foi suficiente para fechar o diagnóstico de tuberculose (L13, 14; M9). Em um desses, o proprietário da oficina levou o empregado, que apresentava tosse há cerca de um mês, ao pronto-socorro, onde foi firmado o diagnóstico de tuberculose (M9).

Os procedimentos realizados pelos serviços de saúde, a cada passagem do paciente, geralmente incluíram radiografia de tórax (B14; D22,24.25; R9; U8; V8), baciloscopia de escarro (D25; F3; I20; K25; L13; N16; O9; Q15). Somente um dos pacientes referiu que nenhum exame foi realizado (T12). Além disso, incluíram prescrição de medicamentos, que muito embora os entrevistados não saibam precisar a classe terapêutica (B14; D22,24; O9; Q15; T12) parecem ser antibióticos, destacando-se, por outro lado, uma referência à prescrição de “calmante” (D24). Apontou-se que nem sempre os medicamentos estão disponíveis gratuitamente na unidade de saúde, e seu custo foi considerado alto: “70 reais” (B14; R9).

Assim, embora na maioria dos casos haja busca incessante do indivíduo por descobrir a doença que lhe causa sofrimento, identificaram-se casos em que se observa atraso no diagnóstico. Nestes, mesmo na presença de “mal estar” e de sinais e sintomas característicos da tuberculose, o paciente justifica a não procura pelos serviços de saúde, alegando falta de tempo, devido à

excessiva carga de trabalho, às longas filas dos serviços de saúde ou falta do cartão do SUS. A procura tardia pelo serviço de saúde gerou sensação de culpa para o doente (K21,24,26). Em outros casos, o paciente procura os serviços de saúde, mas não retorna ou o faz tardiamente, para a retirada do resultado dos exames, o que também pode resultar em atraso no diagnóstico (L15). Entretanto, apontou-se que cabe aos serviços de saúde a importante tarefa de comunicar ao paciente a positividade do exame, por telefone ou por visita ao domicílio (D30, F3, K25). Observou-se, no entanto, que um dos entrevistados só teve o resultado positivo informado, 15 dias após a realização do exame no AMA, quando o ele mesmo se dispôs a retirar o resultado na unidade de saúde (L15).

A duração de seis meses do tratamento é conhecida pela maioria dos entrevistados (D18; E21; F14; H12; J14; K47; L17; O13; P17; R15; T25; U9), sendo considerada longa, no entanto, não se constitui como impeditivo para a adesão (D18).

Por outro lado, há casos de desconhecimento do período de tratamento, acreditando-se que a medicação deve ser tomada por somente dois meses (M15), ou pode ultrapassar os seis meses, podendo estender-se até dez meses (A35). Ainda em relação ao tempo de uso da medicação, um dos entrevistados demonstrou curiosidade em saber se o tratamento podia ser estendido, em caso de não melhora dos sinais e sintomas (P25).

Alguns referiram dificuldade na retirada da medicação na UBS (G30,32; H13; J16; §28) e, um deles, apesar de ter informado que a residência era distante, mesmo assim não conseguiu ser provido de medicação por maior tempo (J16). Outra dificuldade apontada foi a dispensação do medicamento (G30): *“A veces es difícil pedir pastillas [...] la enfermera [...] no esta”*. Neste caso, a outra “enfermeira” da unidade de saúde disse que não podia autorizar a retirada das medicações, e a paciente disse (referindo-se ao pessoal

da enfermagem): “... *no es mi responsabilidad*”. Isto levou a paciente a insistir “*decirle que, por favor, me dé permiso para recoger de la farmacia [...] Entonces, yo le digo, pero tengo que tomar hoy día mi remedio y ella me dice no, mañana*”, ficando a paciente sem a medicação (G30). Às vezes, o fornecimento da medicação gera estresse: “... *nos mandan a otro lado, de otro lado para otro [...] discriminar así, y prefiero irme a Bolívia [...] aquí tal vez no lo voy a terminar [tratamiento] muy bien, a veces, como ya no tengo remedio, entonces, tengo que esperar un día para que me den otro remedio [...]. Es en vano, un día si lo va a dejar, no le sirve para nada*” (G32).

Para outros pacientes, a retirada da medicação, a cada dez dias e, conseqüentemente, a exigência de prescrição médica, constitui-se em obstáculo, pois esse profissional pode estar atendendo outros pacientes, o que contribui ainda mais na demora do atendimento. Este fato ainda é agravado, quando o medicamento termina na sexta-feira: para não ficar sem a medicação no final de semana, o paciente é obrigado a aguardar durante muito tempo na unidade de saúde até que seja providenciada a prescrição (H13).

A retirada da medicação na UBS, para alguns pacientes, se dá de forma irregular (A28; V16), a cada três ou cinco dias (A28) ou, às vezes, há mudanças no período do fornecimento: o que inicialmente era diário passa a ser semanal (B20; V16), depois, a cada três dias, ou somente quando a medicação terminar (V16).

Para outros, a entrega da medicação tem certa regularidade, muito embora seja bastante variada entre as UBS. Referiu-se entrega diária, combinada com a tomada da medicação (M16), ou três vezes por semana (C45; K48; Q22), duas vezes por semana (N28), ou uma vez por semana (B20,27; E17; H13; I30). Para outros, a entrega se faz regularmente, a cada dez dias (G29; J17; S20; T23; U14).

Em relação à tomada da medicação encontrou-se dúvida se deve ser ingerida exatamente na hora prescrita, ou se pode haver variação (U21), além das consequências de não ingerir a medicação por um dia (V17). Um entrevistado, que havia iniciado o tratamento na Bolívia, identificou diferença no esquema medicamentoso entre os dois países: no país de origem, o número de comprimidos era maior, e havia medicação a ser tomada pela via intramuscular, além de haver pausa aos domingos (G23). Também houve dúvida se o fato de ter iniciado o tratamento na Bolívia, e reiniciado no Brasil, faria o tratamento se prolongar para oito meses (G24,25; O21,22), e se a medicação não seria o motivo do mal estar estomacal que apresentava: *“cuando tomo arde adentro”* (G25). Outras dúvidas incluíram: se não há contraindicação em relação à ingestão de muitos litros de água por dia (O21) ou em relação à coloração avermelhada da urina (U22).

Por outro lado, um dos pacientes disse desconfiar ter havido confusão com a medicação, pois tomava um tipo que foi trocado e, depois, retornou-se ao medicamento utilizado no primeiro momento, mas não obteve informações a respeito (K49)³¹.

Um dos entrevistados justificou a tomada da medicação de forma incorreta, por imprevistos de ordem pessoal: uma viagem de passeio à Bolívia, que se estendeu além do previsto, devido a problemas com o transporte, o que o levou a ingerir menor quantidade de comprimidos, para não falhar nenhum dia (V13).

Os medicamentos causaram efeitos colaterais para alguns pacientes (A30; B22; G19,25; J2; O19; U23; V12, §30,31), que incluem sintomas inespecíficos, tais como: “os comprimidos fazem mal” (G19), fico “toda mole”, “com vontade de não fazer nada”, “pesada”, “cansada” (A30). Para um dos entrevistados, tais sintomas

³¹ De fato, ocorreu introdução errônea dos medicamentos da fase de manutenção, antes dos 60 dias de tratamento. Quando o erro foi percebido foram reintroduzidas as drogas da fase intensiva (informação obtida com a enfermeira da UBS).

ocorreram após a troca do comprimido, sendo que, posteriormente, houve retorno aos medicamentos anteriores (A30)³². Em outros casos, os sintomas são mais definidos, tais como, adormecimento das mãos (U23), dor em diferentes localizações: mãos (B22; U23), cabeça (J2, V12), estômago, acompanhada ou não por náusea (G25; J2; O20; §30,31): *“cuando tomo, arde adentro [...] me dá como unas náuseas que ya no quiero comer, me pone débil”* (G25), além de ter sido também apontado prurido e alergia (O19, U20).

No que diz respeito à cura, parece se afirmar quando o paciente vivencia a sensação de melhora (H14; J11,12; K41; L27; N13), representada pelo fato de dormir bem (J11), melhorar o apetite (H14; J11), aumentar o peso corpóreo (H14; J12; L27) e não apresentar tosse e hemoptise (N13). Por outro lado, o processo de cura é questionado quando, apesar da tomada regular da medicação, não se percebe melhora da sintomatologia (C23; H16; K52; N38; P30), mantendo-se a dispneia (H16; K52; P30), dor (P30), além de tosse e dificuldade para respirar (H16; N38). A persistência dos sinais e sintomas gera dúvidas, quanto à necessidade de se estender o tratamento (P25).

Além disso, os pacientes questionam sobre o tipo de alimento que poderia contribuir para a cura (D46), ou mesmo como a cura poderia ser confirmada (D41; E22; S23), e se era possível em um segundo tratamento (S23).

Não obstante os efeitos colaterais e dúvidas em relação à medicação, bem como as dificuldades em relação ao seu fornecimento e a persistência de alguns sinais e sintomas, observou-se que a confiança nos medicamentos (B18,30; E22; Q23,24; K44,45; U16) influi positivamente na adesão ao tratamento. Acredita-se que estes evitam a transmissão da doença para pessoas do

³² Mesmo erro referido na nota de rodapé 31.

círculo familiar ou não (G38; N24), que devem ser ingeridos diariamente e associados à boa alimentação (Q24; U16).

Ressalta-se o papel dos serviços de saúde, a que devem recorrer quando a medicação gera mal estar (U16), e que a tomada das drogas se constitui obediência à orientação destes serviços: “*yo vengo, cumplo con lo que me dicen*” (R19), mesmo sem alguém para incentivar “[só] eu mesmo” (L24).

A determinação pessoal para a obtenção da cura foi apresentada por muitos entrevistados (C44; D15; J15,20; K44,45) e pode ser depreendida das frases, a seguir: apesar do tratamento ser longo, “mas a gente vai continuar” (D18), “*... no puede fallar ni un día [remedio] [...] para el bien de mí y yo sé*” (J20), “*... gracias a Dios que hay encontrado ese tratamiento, porque si no encontrar [tratamiento] aquí, iba a dar vuelta a casi todo Brasil para encontrar*” (N35), “*... me voy a sanar, y sé eso*” (B30), “... tem que tomar [medicação], que importa [é] salvar minha vida” (K44).

Os filhos também constituem-se em motivação para a adesão ao tratamento (C24; N31,42; Q11): “*yo tengo una hija que quiero ver allá en Bolivia, quiero viajar, quiero vivir un poco más*” (N31), “*animar, así que para sanarme, solo mi hija es lo que preocupa, no puedo acercarla, no puedo abrazarla. Tengo que cuidarme por ella...*” (Q11).

Observou-se que o apoio familiar tem papel preponderante na adesão ao tratamento (D17; E9; F10; I22; J13; K53; R20), pelo reforço positivo quanto à possibilidade de cura (D14; I22), ou pela companhia às consultas médicas ou, simplesmente, ao estimular o comparecimento às mesmas (K53; R20). Assim, o estímulo à tomada da medicação, pelos familiares, é fator primordial para a adesão, “*... y él me exige que tome*” a medicação (J13), “... tem que ir a tomar remédio, não tem que parar” (E9), “*... anda, me decían [...], anda tomar de una vez [o medicamento], tienes que sanarte*”

(F10). De igual forma, o apoio de pessoas sem grau de parentesco, mas que demonstravam preocupação com o cumprimento da tomada da medicação, bem como com os comparecimentos à consulta médica (C25), também foi citado como motivador da adesão ao tratamento.

Apesar do desconhecimento de igrejas ou organizações governamentais ou não, o adoecimento faz surgir uma rede de solidariedade, reunindo parentes e amigos (A31, B3, C20, D17, K5, H1, F10, N6,33, Q21, R2, S16), muitas vezes, sendo o único apoio com o qual contam, *“no tenía a nadie”* (C20), *“se morasse sozinha não ia comer”* (A31). Esta rede se constitui como incentivo para a realização do tratamento, apoiando o doente, ao dizer, *“tienes que sanarte”* (F10), *“tem que fazer [o tratamento], você vai ser curado”* (D17), *“tienes que curarte, el me anima [...] tienes que vivir un poco más, eres joven”* (N33), *“anda al hospital, que es sanar rápidamente”* (C25) ou manifestando o desejo de que melhore (K5) e se cuide (N6).

Muitas vezes, o apoio também se faz presente no auxílio pela busca de um serviço de saúde (C21), para a realização de exames (C25), para não se esquecer de tomar o medicamento (B3, F10), no acompanhando do paciente às consultas médicas (S16), ou por meio de visitas nos casos de internação hospitalar (N33).

Por outro lado, há casos em que o doente não tem apoio de amigos (A13, L8) ou parentes (R5) para o tratamento; ou que, apesar de trabalhar com parente, o mesmo o tratava *“... como si fuera cualquier trabajador”* (R5).

Não obstante a importância de uma rede de apoio, alguns entrevistados relataram não ter informado as pessoas com as quais moravam e trabalhavam sobre estar doente (G6; O5, 6; T3; S4), justificando pelo fato que a doença é contagiosa (T3), ou escondendo o real motivo do afastamento (S4), e das constantes

idas à UBS (G8). Inclusive, alegou-se seguir recomendação da enfermeira da UBS, de não falar muito sobre a doença, porque poderia sofrer rejeição de outras pessoas (O6).

Alguns entrevistados informaram que encontravam-se enfermos somente para alguns familiares (H1; I2; U4). Já uma maior parte informou a todos as pessoas com as quais compartilhavam a residência (B5; D7, F6; I3; L5; N5; P6; Q5; R4; V5), por exemplo, porque a doença é perigosa (D11). Considerou-se importante informar a enfermidade ao proprietário da oficina e a outros colegas de trabalho, para evitar “problemas” posteriores (P6): “...*para no poder contagiar los que estaban allá*” (R4).

Em relação à avaliação dos comunicantes identificou-se que alguns serviços não solicitaram os exames necessários (H19; I4; M20,21; N34,36; Q10, V14), mesmo havendo referência à vinte contatos que incluíam crianças (M20,21).

Entretanto, em alguns casos foi solicitada avaliação para todos os contatos, mas alguns não a realizaram, alegando sentir-se bem, o que causava preocupação ao paciente (D12,13). Ou, justificaram o não comparecimento dos contatos, pelo fato de não compartilhar o mesmo dormitório (H19, V14). No entanto, havia disponibilidade para o comparecimento à UBS: “*ellos están también dispuestos de venir*” (N34).

Já outros entrevistados referiram que os contatos compareceram ao serviço de saúde e realizaram os exames solicitados (C29; E7; F4,5,8; H18; L26; Q9; O18; S5; T5; U5), mesmo no caso de grande número de contatos (F5).

Parece que o exame dos contatos mais próximos, tais como marido/esposa, irmãos, cunhados, primos ocorreu com maior frequência (C34; E7; F8; H18; Q9; O18; S5; T5) e, dentre estes, houve um contato sintomático (O18) que, no entanto, não foi

diagnosticado com tuberculose. Em relação às crianças, algumas realizaram a Prova Tuberculínica (Q9; S5, 22; T5), outras não (B12; F7; H17), e a quimioprofilaxia foi indicada para duas delas (B12; H17).

c) Sentimentos no adoecimento

Os relatos demonstraram que o processo de adoecimento foi permeado por várias manifestações afetivas, como choro, tristeza, depressão, insegurança, susto.

Um dos pacientes referiu que a doença é “muito ruim! [...] é doença feia” (K63) e, outro, quando o médico informou a possibilidade do diagnóstico, assustou-se: *“puedes tener principio de tuberculosis, y me asusté”* (O9).

A sintomatologia, a exemplo da tosse acompanhada de sangue também causa susto (N25; O10; R12), é *“terrible”* (N25), *“siempre venía [a medico] por el susto de la tos”* (O10). No caso de uma paciente, a hemoptise traumatizou a filha de três anos (K43).

Em outras situações, a sensação de perda de força (K19,27; T10, gera angústia: “na verdade eu chorei muito”, pois impede o paciente de levantar-se ou caminhar (K19, 23).

A dor também foi relatada como causa de sofrimento: alguns não a suportavam (C13; O9). Gerou medo, não só no paciente, mas também no familiar: “...a gente tem muito medo, *mi* mãe também fica com muito medo” (P31).

Alguns procedimentos como, por exemplo, o uso de máscara, durante a internação hospitalar, também gerou medo (C16). Ou ainda, o atendimento realizado por um médico boliviano voluntário da igreja, causou medo e insegurança. Neste caso, o paciente não seguiu as recomendações, aguardando os resultados dos exames realizados no serviço público de saúde (O11). Ainda em relação ao

atendimento por este profissional não oficializado, outro entrevistado refere prescrição de antibióticos, que não puderam ser comprados no Brasil, mas que eram reconhecidos como essenciais pelo paciente, o que fez com que se encomendasse a medicação para outros que viessem da Bolívia, e gerou muito estresse (N17,22).

Em alguns casos, o fato de não ter as dúvidas esclarecidas pelo médico também provocou medo, pois o paciente temia que acontecesse algo que não fosse de seu conhecimento: “... *no hay digamos nadie que me diga eso. Y solo me dicen: tienes que pasar con el doctor. Él te va a sacar todas las dudas [...] A parte de la duda, el miedo*” (B29).

Os problemas de ordem financeira, advindos do adoecimento, também geram sofrimento ao paciente. Um dos entrevistados relatou que tinha problemas financeiros, não havia recebido o benefício do INSS e, tampouco o salário do empregador, o que o levou à depressão (A31). Em outro caso, a presença de dívidas, em parte provenientes do fato da doença impedir o trabalho, levou ao sofrimento do paciente e seus familiares, o que gerou tristeza e choro (K11,12,13,19,20,27).

A ausência dos filhos ou de familiares próximos também contribui para aprofundar o sofrimento, ocasionado pela sensação de solidão, motivando o desejo de retornar à Bolívia (C39; U2): “... *mi familia está allá, mi mamá está allá. Solita aquí, yo me siento sola, [...] mis tíos ten suyas esposas, no puedo conversar con ellos, a veces cuando converso con mi tía, me cerro en mi cuarto e me siento sola. Eu tenía mis hermanitos en Bolívia e conversaba con ellos, quería estar junto a mi familia*” (U2).

A culpa pela possibilidade de contaminar outras pessoas, também foi geradora de sofrimento, ainda mais considerando-se que proporcionavam apoio ao paciente, não isolando-o (C27,28). Mas,

por outro lado, o paciente reconhece o preconceito, o que o motiva a não comentar sobre a doença, próximo a outras pessoas (E15).

O medo de assaltos também foi referido, nos casos em que a unidade de saúde é distante do domicílio, obrigando o paciente a caminhar um trajeto muito longo, para o TDO: *“veo la tele muy allá assaltando, entonces, eso me dá miedo a mí”* (F25).

O medo de morte é referido por muitos pacientes que identificam óbitos entre conhecidos e familiares (K33; N40,41), além do mal estar provocado pelos sintomas exacerbados da doença, o que leva à sensação de morte iminente: “algumas vezes, me sinto muito ruim... [tanto] que não pude trabalhar [...] penso que vá morrer” (P31). A tosse com hemoptise leva à sensação de morte (K31; N15): *“[estaba] tosiendo mucho, casi muero [...] yo estaba por morir, porque ya estaba viendo sangre”* (N15).

O sofrimento com o adoecimento e a ideia que a morte é eminente está bem expresso a seguir (com referência ao paciente K):

“Eu fiquei muito doente [achei] que ia morrer. Minhas forças se acabaram tudo. Muito doente!” (K10). Quando adoeceu, não conseguia mais trabalhar, só a esposa trabalhava, assim, paciente referiu que sofria muito, chorava, porque tinha muitas dívidas, e sua esposa não conseguiria pagar sozinha: “Nossa fiquei muito triste [...] minha esposa o que ia fazer com dois filhos?” (K12). Quando dormia, tinha sensação de sufocamento, porque secretava sangue espesso pelo nariz e pela boca, e não conseguia respirar (K31); tossia com “muito sangue ... doía tudo ... eu não conseguia mais respirar ... não conseguia caminhar, emagreci muito, quinze quilos rapidinho, não comia mais [...] não conseguia falar, fiquei sem força. Eu estava morrendo de verdade” (K30). Assim, após dois dias de medicação, quando voltou à UBS para tomar a medicação, procurou a profissional de saúde: “...quase chorei [...], não estou conseguindo mais respirar, não estou conseguindo mais falar, será que vou morrer? ... estava agonizando [...] porque acabou tudo na minha vida. Não dava jeito mais”. Isto determinou que recorresse à igreja: “... eu não conseguia mais sentar, levantar”; refere ter ficado de joelhos: “... eu pedi pra Deus me sanar”; toda a família fez jejum: “não veio mais sangue. Mas, porque eu orei muito, né”.

Outro temor dos pacientes é que a doença retorne (C46; K42), seja porque pensa em retornar à Bolívia e acreditar que o clima frio propiciaria o ressurgimento da doença (C46), ou devido à persistência de alguns sinais e sintomas (D31; K41,42).

Para as mulheres observou-se a preocupação adicional do tratamento em relação à infertilidade e riscos para o feto (A32; F28; G41). A medicação para a tuberculose foi aventada como possível causa de infertilidade, para um casal que tentava gravidez há seis anos: *“...vos quieres formar tu familia para embarazarte [...] me dijeron que las pastillas podían afectarme [...] por eso que estás con tuberculosis [...] es que tal vez no puedes tener hijos”* (G41). Em outro caso, devido à tuberculose genital, a médica informou que talvez não pudesse ter filhos, o que também trouxe angústia (A32). A preocupação com a saúde do feto também foi expressa por uma das entrevistadas na situação de gestante: *“¿Y estas pastillas no lastiman al bebe? [...] Yo eso tenía miedo, estaba preocupada, [...] si le hace daño, porque hay niños que no nacen bien”* (F28).

Em síntese, em relação a Categoria II - *Processo Saúde-Doença*, conclui-se que os entrevistados têm conhecimento que a tuberculose é transmissível e que podem ter adoecido devido ao contato com parentes próximos que tiveram a doença. As causas da tuberculose foram relacionadas à falta de ventilação no local de trabalho, má alimentação, pó que desprende dos tecidos, frio ou calor, tabagismo e debilidade do sistema imunológico. Alguns identificam objetos de uso pessoal como fonte de infecção.

Em relação à identificação do adoecimento, a tosse foi relacionada como primeiro sinal pela maioria dos entrevistados. Os outros sintomas referidos foram dor em diferentes localizações, que afetava a realização das atividades diárias, além de perda de peso e sensação de mal estar. Entre os exames realizados para o diagnóstico, a baciloscopia de escarro foi citada por muitos, no

entanto, alguns referiram desconhecer o resultado, apesar de encontrarem-se em tratamento. Alguns entrevistados, mesmo realizando o tratamento, demonstraram ainda não acreditar que tinham tuberculose.

Em relação ao diagnóstico, alguns pacientes o tiveram na Bolívia, dando continuidade ao tratamento no Brasil. Na maioria dos casos, o período de tempo entre os primeiros sinais e sintomas e o diagnóstico foi longo, chegando a mais de um ano e, para alguns casos, exigiu internação. A procura de mais de um serviço de saúde, para o diagnóstico, foi frequente, e a cada atendimento foram realizados exames de baciloscopia e radiografias de tórax, bem como foram prescritas medicações não específicas para a tuberculose.

Em relação ao tratamento e à adesão, a maioria sabe que o tratamento é de seis meses, no entanto, encontram dificuldades para retirar a medicação na unidade de saúde, geradas pela forma como os serviços se organizam e pela distância da UBS ao domicílio. A entrega da medicação se dá de forma irregular, sendo identificada dispensação de medicação errada.

Os efeitos colaterais advindos do tratamento foram dor, náusea, prurido e alergia. O aumento de peso e a diminuição de tosse são interpretados pelos entrevistados como sinais de que o tratamento apresenta resultado positivo.

A adesão ao tratamento tem como motivação, a confiança de que a medicação leva à cura e evita a transmissão da doença aos familiares próximos. Para a adesão, é importante o apoio de um familiar, tanto nos momentos da consulta médica como no incentivo à tomada da medicação. A maior parte dos entrevistados informou que se encontravam enfermos às pessoas que conviviam no trabalho e na residência. E os contatos mais próximos realizaram exames com maior frequência.

Os sentimentos que emergiram parecem ser advindos, sobretudo, da gravidade dos sinais e sintomas, tais como hemoptise, dor e sensação de fraqueza, além daquelas resultantes dos problemas financeiros, da solidão, e do medo da insegurança e da morte.

Adicionalmente, as mulheres tem medo de que o tratamento cause infertilidade ou prejudique o feto.

Ressalta-se que, apesar do tratamento supervisionado estar diretamente relacionado ao processo saúde-doença, não foi discutido nesta subcategoria, pois acredita-se que, em maior parte, revelou-se como associado à organização dos serviços de saúde para a Assistência.

Categoria III – Assistência

Em relação aos serviços de saúde, emergiram temas que acabaram por corporificar as seguintes subcategorias: *Relação dos serviços de saúde com o paciente* e *O TDO*.

a) Relação Serviços de Saúde/Paciente

Nas relações estabelecidas entre os bolivianos e os serviços de saúde identificaram-se dificuldades originadas do entendimento do idioma (B25; F7; G21; S15; U12. §25). Conforme anteriormente apontado, algumas dúvidas em relação à doença não são esclarecidas, porque o sujeito não compreende o que é falado e, ao mesmo tempo, não se sente confortável para perguntar: “*porque tengo mucho miedo*” (U12). Sendo assim, alguns não entenderam como a tuberculose poderia ser tratada, porque “... *ellos me estaban hablando y hablando y no le he entendido muy bien*” (F7). Em decorrência, apontou-se não receber explicações sobre a enfermidade ou sobre os resultados dos exames: “*entonces no nos explican*” (G21).

Entretanto, um dos pacientes referiu situação que não entendia o que o profissional falava, mas solicitava esclarecimento, sendo prontamente atendido (S15).

A não compreensão do idioma causa desconforto, como no caso de uma das pacientes, que tendo permanecido internada, recebia medicação por via injetável, mas desconhecia o motivo: *“...no sabía cómo preguntarles que medicamentos me estaban poniendo, e me sentía mal”* (C12,16).

A dificuldade no entendimento do idioma pode ainda gerar consequências, como no caso do paciente que foi encaminhado pelo Hospital para tratamento de tuberculose e coinfeção com HIV, à UBS, no entanto, o teste HIV realizado pela UBS foi negativo. Nesse caso, o tio do paciente informou que o sobrinho não entendia bem o português, e por isso respondeu afirmativamente quando a médica do Hospital o questionou sobre o HIV (§25). Esse parente também apontou que o sobrinho tinha vergonha de falar o português, devido a: “medo de usar palavra errada” (§3).

Os entrevistados referiram que alguns médicos e enfermeiros entendem bem o idioma espanhol, mas isto não ocorria com todos (G21, U15). Às vezes, a presença de profissionais que dominam a língua espanhola se constitui como recurso adicional: um dos entrevistados relatou que, o médico brasileiro, ao atendê-lo saiu à procura de outro médico, boliviano, pois identificou que o paciente “não sabia falar muito bem português” (P13).

Além da dificuldade com o idioma, os bolivianos sentem-se discriminados pelos serviços de saúde (R21,22; Q30; §28), *“... tem brasileiro que trata mal [...] en mucho caso que yo vi discriminación dos doctores así con a gente”*. (Q30). Argumentou-se que, talvez pelo fato de serem estrangeiros não eram bem tratados “... às vezes digo bom dia, *mi* sobrinho veio tomar *su* medicamento, elas não respondem *ni* bom dia, *ni sequer olá”* (§28). Relacionam a

discriminação à dificuldade de comunicação: “todos bolivianos *siempre* nos sentimos discriminados, talvez por: *no hablamos muy* corretamente o português. *Solo* por isso. A *lo* que vemos, todos *los* bolivianos *siempre* são discriminados” talvez não compreendam bem “*porque mi portugués no es perfecto*” (R21,22). Isto faz recorrer aos serviços de saúde, sempre que possível, acompanhado de familiar que domine a língua portuguesa (H2). No entanto, um dos entrevistados referiu não ter sentido discriminação dos médicos e enfermeiros (P19).

Para além da discriminação, o idioma constitui em barreira ao acesso ao atendimento à saúde (A19; Q29): “a gente não pode falar o português [...] o doutor não entende [...], *eso es un problema que nos impide de ir al hospital*” (Q29). Sendo assim, um dos pacientes referiu sentir-se mais acolhido quando atendido por um médico que falava espanhol: “*justo en ese posto me he chocado con un doctor español, que estaba atendendo, que hablaba mi idioma y yo le expliqué todo a él, esto y esto me pasa*” (N8). Um dos pacientes sugeriu que os médicos deveriam falar espanhol: “*deberían aprender un poquito de español [...], porque aquí viene mucha gente de Argentina, Paraguay, Perú, e viene de todo Sul América, todos hablan castellano, español. O Brasil és único que habla portugués, es diferente el idioma*”.

Por outro lado, o esforço do pessoal da saúde para comunicar-se, ainda que mesclando-se o espanhol e o português, gera confiança ao paciente (Q32).

Na mesma linha da argumentação anterior, o retorno à Bolívia foi apontado como motivado, em parte, pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde no Brasil: “... *porque hay varios Bolivianos que se van a Bolívia por el motivo de las enfermedades que tienen y no pueden hacer nada aquí*” (G33).

Além dessas dificuldades, foram apontadas barreiras institucionais que dificultam o acesso aos serviços de saúde (A24; O9), como, por exemplo, em um dos casos, em que o paciente foi encaminhado para a UBS, no entanto, o médico atendia apenas um período por semana, o que impediu a consulta (O9). Ou, o fato, do paciente ter sido informado que havia horário para realizar o exame de escarro e que o resultado demoraria de 15 a 20 dias (§23). E ainda, apesar do paciente já ter o diagnóstico de tuberculose, formulário de encaminhamento, e ter procurado a UBS mais próxima da residência, foi encaminhado para outra, mais distante, que era unidade de referência para sua moradia (A24). Outro paciente referiu que tinha que tomar dois ônibus para ir à UBS: “eu falei aqui, esse posto pra mim é ruim ... é muito longe, mas, mesmo assim não pude trocar de UBS: *você pertence aqui[disse a funcionária]*” (T19, 22).

Outro entrevistado relatou ter ido à UBS com os documentos necessários para a transferência do tratamento de tuberculose, uma vez que havia se mudado da Zona Norte para a Leste. No entanto, seu atendimento foi recusado já na recepção da unidade de saúde, alegando-se que a conta de luz, comprovante de endereço solicitado, era antiga: “fiquei muito nervoso, porque a gente não pode ser atendido, então, ele [o atendente] viu como que eu fiquei [...] e atendeu mais rápido” (P15).

Em outras situações, os pacientes nem procuram o serviço de saúde, porque acreditam ser necessário o cartão SUS, ou acreditam ter “muita fila”, o que demandaria espera (K21, O16). A demora no atendimento é relatada: “... *en parte, me hacen esperar mucho [na UBS], si, la verdad he esperado muchas veces sentado [...], pierdo el tiempo*”. Outro motivo alegado para não recorrer aos serviços de saúde foi o medo de roubo de órgãos do corpo humano: “... acontece muita coisa [nos serviços de saúde]” (Q28).

Os serviços mostram-se ineficientes no cumprimento da agenda de atendimentos médicos ao paciente, não só especificamente quanto ao atendimento à tuberculose. Uma das entrevistadas relatou que, tendo utilizado anteriormente a UBS para o pré-natal, teve apenas duas consultas médicas, mesmo tendo comparecido à unidade de saúde mensalmente, devido à ausência do médico nas datas marcadas. Informou, ainda, que nem mesmo foi atendida no dia marcado para a vacinação, tendo que retornar posteriormente, lamentando: “a gente trabalha e não tempo de vir todo dia” (T20). Esta situação foi reiterada por alguns entrevistados, no caso do atendimento à tuberculose, que referiram que, mesmo diante de dúvidas, em relação ao tratamento/efeitos colaterais da medicação e manifestando desejo de serem atendidos em consulta médica, para a resolução de suas dúvidas, não tiveram o pedido atendido (B24,31; T17). Exemplo das situações apontadas é o fato de que um dos entrevistados, no terceiro mês de tratamento, só tinha se submetido a uma consulta médica (T17).

Às vezes, para que o atendimento médico fosse mais rápido, um dos pacientes referiu “inventar” sinais mais graves. Assim, após ter ido ao hospital e não ter resolvido seu problema de saúde, recorreu à UBS, e disse: “estou cuspiendo sangue [...], por eso, eles me atenderam rápido”, solicitando o exame de escarro, cujo resultado foi positivo (Q15).

Alguns entrevistados referiram não ser bem atendidos pelos serviços de saúde (G40), não recebem incentivo ou apoio para o tratamento da doença (R16,18): “[nos tratam] como se fora uma enfermidade qualquer, não há *mucho* atenção” (R18). Em alguns casos, quando procuram os serviços de saúde, devido à gravidade dos sintomas, com dispneia, dor ou tosse, não tem seus problemas resolvidos (K29). Sendo assim, não se sentem estimulados a buscar atendimento à saúde: “não queria mais hospital”, porque tanto em unidade hospitalar, como na UBS, os profissionais diziam que estava

“tudo certo” (K40). O tio de um dos pacientes em tratamento para tuberculose considera que a postura de alguns funcionários prejudica o atendimento, e que estes deveriam se aposentar, dando “... lugar aos mais novos e com vontade de trabalhar” (§27).

Outro ponto que merece atenção é a organização dos serviços de saúde para o fornecimento dos medicamentos para a tuberculose.

Alguns pacientes referiram ter que insistir muito: “*nos mandan a otro lado, de otro lado para otro*” (G32); que o médico encontrava-se ocupado e demorava muito tempo para atender, o que deixava o paciente sem medicação (G32; H13); ou, que a enfermeira não se encontrava na unidade de saúde e os outros profissionais diziam: “*no es mi responsabilidad*” (G30). Às vezes, o paciente é obrigado a comparecer duas vezes na mesma semana à UBS, para a retirada dos medicamentos, causando transtornos no seu local de trabalho (I31). Um dos entrevistados relatou que, ao sair do Hospital, foi encaminhado para a UBS, onde retirou os medicamentos para a tuberculose, mas como não foi informado sobre a necessidade da continuidade do tratamento, não retornou, o que o levou a ter que reiniciar o tratamento (J7).

Por outro lado, alguns entrevistados referiram não vivenciar dificuldades no atendimento dos serviços de saúde (E16; Q20), considerando que eram bem tratados (F22; L23; M18; N30; Q16; T13,16; U11), que o atendimento era rápido (F22), e que percebiam preocupação dos profissionais, que tentavam tranquilizá-lo: “...disseram: não fica assustado” (Q16). Apontou-se haver confiança nos profissionais de saúde, pois conhecem o tratamento: “eles sabem que estou mal e não *puedo* adivinhar que medicamento *puedo* tomar, *ellos* sabem” (U13).

Alguns pacientes afirmaram que os médicos oferecem bom atendimento, sem discriminação, e alguns entendem bem o que

falam (U15; P29; U15), fazem “a parte deles” (D40). Um dos pacientes relatou ter sido tranquilizado pelo médico, pois tinha a sensação que voltaria a apresentar hemoptise (K42).

Contraditoriamente, outros entrevistados alegaram ter pouca atenção dos médicos, qualificando o relacionamento como “frio”. Durante a consulta, estes limitavam-se a perguntar sobre o peso e informar sobre os medicamentos, dispendendo pouco tempo no atendimento, “uns 5 minutos” (A29).

Alguns consideram que as consultas médicas deveriam ser mais frequentes (B24,26,27; T17), que “*marquen más seguido con el doctor*”, para “*estar más tranquilo*”, porque tem dúvidas que gostaria que esse profissional esclarecesse (B28,29).

Segundo um dos depoimentos, afirmações feitas pelos médicos causam estranheza, como por exemplo, “*aquí la doctora dice que de Bolívia traen aquí la tuberculosis. [já] y en Bolívia dicen de Brasil los extranjeros tienen tuberculosis, traen a Bolívia*” (G34). Ou, no caso de um médico boliviano que, ao diagnosticar a tuberculose, “falou que [médicos] brasileiros, muitos não sabem nada” (P13). Ou, ainda, a informação de um médico, de que o segundo tratamento poderia levar à paralisia, sem maiores esclarecimentos (G34).

A relação com as enfermeiras, ou equipe de enfermagem, é considerada boa pelos entrevistados: admite-se que tais profissionais são preocupadas com o estado de saúde dos pacientes (C40; K55; P18; Q25,), “*las enfermeiras son bien buenas, me tratan bien*” (C40), explicaram o necessário sobre a doença (I33), não discriminam (P29). Ou, como disse o tio de um paciente em tratamento: “... graças a *Dios conoci* uma pessoa aqui na UBS, que é gente fina, a enfermeira X” (§26). A enfermeira, “explica um pouquinho mais” do que o médico, “pergunto mais coisas” (A29). Tais profissionais demonstram atenção, preocupando-se com o

estado geral do paciente, questionando se está tudo bem, se há dor, o que promove confiança ao paciente (Q25). Um dos pacientes identificou somente a equipe de enfermagem no acompanhamento do tratamento, pois a cada dez dias, “só personas da enfermagem” o atende (T14). Na mesma linha, considera-se que há enfermeiros que entendem o que os pacientes bolivianos dizem e explicam o que é necessário, o que não é o caso de outros profissionais (C41).

Por outro lado, o atendimento realizado pelo enfermeiro nem sempre supre as dúvidas do paciente (A30; B23,27; K34). Um dos entrevistados, em busca de atendimento, como apresentasse sintomas que o incomodavam, após o início da medicação, procurou a UBS, considerando que estava falando com o médico, mas tratava-se da enfermeira que, segundo ele, não resolveu seu problema, limitando-se a dizer que o mal estar: “... *puede ser por el tratamiento*”, não disse “*nada más*” (B23). Outro paciente relatou que não se sentia bem com a medicação, o que o fez procurar a UBS, sendo atendido pela enfermeira que, de igual forma, se limitou a dizer: “não era tão assim” (A30). Em outro caso, o paciente, ao procurar atendimento porque se sentia muito mal, questionando inclusive se iria morrer, foi tranquilizado pela enfermeira, mas, ao chegar em sua casa, sentiu piora do seu estado (K34). Outro fato apontado foi que uma das enfermeiras orientou o paciente que não falasse sobre a doença, “*que no hable de la enfermedad [...] no comentar mucho [...] porque puedo tener rechazo de la gente*” (O6).

Ao comparar o atendimento de saúde do Brasil com o da Bolívia reconhecem como fator facilitador, a gratuidade do tratamento da tuberculose no primeiro país. Na Bolívia, referiu-se que o tratamento é gratuito, no entanto, os exames para diagnóstico são pagos: a “*radiografía, ecografia, dinero cuesta, solo una ecografia puede ser 250 bolivianos (35,92 USD), y aquí es gratis*”, a tomografia custa, aproximadamente, 1.000 bolivianos (143,68

USD)³³ (G12,14). Apontou-se que a informação aos bolivianos, quanto aos serviços prestados pelas UBS (Q26), poderia melhorar o acesso aos serviços de saúde.

b) O Tratamento Diretamente Observado

Vários pacientes não receberam informação sobre o TDO, e os respectivos incentivos oferecidos pelo PCT, tais como Vale Transporte e Cesta Básica (A27; E14; G28; J18; M17; N27; O14; R17; T19; U10,17; V10). Referiu-se que só foi informado que deveria tomar a medicação: ... *venir* a tomar *los* remedios, *hacer* consulta médica, mas nada más, *solo eso*” (R17).

Em outros casos, receberam a informação que, para ter direito à Cesta Básica, deveriam comparecer à UBS diariamente pela manhã, na hora certa e que não poderiam levar a medicação para o domicílio (D34,37,38; F27; S14). Ou, como refere o tio de um paciente, a enfermeira informou que deveria comparecer pelo “menos *una* vez por semana, tomar *su* medicamento, aí, você vai receber *una* Cesta Básica, então, desde o terceiro mês já recebeu” (§26). Por outro lado, alguns referiram que, inicialmente, compareciam diariamente na UBS para tomar a medicação, mas esse esquema foi alterado para três vezes por semana, o que interferiu menos no trabalho (D38; F27). Já outros realizavam a tomada da medicação três vezes por semana, desde o início do tratamento (P20).

Durante a entrevista, ao aventar-se a possibilidade da inclusão dos que não estavam em TDO, alguns se mostraram receptivos (J19; O22,23; P22), “*sería buena idea*” (J19) e um dos pacientes solicitou que fosse explicado à enfermeira que ele poderia realizar o TDO, porque residia próximo à UBS, e que isto não ocorria porque a estratégia não lhe tinha sido ofertada (O23). Um dos

³³ 01 Boliviano = 0,14 USD. Conversão de reais para dólares, por meio do sítio do Banco Central. Disponível em: <http://www4.bcb.gov.br/pec/conversao/conversao.asp>. Acesso em 26 dez 2014.

pacientes referiu que, depois que foi transferido da UBS inicial de tratamento para a atual UBS, não mais realizou o tratamento supervisionado, “porque eles não falaram prá mim”, mas que “...posso *venir* porque é muito perto” (P22).

Alguns pacientes referiram que estavam recebendo a Cesta Básica (B19; D33; P21; Q23; T18; U10), sendo que, em alguns casos, este fato foi surpreendente (T18, U10), pois não foram informados do motivo do fornecimento: “... acho que é [...] falaram por causa da doença” (T18), e “chegou *uno* de prefeitura falando que uma cesta chegara [...] eu fiquei surpresa, não esperava a cesta” (U10).

Por outro lado, alguns referiram que, apesar de realizar o TDO, não estavam recebendo a Cesta Básica (C36,37; F18; I29). Referiu-se o não entendimento do motivo, e que não havia sido informado pela UBS (F18). Outro acreditava não ter recebido a Cesta Básica porque não tinha os documentos legalizados: “*no tenía dinero, no hecho tramitado [legalizaçã]o*” (C37).

Alguns pacientes que estavam realizando o TDO referiram não ter sido informados sobre a disponibilidade do Vale Transporte (C38; D39; F20; I28; K51), e que caminhavam cerca de uma a duas horas até a UBS (D37, F19), o que causava cansaço, agravado, no caso de uma das pacientes, pelo fato de estar grávida (F19). Ao aventar a possibilidade do fornecimento do Vale Transporte, durante a entrevista, paciente indagou se seria gratuito (F26), e outro disse: “seria muito melhor para mim”, porque a passagem de ônibus lhe era dispendiosa (K51). Outros pacientes, apesar de não realizarem o tratamento supervisionado, tinham que se deslocar até a UBS a cada dez dias para a retirada da medicação e para consultas médicas, utilizando um ou dois ônibus (J19; L20; T19; U17). Assim, quando, no momento da entrevista, foi oferecida a possibilidade do

fornecimento do Vale Transporte, o aceite ocorreu prontamente: “vai ajudar bastante” (T24), “*sería buena idea*” (J19).

Em relação à operacionalização do TDO, alguns pacientes relataram dificuldades em realizá-lo, pois a distância da UBS à residência causava cansaço, agravado pelo fato que a UBS não ofereceu Vale Transporte (D35,39; F18,20, 21, 25,26). Entretanto, ao oferecer-se, durante a entrevista, a possibilidade do paciente tomar a medicação supervisionadamente, em uma UBS mais próxima à sua residência, por meio de tratamento compartilhado, o paciente prontamente manifestou interesse (D43).

Por outro lado, o TDO, apesar de oferecido, não foi aceito, por alguns, devido à falta de tempo (E18,19,20; L19; M19; S21); no entanto, a informação sobre a possibilidade da realização em outro horário, que não nas primeiras horas da manhã, bem como a possibilidade da realização do tratamento compartilhado, em alguma unidade mais próxima da residência, também suscitou interesse, conforme verificou-se anteriormente (E18,19,20).

O tio de um dos pacientes em tratamento referiu que os funcionários da UBS não apresentavam com regularidade o impresso do tratamento supervisionado para a assinatura do sobrinho, e quando o solicitava, a funcionária dizia que, se ele tomou a medicação, não precisa se preocupar com este detalhe: “...então [...], prefiro sair com a boca fechada” (§28).

Em outro caso, o relato de uma paciente grávida, conforme se observa no excerto a seguir, demonstra as dificuldades na realização do TDO:

“Vengo todos los días [...] casi una hora [...] a pie vengo [...] en la mañana [...] es difícil venir desde allá [...] es muy lejos hasta allá [...] me canso ya de venir [...] pero todos los días tengo que venir [...] porque no tienes que faltar, para la Cesta Básica, tienes que venir todos los días [...] siempre les digo a ellos, por favor, dame para

que pueda venir solamente dos veces a la semana [...]. Mi bebe de mañana me persigue [cuando] salgo: [chama] mamá! mamá! Con su papá lo he dejado, porque es pesado [...] no camina [...] entonces me es cargado estar viniendo, y allá, lo he dejado con su papá [...] Da miedo, de venir da miedo, porque veo la tele muy allá asaltando. Entonces, eso me da miedo a mí" (F).

Em relação à Categoria *Assistência*, conclui-se que, nas relações estabelecidas entre paciente e serviços, os bolivianos identificam discriminação no atendimento, decorrente sobretudo da falta de domínio do idioma, o que interfere no entendimento das informações e no acesso aos serviços de saúde. Para superar esta dificuldade sugeriu-se que os médicos falem espanhol. Outras barreiras institucionais ao acesso, além do idioma, também foram apresentadas, tais como, o cumprimento à regra da delimitação da área de abrangência, o longo tempo de espera para o atendimento, a restrição de consultas médicas e a resolutividade dos serviços. Parece que o acesso aos medicamentos é dificultado, podendo levar à descontinuidade do tratamento. Entretanto, muitos consideram ser bem tratados na UBS e percebem a gratuidade dos serviços de saúde como importante.

Já na relação profissional de saúde/paciente, os entrevistados não identificam discriminação da parte dos médicos, mas consideram o relacionamento frio, e gostariam de maior frequência das consultas médicas. Por outro lado, a relação enfermeiro/paciente é boa, promove-se informação sobre a doença e não há discriminação. O fato de alguns enfermeiros entenderem o idioma transmite confiança ao paciente. No entanto, o atendimento realizado pelo enfermeiro nem supre as necessidades das consultas médicas pois, em algumas situações, não são resolvidas as dúvidas dos pacientes.

Quanto ao TDO, a maioria dos pacientes não recebeu informação. Alguns pacientes que realizam o tratamento supervisionado referem não ter recebido a Cesta Básica e

desconhecem o motivo. Já pacientes que não realizavam o TDO ficaram surpresos ao receber a Cesta Básica no domicílio. Quando é ofertada a possibilidade de TDO ou Vale Transporte para deslocamentos até a UBS, os entrevistados demonstraram boa receptividade. A distância parece um fator dificultador para o TDO e, ao aventar-se a possibilidade do tratamento compartilhado em uma Unidade mais próxima da residência, esta foi plenamente aceita.

6 DISCUSSÃO

Etapas 1

6.1 O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS RESIDENTES

Inicia-se esta seção com a discussão a respeito dos dados epidemiológicos da tuberculose na região da STS-Pe, uma vez que compreender a magnitude desta doença é importante para o entendimento do processo saúde-doença dos imigrantes bolivianos.

Pode-se observar que de 2006 a 2013, houve um aumento do número de casos de tuberculose de todas as formas, entre os bolivianos residentes na região da STS-Pe. Em 2011 ocorreu o número máximo de casos para este grupo, e posteriormente houve decréscimo, no entanto, a ocorrência ainda se manteve elevada, superior aos anos anteriores, a 2011, para os bolivianos. Contrariamente, o número de casos entre os não bolivianos, após o ano de 2010, tem diminuído ano a ano.

Não se consegue identificar com precisão quais aspectos podem estar contribuindo para o aumento do número de casos entre os imigrantes bolivianos, no entanto, infere-se que possa haver relação com o aumento da comunidade boliviana na cidade de São Paulo, e respectivas condições de vida e trabalho a que estão submetidos. Neste sentido, Goldeberg (2013) e Goldeberg e Silveira (2013), em estudo que compara a incidência da tuberculose entre imigrantes bolivianos na cidade de São Paulo e de Buenos Aires, afirmam que a tuberculose encontra-se entre as principais doenças entre os bolivianos, estando relacionada, em ambos os países, ao modo como vivem e trabalham estes imigrantes. Entretanto, a

interpretação dos dados do presente estudo acaba por ser restrita, uma vez que não há informações oficiais confiáveis sobre o número de bolivianos no território Nacional, e especificamente na Cidade de São Paulo, bem como em relação ao seu local de residência.

Estudo realizado por Pinto et al. (2014), que apresentam a descrição da distribuição espacial da tuberculose em imigrantes sul-americanos na cidade de São Paulo, identificou que houve aumento do número de casos no decorrer de oito anos, bem como sua dispersão no espaço urbano. Os autores ressaltam que os casos de tuberculose que, inicialmente, concentravam-se na região central da cidade de São Paulo, passaram a ocorrer em regiões periféricas, com destaque para a Zona Leste, que acumula 44,6% do total dos casos de tuberculose do Município. Assim, os resultados do presente estudo reiteram os achados de Pinto et al. (2014), reafirmando o impacto da doença na região estudada, que corresponde a uma parte da Zona Leste da cidade de São Paulo. Mesmo não havendo censo dos imigrantes bolivianos, os dados apresentados nos quadros 1 e 2, mostram que a presença dos bolivianos na região da STS-Pe levou ao aumento da incidência da doença no período do estudo, principalmente em alguns DA, o que pode também ser observado na Figura 4.

Sendo assim, o Mapa com os casos de tuberculose dos imigrantes (Figura 5) aponta que, para além da maior incidência em alguns DA, há uma distribuição geográfica não homogênea, havendo regiões no interior de um mesmo DA com maior concentração dos casos, o que indica a necessidade de estudos que aprofundem a análise da distribuição espacial da doença.

Estudo realizado por Martinez (2010), que analisou casos de tuberculose em quatro DA da região central da cidade de São Paulo, concluiu que, apesar dos imigrantes bolivianos influenciarem a incidência da tuberculose, não afetam as taxas da doença, pois seu

aumento neste grupo, contrabalançou com a redução do número de casos entre os brasileiros. Apesar da redução do número de casos entre os não bolivianos na região da STS-Pe, nos últimos anos, os achados da presente pesquisa, mostram-se contrários aos da autora, pois na região que foi cenário do presente estudo, a participação dos bolivianos parece ter contribuído para o aumento das TI.

Estudo realizado na Suíça, de 1992 a 2002, que tinha como objetivo avaliar o quanto o *status* de residência determinava o risco do adoecimento por tuberculose, entre imigrantes indocumentados, constatou que o maior risco se devia ao fato de serem provenientes de regiões da América Latina, com alta prevalência de tuberculose (Wolff et al., 2010). Este e outros estudos de resultado semelhante são refutados por Golbberg (2013), que afirma que as características da imigração europeia são muito diferentes das experimentadas América Latina. O autor relata ainda, que pesquisa que identificou o DNA do bacilo da tuberculose, em Buenos Aires (Argentina), provou a inexistência de cepas importadas, entre os pacientes com tuberculose nativos do País. Porém identificou que a cepa dominante na referida cidade, estava presente em muitos imigrantes bolivianos, concluindo portanto, que eles contraíram a doença nas oficinas de costura, em que trabalham e moram, na Argentina. Assim o autor conclui que a associação da tuberculose com a imigração de bolivianos, vincula-se aos modos de vida, trabalho que experimentam e sofrem estes imigrantes.

Assim, poder-se-ia considerar que as TI da tuberculose na Bolívia sendo superiores às do Brasil, justificariam a presença da tuberculose na forma latente nos imigrantes e, conseqüentemente, o adoecimento após a chegada ao Brasil. No entanto, assim como Goldberg (2013) acredita-se que, para além do *status* de residência, as formas de trabalho e de viver dos imigrantes bolivianos, no Brasil,

podem fortemente determinar o adoecimento dos indivíduos deste grupo.

A importância de um censo dos imigrantes na cidade de São Paulo parece ter sido compreendida pelos órgãos governamentais. Em 2013 a Prefeitura do Município de São Paulo, criou a Coordenação de Políticas para Migrantes (CPMig) no âmbito da Secretaria Municipal dos Direitos Humanos e Cidadania (SMDHC) está realizando um levantamento do perfil da população imigrante, mapeando as comunidades de imigrantes por nacionalidade, além de identificar as condições de vida e trabalho, entre outras ações (São Paulo, 2013d). O conhecimento da realidade dos migrantes certamente apoiará as ações de saúde no Município.

Em relação às características pessoais, dos pacientes que adoeceram por tuberculose, constata-se maior número de pessoas do sexo masculino, o que tem sido bastante documentado na literatura, que aponta que para cada dois casos que incidem na população masculina, ocorre um na feminina, indicando a necessidade de esforços para melhorar a notificação de todos os casos, desagregados por idade e sexo (World Health Organization, 2013).

No entanto, parece haver comportamento diferente da doença em relação ao sexo, quando se comparam imigrantes e não imigrantes. No presente estudo, houve maior acometimento de tuberculose nas mulheres pertencentes ao grupo de imigrantes bolivianos, quando comparadas ao dos não bolivianos. Tal dado corrobora o estudo realizado por Martinez (2010), já citado anteriormente, que apontou um número significativamente maior de casos entre as mulheres bolivianas do que entre as brasileiras. Também está de acordo com estudo realizado em Genebra, que analisou casos de tuberculose entre imigrantes indocumentados, no

período de 1994 a 1998, identificando percentual mais elevado da doença entre as mulheres (Perone et al., 2005).

Poder-se-ia inferir que o maior número de casos de tuberculose entre as mulheres imigrantes deve-se à tendência da “feminização da migração”. As mulheres têm imigrado cada vez, de forma independente, para oportunidades de trabalho de baixa qualificação, sem cônjuge ou familiares (Silva, Bettin, 1996; MacPherson, Gushulak, 2007; Milesi, 2008; Zimmerman, Kiss, Hossain, 2011; Texidó, Gurrieri, 2012). Especificamente em relação à população feminina boliviana, levantamento realizado na Espanha identificou que, entre os imigrantes bolivianos registrados nesse país, em 2011, as mulheres representavam 58,4% (Moskovics, Corral, 2012). É necessário deixar claro que se entende que é bastante possível que a interpretação para a migração por número expressivo de mulheres bolivianas para o Brasil tenha causas bastante distintas do processo de imigração que vem ocorrendo nos países da UE.

No entanto, é muito mais provável que o adoecimento de um maior número de mulheres bolivianas, identificado no presente estudo, deva-se as já reconhecidas condições de vulnerabilidade, inerentes ao gênero, agravadas ainda pela situação de imigração. Goldberg (2013) aponta que, em São Paulo e Buenos Aires (Argentina), as mulheres são mais recrutadas para o trabalho nas oficinas, do que os homens, pois em geral além do trabalho de costura desenvolvem outras tarefas como cozinhar, limpar, ensinar o ofício da costura, o que gera uma sobrecarga de trabalho intensa, por vezes ininterrupta.

Uma das expressões da desigualdade de gênero é o salário desigual, conforme apontado por Moskovics e Corral (2012), que identificaram, na Espanha, que imigrantes bolivianos do sexo masculino recebiam, em média, 1000 Euros mensais, enquanto que

as mulheres, 700 Euros. Não obstante os dados referirem-se a um país tido como desenvolvido, deve-se salientar que as condições de trabalho se assemelham à desses imigrantes no Brasil, com longas jornadas de trabalho, em condições de informalidade. Ademais, deve-se ressaltar que a Espanha vem apresentando situações crescentes que evidenciam inequidades, como fruto de ajustes decorrentes das políticas neoliberais, o que coloca o País em situação de instabilidade em relação à sua qualificação como desenvolvido.

Para além da tuberculose, Milesi (2008) afirma que a feminização das mulheres especialmente as migrantes mais pobres é um desafio para a concretização dos direitos humanos fundamentais.

No que se refere à faixa etária de maior prevalência da enfermidade, verificou-se o acometimento da população jovem, já bastante conhecido. No entanto, os dados do presente estudo apontam para uma diferença significativa entre os grupos de doentes bolivianos e não bolivianos. Tal fato também está em concordância com o estudo de Martinez (2010), que identificou média de idade significativamente maior nos casos de tuberculose entre brasileiros do que em bolivianos.

Estudo realizado nos EUA, que avaliou imigrantes documentados e não, que adoeceram por tuberculose, de 2001 a 2006, também identificou a maior ocorrência na faixa etária de 15 a 40 anos (Cain et al., 2008). Outro estudo, realizado nesse mesmo País, identificou que os casos de tuberculose, ocorridos em um hospital público, entre 1999 e 2005, eram significativamente maiores entre os jovens imigrantes (Achkar et al., 2008). Portanto, estes estudos corroboram a maior ocorrência da doença entre imigrantes adultos jovens.

Estudo que comparou os casos de tuberculose ocorridos em 1997, entre imigrantes e os nascidos na Austrália, verificou maior número de jovens entre os imigrantes. Embora o fenômeno da imigração possa justificar maior presença de jovens, isto não é suficiente para explicar o seu adoecimento. Os autores identificaram forte associação entre a incidência da tuberculose e, os imigrantes jovens e as altas taxas da doença no país de nascimento (Watkins, Plant, 2002). Para além dos resultados do referido estudo, identifica-se que as condições de trabalho e vida no país receptor podem ter um impacto maior no adoecimento, do que as questões relacionadas à exposição à doença no país de origem.

Quanto à escolaridade, não se verificou, no presente estudo, diferença importante entre os grupos, no entanto, para os bolivianos concentrou-se, principalmente, entre 8 a 14 anos de estudo. Identificou-se, no entanto, elevado percentual de não informação quanto a este dado, o que em parte pode prejudicar a análise. A informação sobre a escolaridade é importante, pois permite, ainda que de forma indireta, inferir sobre as vulnerabilidades e potencialidades perante a vida.

Em relação à raça/cor, apesar dos dados apontarem diferença significativamente importante, entre os dois grupos destaca-se o grande entrave do preenchimento deste item na ficha de notificação. Este quesito deve ser assinalado na ficha, respeitando-se o critério de autodeclaração do paciente com tuberculose, seguindo os padrões determinados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (São Paulo, 2004; São Paulo, 2011c). Observa-se, na rotina dos serviços das unidades de saúde, que o profissional nem sempre segue esta orientação o que, em parte, pode justificar o elevado percentual de amarelos e indígenas entre os bolivianos, devido às características fenotípicas. É importante destacar a relevância da variável raça/cor, o que permite subsidiar o

planejamento e políticas públicas que levem em conta as necessidades específicas dos grupos sociais (São Paulo, 2011c).

Em relação ao tipo de ocupação, destacou-se a costura, como atividade principal do grupo de bolivianos, sendo poucos os que declararam outro tipo de ocupação, apontando diferença significativa entre os dois grupos estudados. Ressalta-se, ainda, o pequeno percentual de desempregados entre os bolivianos. O predomínio de costureiros, nesse último grupo, é esperado, dada as já referidas características de empregabilidade dos imigrantes bolivianos no setor. Martinez et al. (2010), em estudo já mencionado anteriormente, identificou, entre os pacientes brasileiros, predomínio significativo de desempregados quando comparado ao grupo de bolivianos. Em relação ao presente estudo, destaca-se que o elevado percentual de não informação, deste item, pode prejudicar a análise dos dados. É importante destacar que a ocupação revela os potenciais de desgaste e as possibilidades de reprodução social, e o consequente adoecimento, sendo item fundamental para a análise do processo saúde-doença.

Em relação ao local de residência, observou-se diferença significativa entre os grupos, sendo o DA Cangaíba o de maior concentração de doentes. Apesar dos poucos dados sociodemográficos e de saúde, disponibilizados por DA, para a região da STS-Pe, identificou-se, para os anos de 2010 e 2011, a presença de mães com menos de 18 anos, e de crianças nascidas com menos de 2,5 kg, em maior escala, nos DA Cangaíba e Artur Alvim. As taxas de fecundidade e natalidade apresentam-se maiores para o DA Cangaíba, do que para os demais distritos. Em relação à oferta de energia elétrica e coleta de lixo, observa-se semelhança entre os quatro DA, no entanto, a taxa de analfabetismo e a renda mensal domiciliar per capita, menor que um salário mínimo, foi prevalente entre os residentes do DA Cangaíba (São Paulo, 2012). Estes dados proporcionam indícios de maior vulnerabilidade entre os

residentes do Cangaíba, levando, portanto, à maior possibilidade de adoecimento por tuberculose.

Em relação às características de adoecimento, destaca-se que a análise da totalidade das notificações no período estudado, apontou predomínio de casos novos (83,9%), não havendo diferença significativa entre os grupos. Já em relação à forma da tuberculose, observou-se diferença significativa dos casos pulmonares entre os bolivianos (86,2%).

Algumas pesquisas tentaram relacionar a forma da tuberculose com a imigração. Neste sentido, estudo realizado na Suécia, que comparou nascidos no País, e que apresentavam tuberculose entre os anos de 2001 a 2005, com imigrantes provenientes de 43 países, indicou que certas linhagens genótípicas estavam relacionadas à presença de tuberculose pulmonar e, outras, à extrapulmonar, no entanto, testes estatísticos não confirmaram este tipo de associação (Svensson et al., 2010). Já outro estudo comparou doentes com tuberculose, entre 1992 e 2002, nascidos na Suíça, com imigrantes indocumentados, e identificou, nas radiografias de tórax destes últimos, lesões relacionadas à maior risco de reativação da tuberculose, concluindo que estas alterações estavam relacionadas ao fato dos imigrantes serem de origem latino-americana (Wolff et al., 2010).

Continuando a discussão dos achados, os dados do presente estudo apontam que as unidades hospitalares de internação ou os serviços de urgência/emergência constituíram importantes locais de descoberta dos casos, seja para os bolivianos ou não, o que denota falha nos serviços de Atenção Primária à Saúde. O tipo de descoberta foi significativamente diferente para os dois grupos, sendo que a internação hospitalar foi maior entre os não bolivianos. Martinez et al. (2012), em estudo já referido anteriormente, na

cidade de São Paulo, identificou que os bolivianos têm diagnóstico e tratamento significativamente maior nas UBS do que os brasileiros.

Assim, observa-se que os dados do presente estudo estão em desacordo com o PCT, que ressalta que a Atenção Básica deve ser a porta de entrada para os serviços do SUS, utilizando-se de tecnologias de saúde capazes de resolver os problemas de maior relevância no território específico, entre eles a tuberculose. Sendo assim, a descoberta de casos de tuberculose deve ser prioridade nas UBS (Brasil, 2011a).

Nas últimas décadas, em grandes metrópoles, ocorreu aumento de casos de tuberculose diagnosticados nos hospitais. Na cidade do Rio de Janeiro, os hospitais notificaram 28,0% dos casos em 1998, tendo este número aumentado, em 2004, para 33,0%. Já em São Paulo, para o ano de 2005, 42,0% dos casos foram notificados em prontos-socorros ou hospitais. Os pacientes notificados em hospitais apresentam, com maior frequência, retardo no diagnóstico, comorbidades e outras situações que evidenciam imunossupressão, apresentando taxas de morbi/mortalidade três a quatro vezes superiores à dos pacientes atendidos em UBS (Brasil, 2011a).

Estudo de natureza qualitativa realizado por Paula et al. (2014), em dois municípios, aponta como motivos para a busca de diagnóstico e tratamento, nas unidades de urgência e emergência: o preconceito e o medo, pois muitas vezes a UBS fica próxima à residência; procura somente quando a doença está avançada, configurando-se emergência; imediatismo, muitos usuários dirigem-se aos serviços de emergência, pois consideram atendimento da UBS demorado; não importância às ações de prevenção; e falhas da rede básica como falta de profissionais, de acolhimento, e de capacidade para identificar a doença.

No presente estudo a maioria das unidades notificantes, para os bolivianos, foram serviços da região da STS-Pe, sendo significativamente maior do que para o grupo de não bolivianos, que são notificados na maioria das vezes por outras regiões (52,4%). Isto pode indicar que a comunidade boliviana tem buscado atendimento nas unidades locais, talvez até por desconhecer recursos em outro espaço. Ou, ainda, pode-se aventar que os profissionais dos serviços de saúde, cientes do impacto deste grupo nos indicadores epidemiológicos da doença na região, realizem a suspeição da doença com maior frequência ao atender bolivianos.

No que se refere à presença de comorbidades, a quase ausência destas, no grupo de bolivianos, foi significativamente maior do que para os não bolivianos. As únicas morbidades informadas pelos bolivianos foram diabetes e alcoolismo, ainda que significativamente menores nesse grupo, quando comparado aos não bolivianos. Tais dados corroboram os achados de Martinez (2010), que identificou diferença significativa em relação à presença de alcoolismo, diabetes e doença mental, quando comparados os grupo de imigrantes e de brasileiros com tuberculose.

Tais achados podem ser questionados, na medida em que deve considerar-se que a migração produz situações de desgaste, que podem levar ao “estresse pós-migratório”, muitas vezes, acompanhado por problemas financeiros, desestruturação familiar, entre outros, o que se constitui em fator de risco importante para o consumo de drogas, dentre outras situações. Estudo realizado com amostra representativa de imigrantes, em Sevilha, na Espanha, em 2011, identificou que os imigrantes apresentavam prevalência do consumo de drogas superior à da população natural do País (López, Rodriguez-Gásquez, Lomas-Campos, 2012).

Neste mesmo sentido, pesquisa realizada em países de baixa incidência de tuberculose da UE, identificou que os casos de

tuberculose concentravam-se em algumas grandes cidades, especialmente entre certos grupos, incluindo imigrantes provenientes de países com alta incidência da doença, moradores de rua, e aqueles com história de uso indevido de drogas e álcool, às vezes, estes fatores apresentam-se de forma sobreposta (Van Hest et al., 2014).

Portanto, os resultados do presente estudo, que apontam baixa presença de comorbidades entre os imigrantes bolivianos, pode indicar falhas no preenchimento da variável na FNTb, em decorrência, por exemplo, da dificuldade de compreensão relacionada ao idioma ou, ainda, como a maioria destes imigrantes pode ser de indocumentados, apresentam receio de referir a presença de certos agravos. Infere-se, por outro lado, que aqueles que imigram para o Brasil, seriam naturalmente selecionados entre os mais hígidos na população originária, garantindo, assim, melhor situação de empregabilidade no país de destino. Ou, ao contrário, seriam realmente as pessoas mais dotadas de necessidades e que imigram em busca de melhores condições de trabalho e de vida. Entretanto, parece ser bastante evidente que as condições de trabalho a que se expõem tais imigrantes, além de todas as decorrências que envolvem o processo de morar em outro país, certamente contribuem para a expressão de vulnerabilidades e a manifestação de enfermidades.

Quanto ao percentual de testagem para o HIV, foi semelhante para ambos os grupos, no entanto, a positividade do exame foi significativamente menor entre os bolivianos. A positividade para o total dos bolivianos estudados foi de 1,0% e para os não bolivianos e 15,1%, ressalta-se que entre os anos de 2007 e 2013, o Município de São Paulo, apresentou média de 12,0% de positividade de HIV, entre os casos novos³⁴, estando portanto os bolivianos abaixo da

³⁴ Dados obtidos com a Responsável pelo TBWeb no PCT do Município de São Paulo, por correio eletrônico, em 07 jan. 2015 (dados provisórios).

média. O baixo percentual de coinfeção de tuberculose/AIDS pode ser reflexo da situação epidemiológica da doença na Bolívia, que tem prevalência baixa, estimada em 0,3% para adultos de 15 a 49 anos, para 2013 (UNAIDS, 2013). A incidência da doença, nesse País, para o ano de 2012, foi de 2,6 casos/100.000 habitantes, uma das menores da América Latina, superior somente à taxa da Argentina, de 2,3 casos/100.000 habitantes (OPAS, 2014).

Em relação aos pacientes com tuberculose pulmonar, que se constituem em fonte importante para a transmissão e manutenção da doença em nosso meio, observa-se que o tempo médio de descoberta da doença apresentou-se em torno de 7,4 semanas, semelhante para ambos os grupos. No entanto, a análise deste dado fica prejudicada, uma vez que não há informação para um elevado número de casos: entre os bolivianos, 128 (64,3%) e 982 (60,7%) entre os não bolivianos.

A demora em procurar os serviços de saúde pode ser ainda mais agravada pela condição de imigração. Revisão sistemática de estudos sobre a tuberculose em imigrantes identificou que os atrasos em procurar cuidados de saúde eram comuns, resultando em dias até meses, desde o início dos sintomas, com retardo no diagnóstico (Tomás et al., 2013). Nesta mesma direção, estudo anteriormente citado, realizado em Genebra, com imigrantes notificados entre 1992 e 2002, identificou que apenas 5,0% dos indocumentados foram atendidos por um profissional de saúde no primeiro mês de apresentação dos sintomas, taxa que se eleva para 30,0% entre os documentados, o que é digno de nota (Wolff et al., 2010). Outro estudo, realizado no mesmo País, de 1994 a 1998, porém com menor amostra, identificou diferença significativamente menor entre o tempo decorrido entre o início dos sintomas e a primeira consulta para a população em geral, do que para os imigrantes provenientes da América do Sul (Perone et al., 2005).

Observou-se, no presente estudo, que o exame de baciloscopia de escarro foi realizado com maior frequência para os casos de bolivianos (97,5%), quando comparado aos não bolivianos (87,8%), além de ter maior positividade entre os bolivianos, apresentando diferença significativa. Ressalta-se que este tipo de exame utiliza método simples e seguro, devendo ser realizado para todos os casos suspeitos de tuberculose pulmonar, além de ser importante no controle do tratamento (Brasil, 2011a; Barreto et al., 2014). Destaca-se que as taxas encontradas no presente estudo estão em consonância às determinações do PNCT.

No Município de São Paulo está indicada a realização de cultura de escarro e teste de sensibilidade para todos os imigrantes com suspeita de tuberculose e há orientações específicas de solicitação do exame para outros grupos (São Paulo, 2013c). No entanto, os resultados do presente estudo revelam altos percentuais de não realização da cultura para bolivianos, sendo significativamente maior quando comparado ao grupo dos não bolivianos. Levando-se em consideração que o exame de baciloscopia foi realizado em elevado percentual para ambos os grupos, e que o material encaminhado para análise laboratorial é o mesmo, para ambos os exames, questiona-se os motivos da não realização da cultura.

Já em relação ao teste de sensibilidade, a ausência de informação, pode estar relacionada, em parte, à demora e às dificuldades no fluxo do retorno dos resultados dos exames, pois esta informação é disponibilizada, em média, após 60 dias da solicitação do exame³⁵.

O I Inquérito Epidemiológico, realizado em 13 estados do Brasil, que avaliou o perfil de resistência às drogas tuberculostáticas, entre 1995 e 1997, identificou proporção de resistência à Isoniazida,

³⁵ Informações obtidas na SUVIS-Pe.

para casos novos ou com tratamento prévio de 4,4% e 11,3% respectivamente e, para a multirresistência, as proporções para casos novos e com tratamento prévio foram de 1,1% e 7,9% respectivamente. Dados referentes à 135 países mostram uma proporção de casos novos de tuberculose com multirresistência de 3,7% (2,1-5,2%) e de 20,0% (13,0-26,0%) em previamente tratados (Brasil, 2007; Brasil, 2011a; Hajar et al., 2014).

Voltando ao presente estudo, a realização da radiografia de tórax, para os casos pulmonares, apresentou taxas percentuais menores de realização do que a baciloscopia, para ambos os grupos. No entanto, há que se considerar que a radiografia de tórax é um método diagnóstico de grande importância na investigação da tuberculose, devendo ser solicitada para todo paciente com suspeita clínica da doença na forma pulmonar. Mesmo na presença de baciloscopia positiva, o exame radiológico deve ser solicitado, com a finalidade de exclusão de doença pulmonar associada (Brasil, 2011a). Muito embora este tipo de exame exija equipamento e instalações específicas o que confere maior complexidade na realização do que a baciloscopia de escarro, a rede de serviços de saúde, na cidade de São Paulo e, especificamente na STS-Pe, disponibiliza este tipo de exame em todas as AMA, não sendo necessário agendamento prévio. Portanto, não há justificativa para a sua não realização.

Quanto ao TDO, é considerado estratégia fundamental para o sucesso do tratamento, devendo ser ofertado para todo tipo de caso, seja novo ou retratamento, pois não é possível precisar quem irá aderir ao tratamento. Este tipo de tratamento pode ser realizado no domicílio do paciente, na Unidade de Saúde, ou de forma compartilhada (Brasil, 2011a; Rocha et al., 2014).

Conforme explicitado anteriormente, operacionalmente, o MS define como TDO efetivado, aquele em que, ao final do tratamento, o

paciente tenha realizado 24 tomadas observadas na fase intensiva e 48 tomadas observadas na fase de manutenção (Brasil, 2011a; Rocha et al., 2014).

A intenção de realização do TDO foi significativamente maior para o grupo de bolivianos, e a efetivação do TDO não se mostrou significativa ao comparar-se os grupos. Destaca-se, no entanto, que a porcentagem de intenção do TDO (31,5%) é baixíssima. Ainda, se considerar-se que no grupo que apresentou intenção em realizar o TDO, somente 35,5% o fizeram, conclui-se que o tratamento na forma supervisionada está muito aquém das metas propostas pelo MS. O PCT tem como meta a realização deste tipo de tratamento para 80,0% dos pacientes, prioritariamente para os casos de tuberculose pulmonar (Brasil, 2011a; Brasil, s.d.). O estudo realizado por Martinez (2010), já citado anteriormente, identificou que os pacientes bolivianos realizaram significativamente mais TDO do que os brasileiros, no entanto, não deixa claro se as taxas obtidas referem-se ao TDO efetivamente realizado.

Quanto à taxa de abandono, para o período de 2006 a 2013, conjuntamente analisada para ambos os grupos, apresentou-se alta: 21,5%, correspondendo à taxa de cura, que foi baixa (65,6%), não se adequando às recomendações do PCT, de 85% de cura e de abandono inferior à 5% (Brasil, 2011a; Brasil, s.d.). Além das taxas de cura e abandono, as transferências e falências, foram significativamente maiores entre os bolivianos. Já em relação aos óbitos, ressalta-se que, no período estudado, ocorreram somente 03 mortes para bolivianos, que tiveram como causa básica a tuberculose, e não houve óbitos por outras causas. Além disso, o fato das transferências e falências de tratamento apresentarem-se proporcionalmente maiores entre os bolivianos, pode relacionar-se às constantes idas e vindas ao país de origem.

Goldberg (2013) que realiza uma abordagem comparativa da incidência de tuberculose em imigrantes bolivianos em Buenos Aires (Argentina) e São Paulo aponta, mas não apresenta dados numéricos, sobre a influência que a mobilidade desse grupo teria sobre as taxas de abandono ao tratamento. Justificando para tanto, que as condições de extrema vulnerabilidade à que estão expostos os imigrantes, levaria a aumento do abandono devido à dificuldades econômicas para deslocar-se, retirar a medicação e fazer as consultas.

O estudo de Martinez et al. (2012) identificou que as taxas de cura para os bolivianos foram significativamente maiores do que para brasileiros, bem como as taxas de abandono significativamente menores para os bolivianos. Os autores não explicam os motivos para tal achado.

As séries históricas da região da STS-Pe, que apresentam o tipo de encerramento indicam maiores oscilações entre os bolivianos, e maior constância entre as taxas de cura e abandono entre os não bolivianos, apesar de não se adequarem às metas propostas pelo MS, para ambos os grupos.

Quanto à investigação dos contatos, é considerada pelo PCT como instrumento importante para evitar o adoecimento e diagnosticar precocemente casos de doença e deve ser realizada para todos os casos mas prioritariamente, para os contatos de pacientes com tuberculose pulmonar bacilífera (Brasil, 2011a). Considera-se como contatos, todas as pessoas, familiares ou não, que convivem com o paciente com tuberculose em um mesmo ambiente (Brasil, 2011a; Barreto et al, 2014).

Observou-se, no presente estudo, que um percentual elevado de contatos não foi avaliado, o que pode comprometer o controle da doença para ambos os grupos, destacando-se a importância das condições de vida e trabalho, que podem contribuir para as

vulnerabilidades dos contatos, especialmente tratando-se do grupo de bolivianos. Também há que se levar em consideração que, para o grupo dos bolivianos, o rastreamento dos contatos talvez seja mais difícil, devido aos temores de deportação (Tomás et al., 2013), e aos constantes deslocamentos na cidade de São Paulo (Preturlan, 2012), dentre outros argumentos. No presente estudo, a diferença entre os contatos examinados para ambos os grupos foi significativa, o que corrobora os achados de Martinez et al. (2012).

A análise dos dados desta primeira Etapa do estudo permitiu identificar o perfil epidemiológico dos imigrantes bolivianos, a partir dos dados informados nas fichas de notificação. A comparação ao grupo de não bolivianos possibilitou identificar diferenças que podem apoiar a implementação de políticas específicas para esse grupo social.

A seguir, apresenta-se a discussão dos achados relativos à Etapa 2, que possibilitam ampliar o entendimento do processo saúde-doença do grupo estudado.

Etapa 2

6.2 OS ENTREVISTADOS E SEUS DEPOIMENTOS

Tomando por referência o entendimento de que a realidade contém as dimensões singular, particular e estrutural, que exercem determinação na causalidade de um determinado agravo de saúde ou enfermidade, conforme preconiza a Teoria da Determinação Social da Saúde-Doença, há que se levar em consideração, no presente caso específico de estudo, que a dimensão singular se refere mais diretamente ao sujeito, portanto, o imigrante boliviano, e leva em conta as características da doença e do adoecimento, do tratamento e da atenção proporcionada pelos serviços de saúde.

Em relação a esta dimensão, e ainda tomando emprestado o conceito que Ayres et al. (2006), a respeito da Vulnerabilidade, que o empregaram para a AIDS, mas transportando-o para o caso da tuberculose, refere-se ao princípio de que “todos os indivíduos são suscetíveis à infecção e ao adoecimento”. Assim, a interpretação do processo saúde-doença, focalizando-se para essa dimensão leva em conta o modo de vida das pessoas, que pode contribuir para o desgaste e exposição à enfermidade ou para o fortalecimento e proteção contra a doença, incluindo o seu enfrentamento. Essa dimensão também integra o grau da informação e conhecimento sobre a doença e suas formas de transmissão e, também, a capacidade de elaboração de tais informações e de incorporá-las ao cotidiano.

A dimensão particular integra a complexidade da saúde como processo eminentemente social. Neste sentido, o adoecimento envolve uma série de aspectos que extrapolam a vontade individual e são determinados pela forma como o indivíduo se insere na sociedade. O acesso à alimentação, transporte, moradia, educação, trabalho, assistência à saúde, lazer, entre outros, determinam o enfrentamento e a superação do adoecimento. Portanto, o acesso à informação, os significados em relação aos valores e interesses, as possibilidades de concretizá-los em ações práticas, remetem aos aspectos materiais, culturais, políticos, morais, ou seja, todos aqueles que dizem respeito à vida em sociedade.

Já a dimensão estrutural do processo saúde-doença, envolve o aparato político, jurídico e ideológico que, no caso dos imigrantes envolve políticas específicas para este grupo, além de condições plenas para o exercício da cidadania e do direito dos sujeitos.

Sendo assim, acredita-se que, para além do perfil destes sujeitos, os depoimentos individuais permitem mostrar o quão

complexa é a relação entre o trabalho, a vida e o processo saúde-doença, conforme verificar-se-á a seguir.

6.2.1 O perfil dos entrevistados

Em relação ao perfil dos entrevistados, é necessário mencionar que se considera que a média de tempo de 76,3 dias entre a data do início do tratamento e a da entrevista, mostrou-se adequada, uma vez que permitiu o contato com os pacientes, que vivenciaram aspectos relacionados ao adoecimento e ao atendimento dos diversos profissionais da Unidade, supondo-se que este tempo médio, permitiu que os sujeitos tivessem realizado pelo menos duas consultas médicas e concluído a fase intensiva do tratamento.

Não havia, entre os entrevistados, pacientes residentes no DA Vila Matilde, no entanto, as Unidades de Saúde em que os pacientes realizavam tratamento representaram todos os DA, sendo que as UBS da região do DA Penha concentraram maior número de entrevistados, seguidas pelas unidades do DA Cangaíba. Estes dados corroboram os obtidos na Etapa 1 desta pesquisa, que apontam estes dois Distrito como o de maior TI de tuberculose para bolivianos na região. A despeito da inexistência de dados oficiais sobre o número de imigrantes bolivianos ou de oficinas de costura na região da STS-Pe, bem como no Município de São Paulo como um todo, observações empíricas apontam que o DA Cangaíba e Penha são polos concentradores de oficinas de costura, o que em parte pode justificar a maior ocorrência de casos de tuberculose entre bolivianos.

Identificou-se que as unidades de atendimento localizavam-se, na maioria das vezes, distantes da residência dos pacientes entrevistados. Salienta-se que as Unidades de Saúde da região do

DA Penha, no ano de 2008, sofreram redistribuição da área de abrangência, sendo que algumas destas, passaram da administração direta da SMS para o gerenciamento de uma Organização Social de Saúde (OSS)³⁶. Esta mudança fez com que o Ambulatório de Especialidades Maurice Paté (Penha), que anteriormente tinha área de abrangência, assumisse somente as atividades inerentes ao nível de atenção secundária, sendo a população da região, redistribuída entre outras três unidades. Esta mudança pode justificar, a distância geográfica entre a unidade de tratamento e o domicílio, ainda que para alguns entrevistados.

Em relação ao sexo, houve predominância do sexo masculino, porém a presença feminina entre os entrevistados reitera os dados obtidos na Etapa 1, que indicaram maior representatividade das mulheres imigrantes nos casos de tuberculose.

A faixa etária predominante de 20 a 39 anos aponta que os entrevistados integram parte da faixa produtiva da população, de igual modo reiterando os achados da Etapa 1 da pesquisa.

Os entrevistados, em sua maioria, eram originários do Distrito de La Paz (72,8%), o que corrobora os achados de Martinez (2010) que, em estudo realizado com 26 imigrantes de origem boliviana, que tratavam a tuberculose na região central do Município de São Paulo, identificou que 73,0% procediam de La Paz. Concordam ainda com os resultados do estudo realizado por Martes e Faleiros (2013), que avaliou o acesso aos serviços de saúde de imigrantes bolivianos, e identificou 78,0% dos entrevistados originários de La Paz.

Neste sentido, estudo realizado por Preturlan (2012), cuja temática era a mobilidade dos bolivianos para a cidade de São Paulo, concluiu que o fluxo atual de jovens imigrantes, com pouca

³⁶ Fonte: SUVIS-Pe e <http://sas-seconci.org.br/index.php/home>. Acesso em 20 dez 2014.

qualificação, é proveniente de grupos populacionais que migraram na geração anterior para La Paz e Cochabamba, grandes centros urbanos da Bolívia, e destas cidades se dirigiram para o Brasil. Pode-se ainda inferir que o fato de La Paz abrigar a capital do País, facilite a circulação de informações sobre a emigração para o Brasil, bem como haja maior facilidade de recrutamento de mão de obra nesta região.

Entre os entrevistados, identificou-se que 59,1% encontravam-se há menos de quatro anos no Brasil, ou seja, com histórico de imigração recente. Estudo realizado por Martes e Faleiros (2013), anteriormente citado, identifica tempo de residência dos imigrantes, semelhante ao observado neste estudo, pois 64,0% estavam no Brasil há menos de cinco anos.

Os dados do presente estudo, que demonstram um curto período de tempo de residência no Brasil, entre os entrevistados, podem indicar, por um lado, que a tuberculose seja resultante das condições de vida e trabalho, no novo País, que demandam um processo de adaptação à nova situação, que provoca desgastes e, portanto, pode favorecer o adoecimento.

A escolaridade dos entrevistados mostrou-se elevada, sendo que nenhum dos entrevistados tinha menos de quatro anos de estudo, e a maioria (90,9%), oito ou mais anos de estudo. Tais achados corroboram os resultados de Martes e Faleiros, (2013), já citados anteriormente, que identificaram, entre os entrevistados de seu estudo, que 74,0% deles tinham, pelo menos, o ensino médio incompleto. Já a situação é bastante diferente em relação à escolaridade materna, pois 93,3% declararam que suas mães tinham menos de quatro anos de estudo, o que pode indicar inequidade de acesso à educação nas gerações anteriores, sendo necessário outras investigações que permitam compreender este fenômeno.

Os dados referentes à ocupação reiteram a informação que os imigrantes bolivianos encontram oportunidades de emprego em pequenas indústrias de confecções e oficinas de costura, em sua maioria, clandestinas (Silva, 1996; Buechler, 2004; Silva, 2009a). Confirma ainda mais a importância do setor têxtil na vida dos imigrantes bolivianos, ao identificar que, mesmo as outras profissões referidas pelos entrevistados, tem relação com o ramo das confecções. Sendo assim, qualifica e acrescenta os achados referentes à ocupação, identificados na Etapa 1 do estudo, entre estes, a baixa taxa de desemprego entre os bolivianos.

A excessiva jornada de trabalho, encontrada no presente estudo corrobora os dados de literatura, que tem apontado que os imigrantes bolivianos na cidade de São Paulo têm como principal ocupação o setor têxtil, com condições precárias de trabalho, além de longas jornadas e alta rotatividade (Silva, Bettin, 1996; Silva, 2001; Buechler 2004; Preturlan, 2012; Vidal, 2012; Cortês, 2013; Pereira, 2013; Watanabe, s.d.), situação já apresentada na Introdução deste trabalho.

Também o fato do local de residência corresponder ao local de trabalho, para a maioria dos entrevistados, já foi identificado em estudos realizados com imigrantes bolivianos (Silva, 1996; Silva, 1997; Silva, 2009a; Dornelas, 2009; Aguiar, Mota, 2014).

A maioria dos entrevistados referiu que o local de trabalho e, portanto, muitas vezes de residência, era arejado e ventilado (17: 81,0%). Infere-se que a percepção pessoal dos entrevistados pode ter influenciado a resposta, uma vez que vários autores descrevem que as casas que normalmente servem como oficina e residência, são geralmente subdivididas em vários cômodos, albergando muitas pessoas ou famílias, em condições precárias de higiene, com presença de umidade, pouca ventilação. Descreve-se que, em muitos casos, as janelas permanecem fechadas para camuflar o

ruído das máquinas de costura (Silva, Bettin, 1996; Silva, 1997; Buechler, 2004; Patussi, 2005; Dornelas, 2009; Silva, 2009b; Rossi, Sakamoto, 2010; Pereira, 2013; Goldberg, Silveira, 2013; Silveira et al., 2013). Adicionalmente, o depoimento de um dos entrevistados do presente estudo, reconhece que as oficinas de costura da região da Penha, para as quais fornece serviço, não são arejadas e apresentam péssimas condições de higiene (&13,41).

Em relação ao local de diagnóstico da tuberculose, somente 13,6% dos entrevistados referiram unidades ambulatoriais, o que demonstra predomínio dos serviços hospitalares e de emergência. Estes dados não são compatíveis com os obtidos na Etapa 1 desta pesquisa, que identificou como local de descoberta da doença, para mais da metade dos doentes bolivianos, as UBS e os Ambulatórios. Este resultado contraditório pode refletir uma dificuldade no preenchimento da ficha de notificação, pois os depoimentos dos entrevistados, que serão relatados posteriormente, apontam uma trajetória conturbada, com várias passagens pelos serviços de saúde, o que muitas vezes pode não ter sido compreendido pelo responsável pelo preenchimento da ficha. Estes dados levam, ainda, ao questionamento se há dificuldade de acesso às UBS, decorrente das condições de trabalho e de vida, ou se os profissionais das UBS vêm negligenciando o atendimento à esta população. Uma vez que a relação entre a tuberculose e a comunidade boliviana já é de conhecimento daqueles que atuam na rede de atenção básica, esperar-se-ia um olhar mais atento que orientasse a busca ativa e o diagnóstico da doença para este grupo populacional.

Em relação ao tipo de caso e as formas clínicas da doença, os dados assemelham-se ao que foi identificado na Etapa 1 desta pesquisa, sendo que a maioria dos entrevistados apresentou tuberculose pulmonar, como caso novo.

Em relação aos exames para o diagnóstico da doença, a baciloscopia de escarro foi realizada por todos os entrevistados, estando, portanto, em acordo às orientações do PNCT (Brasil, 2011a). Ressalta-se que três entrevistados com tuberculose pulmonar tiveram resultado de exame de escarro negativo, e 31,8% não realizaram a radiografia de tórax. Conforme já referido anteriormente, a oferta do exame de raio-X é facilitada na região da STS-Pe, devido à presença das AMA, que realizam tal exame sem necessidade de prévio agendamento, não justificando portanto a não realização deste exame.

Ainda conforme citado, o PCT do Município de São Paulo recomenda a realização de cultura de escarro para todos os imigrantes (São Paulo, 2013c), no entanto, observa-se que somente 9 (40,9%) entrevistados realizaram esse exame, destacando-se a identificação de um caso que apresentava monorresistência à Isoniazida. Ressalta-se que a Etapa 1 deste estudo mostrou uma porcentagem de realização de cultura, para os doentes de origem boliviana, ainda menor que a identificada entre os entrevistados (17,3%). Ainda que estes últimos tenham constituído um contingente bastante menor e, portanto, talvez não sujeito à comparação exata, em termos percentuais o achado pode indicar a necessidade de identificar quais seriam os motivos da não realização deste exame, uma vez que a baciloscopia foi realizada por todos os entrevistados.

Em relação às comorbidades, somente um dos entrevistados referiu ter *Diabetes mellitus*. Destaca-se que os casos de coinfeção TB/HIV eram critérios de exclusão do estudo, no entanto não ocorreu nenhum caso desses durante o período da coleta de dados. A restrita presença de comorbidades, reafirma os resultados identificados na Etapa 1 entre imigrantes bolivianos.

Já em relação aos contatos examinados, observa-se que somente 26,3% dos entrevistados atingiram a meta preconizada pelo

MS, já anteriormente citada, do exame de mais de 80% dos contatos (Brasil, 2011a). Ressalta-se que a Etapa 1 desta pesquisa identificou, entre o grupo de doentes bolivianos, a avaliação de mais de 80,0% dos contatos, para 68,1% dos casos. Acredita-se que os dados resultantes da entrevista são mais detalhados e, portanto, podem apresentar resultados mais fidedignos, apesar de se provenientes de um menor contingente.

Em relação ao TDO, observa-se importante discrepância entre: as informações obtidas na FNTb, preenchida nos serviços de saúde, no momento em que o paciente inicia o tratamento; as informações mensais de comparecimento do doente, que possibilitam o fornecimento das Cestas Básicas; e o que foi identificado como TDO nas entrevistas. Considerou-se como TDO, os entrevistados que declararam, no momento das entrevistas, seguir os critérios do MS para a tomada da medicação, observada diariamente, de segunda à sexta-feira, sendo também aceitos os casos em que a ingestão da medicação ocorra de forma supervisionada, no mínimo três vezes por semana (Brasil, 2011a, Rocha et al., 2014).

A realização do TDO, no Município de São Paulo, de acordo com o preconizado pelo MS, concede direito a uma Cesta Básica mensal, fornecida durante todo o período de tratamento. Nos casos em que a residência do doente for distante da UBS, pode-se oferecer o tratamento compartilhado, ou o Vale Transporte que, para a cidade de São Paulo, é denominado como Bilhete Único (São Paulo, 2013a; São Paulo, 2013b). Estes incentivos não se constituem em finalidade do TDO, mas servem como estímulos para o tratamento. Uma vez obedecidos os critérios de realização, conforme já assinalado anteriormente, o TDO será considerado efetivado, ao final do tratamento, se o doente tiver ingerido, no mínimo, 24 tomadas na fase intensiva e 48 na fase de manutenção (Brasil, 2011a). De acordo com estes critérios identificou-se, como

pode se observar na Figura 6, o fornecimento de Cestas Básicas de forma inadequada para pacientes que não realizaram o TDO, e o não fornecimento para pacientes que realizaram o tratamento. Não obstante o fato de que tal conduta constitui-se em atividade ilícita, uma vez que envolve recursos adquiridos com verba pública, pode-se inferir que tal fato seja motivado por envolvimento do profissional, na tentativa de “ajudar” o paciente boliviano, com reconhecidas condições de vulnerabilidade, ou, ainda, objetiva cumprir a meta de realização do TDO, insistentemente “cobrada” pelos responsáveis pelo PCT.

As taxas de cura e abandono, entre os entrevistados, situaram-se dentro dos parâmetros estipulados pelo MS, isto é: cura maior do que 85% e abandono menor que 5%. No entanto, estas taxas limitam-se aos entrevistados, uma vez que, conforme pode se observar na Figura 8, houve cinco casos de abandono, no período do estudo, que não compuseram a amostra do presente estudo.

6.2.2 As categorias de análise e os depoimentos

Já a segunda parte da Etapa 2 deste estudo diz respeito aos depoimentos dos entrevistados, que fizeram emergir categorias e subcategorias, que estão inter-relacionadas e são interdependentes, uma vez que o processo saúde doença se constitui em uma trama complexa correspondente às dimensões da realidade objetiva: a dimensão estrutural, que se refere à organização da sociedade e à estrutura ideológica, política e jurídica; a dimensão particular, que envolve os processos de reprodução social, qual seja, a forma como se organiza a vida e o trabalho; e a dimensão singular, que se refere aos processos que ocorrem no âmbito da comunidade, famílias e indivíduos (Egry, 1996). No entanto, apenas com a finalidade didática, as Categorias que emergiram dos discursos, que são

Trabalho, Processo Saúde-Doença e Assistência, serão analisadas separadamente.

Categoria I - Trabalho

Para os sujeitos imigrantes bolivianos entrevistados, o processo de adoecimento apresentou-se fortemente vinculado à vida e ao trabalho que, conforme preconiza a Determinação Social da Saúde-Doença, determinam desgastes e fortalecimentos, com preponderância aparente, no presente estudo, para os primeiros.

Os depoimentos apontam que os pacientes entrevistados migraram para o Brasil, em geral, em busca de melhores condições de vida, em alguns casos, apresentando experiência anterior de imigração para a Argentina (J1, Q7), sendo que a maioria vivia com cônjuges, filhos, e outros parentes (77,3%).

Estudo realizado com imigrantes bolivianas grávidas, em uma UBS do Centro de São Paulo, reitera que o motivo da imigração foi decorrente de busca por trabalho no Brasil, acrescentando que a maioria destas mulheres migrou com familiares, e não com seus parceiros atuais (Madi, Cassani, Silveira, 2009).

Xavier (2012), em estudo sobre a imigração de bolivianos na cidade de São Paulo, aponta que, em muitos casos, a permanência desse grupo populacional, só é possível pelo fato de poder trabalhar no mesmo local onde mora, e com um parente, consanguíneo ou não, um “padrinho” que, muitas vezes, coincide com a pessoa responsável pela vinda do imigrante para o Brasil. A relação com tal parente é sólida e, não raro de dependência. Sendo assim, a autora conclui que este “padrinho” teria uma função ambígua, de facilitar a inserção do imigrante na sociedade de acolhida e de legitimar a exploração da mão de obra de “seu afilhado”.

Dornelas (2009), em estudo realizado com agentes da Pastoral da Saúde, em 2004 e 2005, na região Leste de São Paulo, acrescenta, ainda, que o imigrante boliviano vive em um meio social fechado, que condiciona seus relacionamentos familiares, seu comportamento e convivência social, e que o meio social é entrecortado pela competitividade do trabalho, que filtra o relacionamento com as pessoas e instituições do país onde houve a instalação.

Saladini (2012) aponta que a tendência dos imigrantes de se autoisolarem dificulta, quando não impede, a integração à nova sociedade, tornando-os perenes exilados. Ademais, reforça a estranheza da sociedade local a esses grupos diferenciados de pessoas e culturas, o que leva a uma separação étnica e social.

Destaca-se que a distribuição territorial da comunidade boliviana na cidade de São Paulo, não corresponde a nenhuma das categorias internacionalmente reconhecidas, associadas às minorias étnicas, tais como, o gueto ou o enclave étnico. Nesta Cidade, o espaço de trabalho é ampliado, e a oficina de costura passa a ser espaço de moradia; como contraponto, ocorre um enfraquecimento da presença da comunidade no espaço público (Cymbalista, Xavier, 2007).

Levando-se em consideração que alguns entrevistados referiram dificuldades com o idioma que por vezes causou sofrimento e ansiedade, acredita-se que o “confinamento” (in)voluntário dos imigrantes ao seu espaço de trabalho, pode agravar este problema. A questão do idioma será mais explorada na discussão da Categoria “Assistência”. No entanto, há que salientar que a forma como trabalham e vivem os bolivianos parece dificultar sobremaneira o aprendizado do idioma, dado que tem oportunidades restritas de relação com o mundo exterior.

O trabalho exerce influência marcante sobre a forma como se organiza a comunidade boliviana na cidade de São Paulo. Assim, reconhece-se como de importância fundamental, para o entendimento do processo de adoecimento por tuberculose, compreender como se organiza o trabalho nesta comunidade. Portanto, é relevante entender como se dá o recrutamento destes imigrantes bolivianos, uma vez que desencadeia todo o processo de migração para o trabalho nas oficinas de costura do Brasil. Ora, em geral, o recrutamento da mão de obra ocorre ainda na Bolívia, alimentado pelas relações de parentesco e pelas redes sociais. Muito embora exista aliciamento de bolivianos, por donos de pequenas oficinas de confecção, o que prevalece são os laços de parentesco, além das raízes étnicas comuns (Silva, 1996; Silva, Bettin, 1996; Tavares, Baeninger, 2010).

Neste processo migratório, a lógica em torno das relações de parentesco, estrutura, em muitos casos, os processos de acolhida na Cidade e, também, a organização da produção nas oficinas de costura, o que leva ao reconhecimento da imigração boliviana como um projeto coletivo (Moskovics, Corral, 2012; Xavier, 2012).

Cortês (2013) ressalta que a imigração dos bolivianos, em parte, é motivada pelo fato dos empregadores financiarem o deslocamento, a alimentação e a moradia, associados, ainda, à oferta de trabalho para pessoas não qualificadas, o que permite, em termos básicos, a reprodução humana. O autor acrescenta que, ao mesmo tempo em que estas características do trabalho estruturam a imigração, também são utilizadas pelos agentes estatais para definir o trabalho em condições análogas ao de escravo.

Sendo assim, segundo manifestação dos entrevistados, “a costura” é um esforço pessoal para a inserção naquela que, para muitos, se constitui como a única opção de trabalho reconhecida: “...ajudava até onde podia, porque não sabia fazer” (C6).

Watanabe (s.d.), em estudo realizado com imigrantes bolivianos na cidade de São Paulo, identificou que o aprendizado da costura nas oficinas, nem sempre é fácil, ocorrendo de forma gradual e fragmentada. Esta autora relata o depoimento de um imigrante boliviano, que pediu autorização para costurar determinadas partes de uma peça de roupa ao dono da oficina, o que lhe foi negado, sob a alegação da necessidade de maior tempo para este tipo de aprendizado. A mesma autora acrescenta que esta é uma forma de vincular o trabalhador por mais tempo à oficina.

Além disso, percebe-se a fragmentação do processo de trabalho, na forma como se organiza a “indústria” da confecção. Em geral, empresas líderes concentram a distribuição e o desenho das peças e, a partir dessas, se iniciam os pedidos que irão movimentar a cadeia de produção. Na sequência, as confecções fazem o trabalho de modelagem e corte das peças, e passam para as oficinas de costura, que realizam apenas o trabalho mecânico de montagem das peças, já concebidas, testadas e cortadas nas outras instâncias da cadeia produtiva (Leite, 2004). Na cidade de São Paulo, é evidente o domínio dos imigrantes de origem coreana, que cortam os tecidos e distribuem as peças em lotes para diferentes oficinas de costura, para depois recolherem as peças costuradas, ocupando, portanto, o elo secundário da cadeia de produção, aos quais, na maioria das vezes, estão subordinados os bolivianos (Galetti, 1996).

Este processo de produção descentralizado, fragmentado e em escala, faz com que os custos de produção sejam reduzidos e, portanto, com maior lucro para aqueles que se encontram no topo do processo produtivo (Galetti, 1996).

Outra característica do processo de trabalho dos imigrantes bolivianos em São Paulo é a baixa remuneração e o pagamento por peça produzida. Isto induz a uma carga horária de trabalho

excessiva, que foi constatada e descrita, no presente estudo, quando se comentou o perfil dos entrevistados (71,4% declararam trabalhar 50 e mais horas/semanais), e reiterada nos depoimentos “*bolivianos trabajan mucho*” (U16).

Em alguns casos, os sujeitos do estudo, apesar de pronunciarem-se “desobrigados” pelos donos das oficinas, à jornada exaustiva de trabalho, declararam fazê-lo, almejando maiores ganhos financeiros (P1). Deve-se considerar, ainda, que, como os entrevistados referiram, há períodos de maior oferta de trabalho. O período de baixa temporada do setor têxtil, normalmente corresponde aos meses de janeiro a fevereiro (&15,19) (Silva, Bettin, 1996; Buechler, 2004; Pereira, 2013).

Não obstante as péssimas condições de trabalho e de vida a que estão expostos os imigrantes bolivianos, Cortês (2013) aponta que o fato da remuneração do trabalho ser por peça, leva os costureiros a extensas e intensas jornadas de trabalho, permitindo acumular recursos financeiros maiores do que se fosse assalariado, pois neste caso, haveria limites trabalhistas impostos pela legislação.

No entanto, a jornada excessiva de trabalho gera maior potencial de desgaste, podendo levar ao adoecimento. Watanabe (s.d.) relata o depoimento de um imigrante boliviano que, sem prática em costura, produzia muito lentamente as peças, o que o obrigava a aumentar as horas de trabalho, provocando intensas dores lombares, além de referir o incômodo decorrente do ruído da máquina de costura. Ou, ainda, como aponta Dornelas (2009), em estudo realizado com agentes da Pastoral da Saúde, que atuavam junto aos imigrantes bolivianos, em 2004 e 2005, na região Leste de São Paulo, o fato do trabalho na costura manter as mulheres na posição sentada por longas horas, levando-as a frequentes episódios de infecção do trato urinário. Neste sentido, Aguiar e Mota

(2014), em pesquisa qualitativa realizada em uma Unidade de Saúde da Família, da região central do Município de São Paulo, identificaram a dor lombar e nos membros superiores, como causa mais frequente de adoecimento, causada pelas longas horas na mesma posição.

Ademais, o estudo de Watanabe (s.d.) identificou que a condição de indocumentado no País, agravava ainda mais a relação do imigrante com o trabalho, sendo que, em um dos depoimentos levantados pela autora, o trabalhador, temeroso em sair às ruas e ser preso, trabalhava também durante os finais de semana.

Sendo assim, os bolivianos, em geral, tem pouco tempo para o descanso, a família, o lazer, e outras tantas atividades da vida social, trabalhando em locais que oferecem péssimas condições e em longas jornadas semanais. Tal situação leva à constatação de que, muitas vezes, são vistos pela sociedade como trabalhadores escravos, o que é reiterado pela Organização Internacional do Trabalho (OIT), que identifica duras condições de trabalho entre estes imigrantes. Neste sentido, o Ministério do Trabalho tem realizado *blitz* a oficinas de costura, sendo que, em alguns casos, identificaram-se condições análogas a do trabalho escravo (Saladini, 2012; Vidal, 2012; Cortês, 2013).

Vidal (2012) discorda da referência ao trabalho dos imigrantes bolivianos como análogo à escravidão. Para este autor, esta concepção é fruto do discurso de atores públicos, que se baseiam apenas no fato de que muitos imigrantes são indocumentados e trabalham até dezessete horas por dia e seis dias por semana. A autora afirma que, apesar das condições difíceis de trabalho, não se assemelham à escravidão pois, se há situações de dominação, há possibilidade de escape, materializado pelo processo de negociação de pagamento por peça, e na comercialização dos produtos da costura. A autora acrescenta, ainda, que a grande demanda das

oficinas, por costureiros, às vezes eleva a remuneração o que, em sua visão, seria contraditório ao conceito de escravidão.

Entretanto, há que se discordar dessa opinião, pois, apesar da facilidade de mudança de oficina de costura, determinada pela grande oferta de trabalho, como foi declarada por alguns dos entrevistados do presente estudo (L2,3; P3,7,8), as condições de trabalho e vida, em geral, apresentaram-se muito precárias, independentemente do local onde se situava a oficina. Ademais, a possibilidade de escape e de negociação, aventada por Vidal (2012), exige uma organização pessoal e coletiva, que os bolivianos parecem ainda não possuir, e isso pode ser decorrente do relativamente curto período de permanência no Brasil, como das condições específicas de encontro para dialogar a respeito das condições a que se submetem e propor alternativas que fujam da submissão da exploração. Evidentemente que outros processos também podem explicar o que vem ocorrendo com esse grupo social e que aqui não serão aprofundados, mas devem ser objeto de futuras investigações.

Preturlan (2012) aponta que a informalidade, a rotatividade e a sazonalidade, características do trabalho exercido pelos imigrantes bolivianos, além da disseminação de oficinas por toda a Região da Grande São Paulo, provocam frequentes mudanças do local de trabalho e, em consequência, do local de moradia; o que foi observado nos depoimentos do presente estudo. A autora ainda atribui à sazonalidade do setor de confecções, como motivação para as visitas frequentes à Bolívia. E conclui que a mobilidade deste grupo está enraizada nas características da inserção do mercado de trabalho.

A mobilidade foi apreendida em alguns depoimentos do presente estudo, e também tem sido observada de forma empírica nos serviços de saúde da região da STS-Pe. Ressalta-se que, no

caso da tuberculose, a mobilidade pode levar ao abandono do tratamento, sendo necessário, portanto, que os serviços de saúde estejam articulados para garantir o cumprimento do tratamento, a despeito da mobilidade do grupo, resguardando a referência e a contra referência, de forma a responder ao princípio da integralidade, que é um dos pilares do Sistema Único de Saúde brasileiro.

Ainda em relação ao processo de trabalho dos imigrantes bolivianos, deve-se levar em conta a fragilização à que estão submetidos. A complexidade da migração vulnerabiliza o indivíduo, pois quebra fortes vínculos, familiares, grupais, culturais, sociais, econômicos, entre outros. Além disso, identifica-se, ainda que sub-repticiamente, uma relação de subalternidade, que pode se traduzir na assumpção de sua inferioridade, que tem sido importante aliada na exploração destes (Watanabe, s.d.; Galetti, 1996).

Os depoimentos dos entrevistados apontam para a exploração dos imigrantes bolivianos pelos próprios compatriotas: “boliviano explora [...] boliviano” (P8), o que é reiterado por Galetti (1996) e por Simai e Baeninger (2011). Watanabe (s.d.) também identificou que o boliviano que estabelece sua própria oficina de costura, quer que o empregado, seja ele conterrâneo ou não, trabalhe muito, alegando para tal que, assim como muito de seus empregados, ele próprio não sabia costurar, baseado na crença que todos têm que vivenciar a mesma situação, inclusive as deletérias. O depoimento de um dos entrevistados reitera esta afirmação, “o patrão boliviano [...] não quer deixar ninguém ter a oportunidade [...] às vezes *enganam* os empregados” (&16,17,25).

A baixa remuneração foi referida por poucos entrevistados, sendo que os demais relataram receber o suficiente para viver; em alguns casos, referiram ajuda financeira ao país de origem, pois a situação na Bolívia “...tá pior do que aqui” (T2). Tal situação é

confirmada por Vidal (2012) que identificou, em pesquisa realizada na cidade de São Paulo, que os bolivianos consideram que o salário pago pelas oficinas é “decente”, sendo suficiente para ajudar os parentes, estejam eles no Brasil ou na Bolívia. Neste sentido, Martes e Faleiros (2013), em pesquisa realizada com imigrantes bolivianos, que avaliou o acesso aos serviços de saúde na cidade de São Paulo, identificaram entre os motivos para a imigração à possibilidade de enviar dinheiro para ajudar aos filhos.

O não reconhecimento e não referência dos entrevistados à baixa remuneração, explica-se, em parte, pela limitada expectativa de ganho que os bolivianos têm, ainda antes de sair do seu País. Algumas reportagens, divulgadas na mídia³⁷, que abordaram a situação da imigração da Bolívia para o Brasil, apresentaram denúncias de que os aliciadores ofereciam ganhos mensais de, aproximadamente, 100 dólares para ajudantes, e de 200 a 250 dólares para costureiros com prática. Tais reportagens concluíram que são salários baixíssimos, considerando-se o custo de vida elevado na cidade de São Paulo. Há que se ressaltar ainda, que as condições de vida na Bolívia não são boas, conforme já exposto anteriormente, muito embora o Presidente Evo Morales, que reassumiu o Governo do País, tenha proposto um aumento de 20,0% no salário mínimo, a partir de janeiro de 2015, que passaria para aproximadamente USD 181,70 dólares³⁸. É importante lembrar que, mesmo que a gestão atual do País apresente-se comprometida com a causa dos trabalhadores, indígenas pobres e miseráveis, a situação da Bolívia não será modificada imediatamente, pois é fruto de décadas de exploração desses grupos sociais.

³⁷ SportTV Repórter. [2008?]. 12'02" Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=ktGvfo040-8&feature=channel&list=UL>. e Profissão Repórter. Rede Globo. 2013, 29'18" Disponível em: <http://g1.globo.com/profissao-reporter/noticia/2013/04/esquema-de-exploracao-do-trabalho-de-bolivianos-no-brasil-e-revelado.html>. Acesso em 04 janeiro 2015.

³⁸ Dados obtidos no site: <http://oglobo.globo.com/economia/governo-da-bolivia-eleva-salario-minimo-em-20-12265132>, e convertido o valor para dólares utilizando-se o site do Banco Central. Disponível em: <http://www4.bcb.gov.br/pec/conversao/conversao.asp>. Acesso em 09 jan. 2015.

Muito embora em condições adversas de vida e trabalho, alguns bolivianos que residem há mais tempo no Brasil, conseguem dispor de alguma reserva de capital, o que possibilita investir na compra de máquinas de costura, o que foi observado em alguns depoimentos (D4, K11). Em decorrência, passam a contratar mão de obra, dos próprios conterrâneos, modificando-se para proprietários dos meios de produção de uma fração do processo de trabalho, pois também dependem de outras etapas do trabalho, conforme exposto anteriormente, das quais parece tampouco terem controle.

Silva e Bettin (1996) afirmam que o que estimula esses imigrantes a trabalhar repetitivamente, em longas jornadas de trabalho, é a perspectiva de poupar e adquirir máquinas de costura o que lhes possibilitaria maiores rendimentos. Neste sentido, Barbosa et al. (2013) em pesquisa realizada na cidade de São Paulo, com 72 bolivianas costureiras, aponta que as entrevistadas referiram que os bolivianos competem uns contra os outros, e tem como projeto abrir suas próprias oficinas, e contratar outros bolivianos. É bem verdade que tal situação deve ser interpretada à luz da reprodução do capital, na lógica do capitalismo, e não como comportamentos de ordem moral e com sentido maniqueísta. Além das adversidades, resultantes da forma como se organiza o processo de trabalho nas oficinas de costura, os imigrantes enfrentam, ainda, propaganda contrária à sua vinda e permanência, pois “roubariam” o emprego dos trabalhadores brasileiros. No entanto, há que levar em consideração que, dadas as condições socioeconômicas vivenciadas pelo Brasil na atualidade, o trabalho em oficinas de costura, com longas jornadas, baixa remuneração, alta rotatividade e condições precárias, não tem se constituído como atrativo para os brasileiros (Silva, 2001).

A relação entre o adoecimento e o trabalho é percebida pelos entrevistados, no sentido que a doença impede o trabalho, mas raramente eles associam as formas de trabalho e vida como

determinantes do adoecimento. Alguns entrevistados apontaram de forma linear e multicausal tal relação (I26, J23, M13, Q18), ao identificar o pó desprendido do tecido e o local de trabalho fechado, além das dificuldades em relação à alimentação, entre outros.

Neste sentido, pesquisa qualitativa, realizada com imigrantes colombianos documentados e indocumentados, que residiam por mais de seis meses na cidade de Alicante, Espanha, em 2007, identificou que a doença só é percebida quando impede o cumprimento das atividades laborais, mesmo que na presença de fatores de risco (Agudelo-Suárez, Gil-González, Vives-Cases, 2008).

Voltando ao presente estudo, de forma geral, os entrevistados manifestaram que a tuberculose interferiu nas atividades laborais, levando à diminuição da jornada ou ao afastamento do trabalho, com repercussões financeiras, e sofrimento (K12). Alguns entrevistados relataram até mesmo esconder a doença, para manter-se no trabalho (G7), ou como a doença motivou a troca de local de trabalho para sentir-se mais acolhido (P7).

Identifica-se, portanto, que o adoecimento, ao mesmo tempo em que é determinado pelas formas de trabalho e vida, também leva à alterações no trabalho e na vida.

Neste sentido, o desemprego, causado pelo adoecimento, gera importante impacto econômico e social para o doente. Estudo de natureza etnográfica, realizado nos EUA, relata que uma imigrante chinesa, logo após o início do tratamento para a tuberculose, foi expulsa pelo proprietário da residência, o que a obrigou a ter que viver na oficina de costura onde trabalhava, antes que pudesse encontrar outra moradia (Ho, 2004). Sendo assim o autor sugere que, invés do sistema público de saúde para imigrantes enfatizar a prevenção de uma dada enfermidade, deveria estimular o cuidado integral, tendo em vista a importância do trabalho na vida do imigrante. Justifica, assim, a saúde, como um “capital”, na medida

em que o adoecimento poderia ameaçar a subsistência. Considera-se que, a despeito do caráter inovador da proposta, tal sugestão não foge do ideário capitalista, pois não se reporta a uma alternativa que leve à transformação, inclusive quando se refere à saúde como “capital” e não como um direito (Ho, 2004).

Outro estudo, realizado por Perone et al. (2005), com imigrantes indocumentados, em Genebra, 1994 a 1998, identificou que 66,0% dos pacientes perderam o emprego por conta do adoecimento por tuberculose, e os autores concluem que o desemprego foi o fator que mais afastou os doentes do tratamento. No Brasil, estudo realizado por Silva (2009b), aponta que os ACS tem promovido conscientização em relação à tuberculose, o que tem evitado a expulsão de imigrantes em tratamento, do local de trabalho, como anteriormente ocorria.

Em relação às relações estabelecidas na vida e no trabalho, identificou-se entre os entrevistados que a ausência de uma rede de apoio, seja familiar ou institucional, causa sofrimento, principalmente na vivência do adoecimento, gerando sensação de desamparo: “*a ellos no les importo*” (N32).

Na migração, as relações interpessoais são muito importantes, no sentido de proporcionar suporte ao indivíduo que se encontra em uma nova realidade de vida e trabalho, em um local distante de sua origem, daí a importância do estabelecimento de redes. As redes de apoio facilitam a busca por trabalho e alojamento, e tendem a manter os fluxos em determinados pontos geográficos e sociais, facilitando a interação entre os compatriotas (Brito, 1996; Moskovics, Corral, 2012).

No entanto, a rede, por si só, ainda é uma alternativa que não garante a plena inserção e identidade no novo território, como pode se identificar no presente estudo, pois mesmo residindo com

parentes, alguns entrevistados declararam sentir solidão: “...*me siento sola*” (U2), o que causava sofrimento.

Sendo assim, o lazer pode ser uma forma para a socialização, ao permitir momentos de interação entre a comunidade boliviana ou mesmo com brasileiros, com a possibilidade de criação de novos laços de amizade. Entre os entrevistados, identificou-se a importância dos jogos de futebol, como entretenimento, que geralmente ocorre nos finais de semana, muito embora alguns entrevistados referissem que a tuberculose, na medida em que provocou desgaste físico, levou à interrupção temporária deste tipo de atividade.

Alves (2011, 2012) realizou estudo sobre o significado do futebol para os bolivianos que praticavam esta atividade na Praça Kantuta, em São Paulo. O autor identificou que o futebol de salão, às vezes, é a única atividade física desse grupo social. Por outro lado, não obstante a importância desta atividade física, identificou a presença de redes de poder, estabelecidas pelos “donos” dos times, geralmente também proprietários das oficinas de confecção, que acabam por determinar onde e quando o trabalhador jogaria, não permitindo escolhas. O autor conclui, afirmando que estas redes de poder, muitas vezes iniciadas na Bolívia, geram configurações sociais que se expandem além da quadra esportiva.

No presente estudo, os entrevistados não fizeram referência a esta rede de poder, identificada por Alves (2011, 2012); ao contrário, demonstraram que o jogo de futebol se constituía como um momento de descontração. Ressalta-se que a prática do futebol, referida pelos entrevistados, na maioria das vezes, ocorre nas quadras do bairro, distante da Praça Kantuta o que, pode não ter o mesmo significado encontrado pelo referido autor.

Por outro lado, a Praça Kantuta também é reconhecida por alguns dos entrevistados como espaço para o encontro da

comunidade boliviana. O nome da praça foi dado pela própria comunidade imigrante, em referência a uma flor do Altiplano Andino, que tem as três cores da bandeira boliviana. Anteriormente ao ano de 2002, os bolivianos ocupavam outra Praça no Bairro do Pari, mas o aumento de frequentadores gerou conflitos, e os imigrantes passaram a ser acusados de deteriorar o local, atrair assaltantes e realizar tráfico de drogas. Então, após um abaixo-assinado dos moradores da região, a Prefeitura oficializou nova praça, denominada como Kantuta, como espaço para manifestação da comunidade boliviana (Silva, 2003; Tavares, Baeninger 2010).

Outro espaço de lazer, referido por alguns entrevistados, foi a Rua Coimbra, localizada na região do Brás que, conforme explicitado anteriormente, reúne a comunidade Boliviana em uma feira que ocorre aos sábados, e que foi regularizada pela Prefeitura do Município em novembro de 2014.

Muito embora a Rua Coimbra e a Praça Kantuta sejam reconhecidas pelos entrevistados como local de encontro dos bolivianos, eles manifestaram medo de assalto como barreira para frequentar estes locais. A violência urbana limita as possibilidades de lazer e, portanto, o estabelecimento de novas relações entre imigrantes. Contraditoriamente, a violência que restringe as relações, também une a comunidade, pois, conforme um dos entrevistados, o assassinato de uma criança boliviana foi reconhecido como mote para a união da Comunidade na Cidade de São Paulo.

Alguns entrevistados citaram passeios ao centro da Cidade e a centros de compras, do tipo *shopping center*, como atividades de lazer. Outro espaço destinado a manifestações culturais da comunidade boliviana, na cidade de São Paulo, é o Memorial da América Latina. Este local é destinado à realização de festejos típicos da Bolívia (Silva, 2003; Baraldi, Cogo, 2011). A divulgação

das festas e danças do País ratifica as tradições e valoriza a cultura, o que é muito positivo, na medida em que demonstra, ainda que em parte, que não foi alterada pela modernidade capitalista (Vidal, 2012).

Não obstante a importância cultural para a comunidade boliviana, o Memorial não foi referido pelos entrevistados. Pode-se cogitar que isto se deve ao desconhecimento deles a respeito, ou o fato das festas serem sazonais, ou aos custos relativos à participação nos eventos, que envolvem desde fantasias, até o deslocamento para a região.

Por outro lado, os entrevistados reconhecem que as instituições religiosas, católicas ou evangélicas, se constituem em rede de apoio aos imigrantes, pois realizam um “trabalho social” (A14,15), e referem que são divulgadas pelas rádios comunitárias. Ressalta-se que, em depoimentos de diferentes sujeitos, houve referência a um mesmo pastor (G10, N21), o que reitera a representação de que este se constitui como um espaço de apoio.

Tais instituições, além de enaltecer a fé, se constituem em local para compartilhar a cultura. Ilustrativamente, a Pastoral dos Migrantes tem se ocupado não só da comunidade boliviana, mas de todos os imigrantes que se encontram na cidade de São Paulo (Silva, Bettin, 1996; Buechler, 2004).

Entre os entrevistados, a não participação em qualquer tipo de associação que reúna a comunidade boliviana, é justificada pelo fato de que estão no Brasil para trabalhar, e para melhorar a situação econômica, além do que, outros, manifestaram não gostar de agremiações.

Neste sentido, estudo qualitativo, realizado com imigrantes documentados e indocumentados em Alicante, Espanha, identificou que, apesar de perceberem as redes sociais e associações como

fundamentais para ajudá-los, nesse caso em relação à problemas trabalhistas, também delas não participavam (Agudelo-Suárez, Gil-González, Vives-Cases, 2008).

Algumas organizações sociais e culturais de imigrantes bolivianos estão sendo criadas na Cidade de São Paulo, na tentativa de superar a visão que estes são objetos de projetos assistenciais, tornando-os sujeitos políticos e de direitos (Silva, 2003; Baraldi, Cogo, 2011). Isto teria o sentido de buscar superar a “invisibilidade” deste grupo que, dada a hipertrofia do trabalho, não constituiu guetos ou enclaves étnicos, e não tem possibilitado a ocupação de espaços públicos, o que tem resultado em baixa prioridade de atendimento por parte do poder público (Cymbalista, Xavier, 2007).

Sendo assim, a Categoria *Trabalho*, aponta para a perspectiva de que o imigrante é livre não só para sair de seu país e vender sua força de trabalho, mas também, é destituído dos meios de produção, sendo obrigado a assumir um trabalho assalariado para sobreviver, no novo local onde vai se instalar (Preturlan, 2012). Não se deve deixar de lado a interpretação de que a força de trabalho é uma mercadoria, e só pode ser vendida, se o possuidor dela for livre, ao contrário da escravidão ou da servidão. O trabalhador não pode ceder sua pessoa, mas pode negociá-la. Assim, o capitalista não pode possuir o trabalhador, mas pode possuir a capacidade do trabalhador de trabalhar e de produzir o valor por certo período de tempo (Harvey, 2013).

Assim, constatou-se que a motivação para a imigração está posta na busca por melhores condições de vida, que são condicionadas pelo Trabalho. Este é facilitado por uma rede de contatos Brasil/Bolívia que, geralmente, envolvem familiares. Além disso, a forma como se organiza o trabalho, nas oficinas de confecção, local de destino da grande maioria dos bolivianos, tem facilitado a emigração para o Brasil.

O trabalho nas oficinas de costura se insere em uma cadeia mais ampla da “indústria” da confecção, tendo como características, a informalidade, a baixa remuneração, a não exigência de qualificação, constituindo-se em um processo fragmentado. Outra característica do trabalho, que é a sazonalidade e o pagamento por peça produzida, motiva os trabalhadores a longas jornadas de trabalho. A extensiva jornada, por um lado, permite melhorar os rendimentos e, portanto, acumular economias para a aquisição de máquinas de costura que, por sua vez, possibilitariam gerar melhores rendimentos e este pode ser tido, para eles, como parte de um processo de fortalecimento. No entanto, tal situação também é responsável por processos de desgaste, que influenciam diretamente a saúde dos trabalhadores.

Categoria II - Processo Saúde-Doença

No que diz respeito especificamente à enfermidade, os entrevistados, em geral, demonstraram ter apenas conhecimentos básicos sobre a tuberculose, identificando-a como transmissível, sendo que, alguns, manifestaram interesse em saber mais a respeito da doença. Mencionaram que obtiveram informação sobre a tuberculose através dos meios de comunicação em massa ou por profissional da saúde. Aqui, ressalta-se a importância do esclarecimento sobre a enfermidade para a comunidade como um todo, mas especialmente para as pessoas que estão vivenciando o adoecimento.

Uma revisão sistemática de estudos qualitativos sobre a tuberculose em imigrantes, que analisou 30 artigos, publicados entre 1997 e 2011, aponta que, de forma geral, os pacientes tem noção de que a transmissão da tuberculose ocorre de forma aérea, e percebem a doença como altamente contagiosa (Tomás et al., 2013).

A falta de informação sobre como se dá a transmissão da doença e o desconhecimento de que é curável, contribui para os altos níveis de discriminação, e pode comprometer a adesão do paciente ao tratamento (Rocha et al., 2014).

Alguns entrevistados identificaram parentes próximos, esposa, marido e irmão, como possíveis fontes de contágio. Outros, reconhecem os contatos casuais com pessoas doentes, ou mesmo com objetos de uso pessoal, tais como, copo, prato, ou até mesmo alimento contaminado, como foco da transmissão. Sendo assim, alguns referiram, inclusive, separar os objetos das demais pessoas.

Tais achados corroboram os resultados da revisão sistemática realizada por Tomás et al. (2013), citada anteriormente, que reafirmam a crença de que a tuberculose pode ser transmitida por pessoa infectada ou objetos pessoais. Estes mesmos autores identificaram conceitos errados sobre a doença, sua etiologia e seu prognóstico e, para muitos, o primeiro contato e fonte de informação sobre a doença, foram os familiares, ainda no país de origem.

Já como causas da tuberculose, os entrevistados do presente estudo identificaram: o local de trabalho, por ser fechado e devido à inalação de pó que desprende dos tecidos da costura; a má alimentação; a exposição ao calor/frio; o cigarro; e, o comprometimento do sistema imunológico.

Ainda segundo Tomás et al. (2013), o fato de ser imigrante pode influenciar negativamente a saúde ou aumentar a exposição à tuberculose, pois, em geral, tem condições de trabalho difíceis, em especial os indocumentados, além de vivenciarem condições adversas durante viagens em veículos lotados e mal ventilados.

Já os próprios imigrantes, entrevistados do presente estudo, não identificaram relação direta da tuberculose com a imigração, no

entanto, alguns referiram que as condições do transporte Brasil/Bolívia, poderiam estar associadas ao contágio.

Em relação à descoberta da doença, a maioria dos entrevistados apresentou como primeiro sinal a tosse, que dificultava o sono, interferia no trabalho, e causava importante mal estar. Entretanto, a tosse não foi imediatamente associada à tuberculose, e somente a sua persistência ou o agravamento do quadro, identificado pelo surgimento de hemoptise, motivou a procura pelo atendimento médico.

A hemoptise é um sinal que leva o imigrante à extrema preocupação, independentemente de seus padrões culturais, levando-o a superar as barreiras potenciais para a procura de cuidados de saúde (Achkar et al.; 2008). Estudo realizado em dois hospitais públicos de Nova York-EUA, que avaliou 194 casos de tuberculose pulmonar, ocorridos entre 1999 a 2005, identificou que a tosse ocorreu de forma semelhante entre os casos ocorridos entre nascidos nos EUA e imigrantes documentados, no entanto, os imigrantes indocumentados apresentaram significativamente mais tosse que os nascidos nos EUA. Da mesma forma, a hemoptise apresentou-se significativamente maior entre os imigrantes indocumentados (Achkar et al., 2008). O mesmo foi observado por Martinez (2010), em estudo realizado com imigrantes com tuberculose, na região central do Município de São Paulo, em que identificou ocorrência de hemoptise para 46,2% dos entrevistados. A dor foi o primeiro indício da tuberculose para alguns dos entrevistados, de forma isolada ou associada a outros sinais, e com diferentes localizações e, às vezes limitando a realização das atividades da vida diária.

A febre, o suor noturno, o emagrecimento e o mal estar também foram referidos como sinais e sintomas da tuberculose, entre os entrevistados da presente investigação. O estudo,

anteriormente citado, que avaliou casos de tuberculose pulmonar em dois hospitais públicos dos EUA, aponta a febre e a sudorese noturna com tendência de maior frequência entre imigrantes indocumentados quando comparada ao grupo de nascidos nos EUA (Achkar et al., 2008). Entretanto, os autores não tecem explicações a respeito. Tomás et al. (2013), na revisão sistemática já mencionada anteriormente, identificaram que, apesar dos pacientes associarem normalmente a tuberculose à sintomas respiratórios, muitos também a relacionam à febre, perda de peso e cansaço. A realização da baciloscopia de escarro para o diagnóstico foi referida por muitos entrevistados do presente estudo, mas este exame nem sempre garantiu a descoberta da tuberculose, apresentando, em alguns casos, resultado negativo. A persistência dos sinais e sintomas e o resultado negativo da baciloscopia, levou o paciente a buscar diferentes serviços de saúde, inclusive na Bolívia, e outros métodos diagnósticos. Ressalta-se que, alguns entrevistados, mesmo já em tratamento da tuberculose, referiram desconhecer o resultado do exame, que constava em prontuário. Já a realização do exame radiológico de tórax foi referida por poucos pacientes, e nem sempre indicou tuberculose.

Ressalta-se que o MS aponta para a importância da pesquisa bacteriológica como método fundamental do diagnóstico da tuberculose em adultos, recomendando a realização de, no mínimo, duas amostras. Além disso, também deve ser realizado o exame radiológico de tórax para todos os casos. Nos casos em que o exame radiológico indicar suspeita de tuberculose, e cuja baciloscopia apresentou-se negativa, deve ser realizado o exame de cultura de escarro (Brasil, 2011a). Sendo este último exame, na Cidade de São Paulo, indicado para todos os imigrantes (São Paulo, 2013c).

Estudo realizado na Suíça examinou 397 suspeitos de tuberculose, divididos em três grupos: novos imigrantes, que foram

identificados como provável tuberculose ao entrar no país; imigrantes de países com moderada à alta taxa de prevalência de tuberculose; e nascidos no país. Os autores concluem que não houve diferença significativa na apresentação radiológica da doença para os três grupos, apontando a necessidade do acompanhamento dos imigrantes, mesmo na ausência de clínica e sinais laboratoriais de infecção (Laifer et al., 2007).

Surpreende o fato de que alguns pacientes, apesar de se encontrarem em tratamento para a tuberculose, no momento da entrevista questionaram o diagnóstico, duvidando estar doente. A incerteza do diagnóstico pode comprometer a adesão ao tratamento, sendo função fundamental da unidade de saúde, a orientação e o esclarecimento do paciente quanto ao diagnóstico (Brasil, 2011a).

A descoberta da doença, para alguns entrevistados, ocorreu na Bolívia, por ocasião de visita de férias a parentes, ou no período anterior à imigração, sendo importante o apoio de familiares do País de origem para a busca por serviços de saúde. A experiência prática nos serviços de saúde mostra que há casos (que não integram o presente estudo), cujo diagnóstico ocorreu no Brasil, mas os pacientes retornaram à Bolívia³⁹. Justifica-se em parte, o retorno ao país de origem, pela forma como se organiza o processo de trabalho para este grupo, conforme comentários anteriores deste estudo. Sendo assim, é importante que os serviços de saúde de ambos os países estabeleçam comunicação efetiva, de forma a garantir a continuidade do tratamento.

Identificou-se, dos depoimentos, que os pacientes apresentaram trajetórias bastante conturbadas até a obtenção do diagnóstico, tendo que recorrer a mais de um serviço, o que

³⁹Os imigrantes bolivianos que tiveram diagnóstico de tuberculose no Brasil e, posteriormente, retornaram à Bolívia, não foram entrevistados, pois, conforme pode se identificar no item relativo aos Métodos, do presente estudo, foram considerados “perdas”. A Etapa 1 da pesquisa aponta elevado percentual de encerramento de casos, entre os bolivianos, por transferência que, na quase totalidade, se referia a pacientes que retornaram à Bolívia durante o tratamento.

prorrogou o período de tempo entre o adoecimento e a descoberta da doença, às vezes chegando a mais de um ano. Verificou-se, também, histórico de várias consultas médicas: “... seis a oito vezes” (P13). Ressalta-se, ainda que, para muitos casos, foi necessária internação hospitalar para o diagnóstico da tuberculose.

Para muitos entrevistados, a procura inicial de atendimento ocorreu em serviços de urgência, representados, na cidade de São Paulo, pelos prontos-socorros e AMA. Tal condição é agravada pelo fato dos pacientes encontrarem-se, em sua maior parte, em situação irregular de trabalho e de residência no Brasil, o que faz emergir o sentimento de “medo” pela procura dos serviços de saúde.

Achkar et al. (2008), em estudo já citado anteriormente, apontam que imigrantes indocumentados tiveram tempo de descoberta da doença significativamente maior do que os documentados e os doentes não imigrantes. Haldal et al. (2008) justificam o atraso no diagnóstico dos imigrantes indocumentados, pelo medo de ser preso e deportado, em virtude da falta de condições de pagar por exames médicos, devido à falta de conhecimento sobre a tuberculose e sobre o sistema de saúde do país receptor. Muito embora em alguns países os programas de diagnóstico e tratamento da tuberculose sejam gratuitos [como no Brasil], as populações imigrantes, em geral marginalizadas, muitas vezes não detêm este conhecimento (Tomás et al., 2013). Estas justificativas, para o atraso do diagnóstico, parecem não se adequar aos entrevistados do presente estudo, pois a universalidade de acesso do SUS parece ter garantido o atendimento dos imigrantes. Entretanto, constata-se dificuldade de diagnóstico, o que faz necessário novos estudos que identifiquem suas causas.

Recomenda-se que toda a equipe de saúde esteja atenta, ao atender imigrantes provenientes de países onde a tuberculose tem alta incidência e que, na presença da sintomatologia característica

da doença estabeleçam a suspeita, independentemente do tempo de permanência no país receptor (Fanning, 1998; Cain et al., 2008).

Ressalta-se a importância do diagnóstico precoce e do tratamento dos casos de tuberculose como uma das principais medidas para o controle da doença, interrompendo a cadeia de transmissão (Brasil, 2011a). Além disso, salienta-se as consequências sociais e econômicas da demora do diagnóstico, tais como, desgaste físico, redução da capacidade de trabalho, desemprego e custos (Tomás et al., 2013), além do sofrimento ao próprio paciente e familiares, já apontado anteriormente.

Destaca-se que a demora do diagnóstico, para os pacientes bolivianos, pode ter repercussões ainda mais extensas na transmissão da doença, devido às suas peculiares condições de vida e trabalho. Além disso, os custos envolvidos direta ou indiretamente no processo de adoecimento, causam impacto em suas vidas. Os custos diretos foram referidos por alguns entrevistados, que citaram valores de algumas drogas prescritas no serviço de saúde e nem sempre por eles disponibilizadas. Já os custos indiretos referem-se à perda de dias de trabalho, ou à redução da produtividade, com repercussão direta nos rendimentos, o que causa impacto específico para este grupo social, uma vez que dependem da produção. Há que se levar em conta, também, que a demora no diagnóstico aumenta os gastos para os serviços de saúde. Conforme pode se depreender dos depoimentos, a cada atendimento médico, foram realizados diferentes tipos de exames, bem como prescritos diferentes tipos de medicamentos, que incluíam desde antibióticos até tranquilizantes, elevando, portanto, os custos públicos.

Não obstante a busca incessante de alguns pacientes pelo diagnóstico encontrou-se casos em que os entrevistados, apesar da sintomatologia, referiram não procurar os serviços de saúde. Nestes casos, alegaram como motivos, a falta de tempo, ocasionada pela

carga excessiva de trabalho, a presença de filas de espera, ou o fato de não possuir o cartão SUS. Muito embora, neste último caso, não tivesse sido negado o fornecimento do cartão, mas por motivos pessoais, o paciente não tinha se interessado anteriormente em obter o documento. Em relação ao Cartão Nacional de Saúde, ou cartão SUS, como é conhecido, pode ser obtido a qualquer momento, nas unidades de saúde, bastando para tanto, a apresentação de qualquer documento de identificação pessoal⁴⁰.

Estudo qualitativo cujo objetivo era avaliar o acesso de imigrantes bolivianos, aos serviços de saúde na cidade de São Paulo, identificou que todos os entrevistados possuíam o cartão SUS. O mesmo estudo aponta que este documento foi importante no processo de Anistia, promovido pelo Governo, em 2009, pois muitas vezes se constituía como o único documento brasileiro que comprovava o período de permanência do imigrante no Brasil (Martes, Faleiros, 2013). Xavier (2010) reitera a importância do cartão do SUS, salientando que, em função da facilidade de sua obtenção, se constitui em um documento de identificação pessoal.

Em relação à duração do tratamento, os entrevistados, em sua maioria, parecem conhecer o período estabelecido pelo MS, chegando a referir que, em algumas situações, pode se estender. No entanto, destaca-se que um dos entrevistados acreditava que o tempo de tratamento era de dois meses.

A informação adequada ao paciente sobre sua doença, a duração do tratamento, a importância da regularidade no uso dos medicamentos, as consequências advindas da interrupção do tratamento, são fundamentais para a obtenção da cura. Todas estas compõem temas de educação em saúde que devem ser desenvolvidos tanto nas consultas e entrevistas iniciais, quanto nas

⁴⁰ Informações obtidas nas UBS da região da STS-Pe.

subsequentes ou a qualquer momento em que o paciente se encontrar no serviço de saúde (Brasil, 2011a).

Não obstante a gratuidade dos medicamentos, muitos entrevistados expressaram dificuldades para a obtenção dos comprimidos, tais como, distância do serviço de saúde em relação à residência ou desorganização da unidade de saúde para a entrega da medicação, o que não infrequentemente foi motivo de ansiedade aos pacientes.

Os depoimentos indicam fornecimento da medicação para os casos que se encontravam em tratamento autoadministrado ou em TDO, de forma regular, mas com variação, segundo a unidade de atendimento. Alguns entrevistados referiram retirar a medicação diariamente, ou uma vez por semana, ou duas a três vezes por semana e, ainda, a cada dez dias. Em outros casos, observou-se que a retirada da medicação, para diferentes pacientes, ou para um mesmo paciente, ocorreu de forma irregular, ou seja, ora a retirada era diária, semanal ou a cada 10 dias, o que indica falta de padronização. Às vezes, os pacientes de uma mesma unidade de saúde referiram formas distintas de retirada da medicação, o que mais uma vez evidencia falta de padronização nas ações realizadas.

Segundo informações da SUVIS-Pe⁴¹ há dois critérios para o fornecimento da medicação para a tuberculose: nos casos de TDO, o paciente ingere os comprimidos diariamente na UBS, ou no mínimo três vezes por semana, conforme determinação do MS, levando a quantidade suficiente para tomar nos dias em que não comparece à UBS; já nos casos de tratamento autoadministrado, a consulta médica é mensal, mas os pacientes devem retirar a medicação a cada 10 dias. A retirada fracionada dos comprimidos, para os pacientes em tratamento autoadministrado, tem como propósito, a prevenção do abandono. Sendo assim, ao retirar os

⁴¹ Fluxo estabelecido em 22.06.12 – Fonte: Memorando/2012 – SUVIS-Pe.

comprimidos a cada dez dias, o paciente deve ser entrevistado por um profissional de saúde, que poderá identificar dificuldades na adesão ao tratamento.

Observa-se, no entanto, pelos depoimentos, que a retirada da medicação a cada 10 dias, e consequente avaliação de um profissional, ao invés de promover a adesão ao tratamento, tem representado um obstáculo ao tratamento. Entretanto, em parte, esta última situação parece ser superada, pelo reconhecimento dos entrevistados, quanto à importância da ingestão contínua da medicação, algumas vezes até inadequadamente, como no caso de paciente que, em situação de viagem, fracionava a medicação para não descontinuar o tratamento (V13).

Identificou-se, além de problemas com a distribuição da medicação, que houve erros na dispensação. Dois pacientes receberam e tomaram, por algum tempo, comprimidos correspondentes à fase de manutenção, sendo que ainda se encontravam na fase intensiva (A30; K41). Após a detecção deste engano, os medicamentos foram substituídos, no entanto, destaca-se que tal erro não foi comunicado aos pacientes, a despeito destes terem verbalizado desconfiança no momento da entrevista.

O fornecimento da medicação não pode se constituir em barreira para a realização do tratamento, pelo contrário, as condições de vida e trabalho dos pacientes, em especial no caso dos imigrantes bolivianos, devem ser levadas em consideração, e realizados os devidos ajustes para facilitar a realização do tratamento e obtenção da cura.

Neste sentido, é ilustrativo o estudo etnográfico, realizado por Ho (2004), já citado anteriormente, e ainda que realizado em país com características muito distintas das do Brasil, merece ser mencionado. O autor aponta que as desigualdades sociais e consequente exploração do trabalho, por empregadores ilegais ou

traficantes, devem ser avaliadas para o êxito do tratamento. Tal afirmação tem base na identificação de um paciente, imigrante chinês nos EUA, que trabalhava longos turnos para pagar “contrabandistas” e viver em *Chinatown*, o que dificultava o seu comparecimento à unidade de saúde.

Voltando aos dados do presente estudo, os entrevistados relataram efeitos colaterais tidos como decorrentes da medicação, tais como, mal estar, cansaço, prostração, adormecimento das mãos, dor estomacal, náuseas, entre outros. No entanto, não referiram tais efeitos como obstáculos à tomada da medicação.

Constata-se que as reações adversas apresentadas pelos entrevistados são as mais comuns do esquema básico, geralmente relacionadas à intolerância gástrica, tais como, náusea, vômito e dor abdominal. Além disso, podem ser observados, prurido ou exantema leve, dor articular, neuropatia periférica, entre outras, sendo todas estas consideradas efeitos que, em geral, não indicam a necessidade de interrupção do tratamento (Brasil, 2011a).

Os efeitos adversos da medicação podem levar a tratamento incorreto, ou dificultar a adesão ao tratamento. Portanto, é necessária a orientação dos pacientes quanto a estes possíveis efeitos, e lembrar que, em certas ocasiões, devido às barreiras linguísticas, é necessário traduzir as orientações de forma a facilitar o entendimento (Brasil, 2011a; Tomás et al., 2013; Van Hest et al., 2014).

Os pacientes referiram dúvidas em relação à medicação como, por exemplo, se a não melhora da sintomatologia poderia levar à necessidade de estender o tratamento, se o horário da medicação poderia variar, além das consequências da não ingestão da medicação por curtos períodos de tempo. Também houve questionamento quanto à alteração da cor da urina. Ainda que tais dúvidas foram objeto de conversa com os pacientes, após as

entrevistas, é fato que deveriam ter sido sanadas pelos profissionais de saúde por ocasião do atendimento.

Não obstante os problemas vivenciados, em relação aos medicamentos, a confiança de que estes levam à cura, e que impedem a transmissão da doença, se constituiu do ponto de vista de alguns pacientes, como um dos estímulos para a adesão ao tratamento.

Além disso, observa-se que o apoio de familiares ou conhecidos, que geralmente também eram parceiros de trabalho, de igual forma foram apontados como importantes para o fortalecimento da adesão ao tratamento, bem como projetos de vida que o paciente apresenta. Neste sentido, os entrevistados citaram diferentes tipos de apoio: materializado em palavras de incentivo: “... *tienes que curarte*” (F10); no acompanhamento aos serviços de saúde; no alerta quanto ao horário da medicação; e, na realização de visitas no período de internação hospitalar. Também foi identificado apoio dos familiares em questões relacionadas ao trabalho, tais como, permitir menor carga horária, troca de oficina de trabalho, e paralisação das atividades até o restabelecimento da doença.

Tais achados corroboram outros estudos, que identificaram que as relações de parentesco tem efeito positivo sobre a adesão do paciente com tuberculose ao tratamento, sendo os mesmos imigrantes ou não (Ho, 2004; Bertolozzi, 2005, Speciale, 2007; Ferreira, 2014).

Ora, a rede de apoio referida anteriormente, só será efetivada na medida em que os pacientes compartilhem a informação de que estão doentes. No entanto, não foram todos os entrevistados que informaram aos parentes próximos, ou às pessoas do seu convívio diário, que se encontravam doentes. Estes dados corroboram o observado por Tomás et al. (2013), em estudo já referido anteriormente, que identificou, entre os imigrantes com

tuberculose, tentativas de esconder o diagnóstico da doença de outros membros da comunidade.

Sendo assim, compreende-se que as ações de educação em saúde podem ser um caminho para a superação da estigmatização do paciente com tuberculose. Silva (2009b), em pesquisa realizada na região central da cidade de São Paulo, relata que era comum os imigrantes com tuberculose serem expulsos do domicílio após o diagnóstico, e que um trabalho de conscientização, realizado pelos ACS, fez reverter tal situação.

A informação sobre o adoecimento, às pessoas próximas ao paciente, não é só importante, na medida em que permite o estabelecimento de uma rede solidária, mas também tem o objetivo de evitar a disseminação da doença. Neste sentido, o exame dos contatos é ferramenta fundamental para o controle da enfermidade, pois permite diagnosticar e tratar precocemente novos casos. Esta atividade deve ser realizada, prioritariamente, pelas unidades da Atenção Primária à Saúde (Brasil, 2011c), mas deve permear as ações dos demais níveis de atenção, permanentemente.

Alguns entrevistados referiram que os profissionais de saúde não convocaram os contatos para a realização dos exames. Outros relataram que somente parte dos contatos compareceu à UBS. Percebe-se, pelo relato de alguns pacientes que, a despeito de alguns entrevistados manifestarem haver disponibilidade dos contatos para comparecimento à UBS, a unidade de saúde parece não ter dado importância a esta necessidade.

Ressalta-se ainda, que no presente estudo, não se identificaram crenças ou tradições, típicas da cultura do país de origem, que estivessem associadas ao tratamento da tuberculose. Ho (2004), em estudo referido anteriormente, identificou que as crenças e práticas culturais holísticas, atrasavam e dificultavam o tratamento da doença, apesar dos imigrantes chineses as

descreverem como complementares ao tratamento para a tuberculose.

Identificou-se, entre os entrevistados, que o processo de adoecimento trouxe muito sofrimento, gerado pelos sintomas físicos que, em alguns casos, geravam sensação de morte eminente. Além disso, os problemas de ordem financeira, ocasionados pelo adoecimento, também causaram padecimento. Para as mulheres identificou-se, ainda, sofrimento adicional, pelo medo da infertilidade e do risco de contágio ao feto. Apesar da violência urbana, não estar diretamente relacionada ao adoecimento por tuberculose, uma das entrevistadas relatou preocupação pelo fato de ter que caminhar um longo trajeto de sua residência à UBS, para a realização do TDO, por medo de assalto.

Em síntese, na Categoria *Processo Saúde-Doença*, verificou-se que o fato dos pacientes em tratamento de tuberculose desconhecerem a doença, pode contribuir para a discriminação e interferir na adesão ao tratamento. Portanto, é essencial que os pacientes conheçam as formas de transmissão da doença, os sinais e sintomas mais comuns, bem como o tratamento e a cura.

A trajetória até a descoberta da doença mostrou-se morosa em muitos casos, sendo fundamental o diagnóstico precoce, para romper a cadeia de transmissão. Devem-se realizar estudos, que identifiquem quais as causas desta demora, uma vez que, dos depoimentos depreende-se que não houve problemas com o acesso aos serviços de saúde. Deve-se considerar que o retardo do diagnóstico gera custos diretos e indiretos para o paciente, família e serviços de saúde. Além disso, a informação do resultado dos exames confirmatórios do diagnóstico deve ser fornecida a todos pacientes, caso contrário, pode influenciar negativamente na adesão.

As dificuldades relacionadas à organização dos serviços se constituíram como obstáculo para o fornecimento da medicação ao paciente, devendo ser urgentemente revistas. Os efeitos adversos relatados pelos entrevistados encontraram-se dentro do esperado, e não se constituíram em obstáculos ao tratamento, no entanto, ressalta-se que a possibilidade da ocorrência destes deve ser informada ao paciente, já no início do tratamento.

Emergiram vários sentimentos no processo do adoecimento, que devem ser levados em consideração, na perspectiva do cuidado integral ao paciente com tuberculose.

Categoria III - Assistência

A forma como os serviços de saúde estão (des)organizados, bem como as relações que se estabelecem entre os profissionais e os pacientes, determinam, em parte, o êxito do tratamento da tuberculose, daí a importância de entender como ocorre esta relação, neste caso dos imigrantes bolivianos.

Os depoimentos revelam que a relação dos bolivianos com os serviços de saúde sofre interferência do idioma, levando, algumas vezes, a não compreensão do que é explicado em relação à doença, o que pode gerar medo, como na situação relatada por uma das entrevistadas que, internada, recebia medicação injetável, mas desconhecia a finalidade (C9). Ou, mesmo o caso de um paciente que foi erroneamente encaminhado a um serviço de DST/AIDS, pois o serviço de saúde havia entendido que era portador do HIV (§25).

A 1ª Conferência Municipal de Políticas para o Imigrante de São Paulo reconhece que o idioma é um fator que dificulta o acesso aos serviços de saúde. É, ainda uma das principais barreiras à integração do imigrante em uma sociedade, dificultando não só o contato com pessoas fora da comunidade imigrante, mas, também, o

acesso aos direitos básicos, à exemplo da saúde (São Paulo, 2013d).

Em alguns casos, as dificuldades de compreensão de informações complexas, em uma língua estranha, ou de uma forma considerada demasiadamente mecânica ou impessoal, podem resultar na tomada incorreta da medicação ou se constituir em obstáculo à adesão ao tratamento. O idioma discordante entre pacientes e médicos é fator que interfere diretamente no atendimento (Silva, 1997; D'Lugoff et al., 2002; Patussi, 2005; Leng, Changrani, Gany, 2011; Tomás et al., 2013, Aguiar, Mota, 2014).

Estudo realizado por Martinez (2010), com imigrantes bolivianos com tuberculose, em quatro distritos da cidade de São Paulo, identificou que 46,0% dos entrevistados não eram compreendidos pelos profissionais de saúde, e 42,0% não entendiam as informações fornecidas pelos profissionais de saúde. A falta de capacitação dos trabalhadores da saúde, juntamente com a barreira linguística, possibilita a transmissão de informações equivocadas não só a respeito da doença, mas também no que diz respeito dos direitos dos migrantes (São Paulo, 2013d).

No presente estudo, os entrevistados referiram que alguns médicos e enfermeiros entendiam bem o idioma espanhol, facilitando a relação com os serviços de saúde. Um dos entrevistados sugeriu que os médicos deveriam falar espanhol, o que facilitaria a compreensão das informações.

Martes e Faleiros (2013), em estudo cujo objetivo era avaliar o acesso de imigrantes bolivianos, aos serviços de saúde na cidade de São Paulo identificaram que, apesar do idioma ser uma barreira, a semelhança do espanhol com o português facilitava em parte a compreensão, no entanto, os entrevistados referiram dificuldades para expressar sintomas e sentimentos em português.

Rieder et al. (1994) apontam que uma das medidas para aumentar o acesso aos serviços de saúde e, portanto, agilizar o diagnóstico da tuberculose, seria a utilização de intérpretes. No entanto, Leng, Changrani, Gany (2011) contestam a utilização deste recurso, citando uma pesquisa realizada com pacientes imigrantes nos EUA, em um hospital público, que concluiu que, mesmo com a presença de intérprete, a comunicação não foi satisfatória. Neste sentido, Tomás et al. (2013) citam que alguns estudos que utilizaram intérpretes, em visitas periódicas à pacientes com tuberculose, também não demonstraram sucesso, pois identificaram problemas relacionados ao medo da perda de privacidade e estigmatização.

Entretanto, há que se ressaltar, conforme experiência prática, que há países, a exemplo da Inglaterra, cuja multiplicidade étnica é uma realidade, que se valem da presença de intérpretes para melhorar a interpretação do processo saúde-doença junto aos pacientes. Neste sentido, Faleiros (2012), em estudo que buscou entender como acontece o acesso aos serviços de saúde, dos imigrantes bolivianos que vivem na cidade de São Paulo e dos imigrantes brasileiros que vivem em Massachusetts (EUA), ressalta os aspectos positivos da presença de intérpretes. A autora refere que profissionais, de variadas categorias, conhecidos como “*social workers*” realizam trabalho como intérpretes nos serviços de saúde da cidade de Massachusetts. A autora salienta, ainda, que os intérpretes não são funcionários públicos, uma vez que a maioria dos serviços de saúde são privados, no entanto, seu trabalho tem caráter público e, na maior parte dos casos, são financiados pelo governo.

Ressalta-se que o problema da barreira linguística no acesso dos imigrantes aos serviços de saúde, não consiste somente na incompreensão, e consequente falta de comunicação, entre profissionais e os imigrantes. Mas, inclui, também as diferentes

concepções, predominantes na estrutura dos serviços de saúde, que por vezes chocam com as tradições culturais dos imigrantes (Goldberg, Silveira, 2013). Neste sentido Faleiros (2012), citada anteriormente, ressalta que nenhum dos seus entrevistados, imigrantes brasileiros em Massachusetts reclamou de problemas de comunicação com os médicos, o que em parte se deve ao trabalho dos intérpretes, pois em muitos casos, a atuação dos “*social workers*” não se restringe à tradução do diálogo, médico e paciente.

Sendo assim, a comunicação nos serviços de saúde, a tradução dos diálogos entre profissionais e imigrantes não pode depender da “boa vontade” de algum funcionário ou voluntário, com vocação humanista; ou de estratégias, como o comparecimento aos serviços com familiares, como referido por alguns entrevistados do presente estudo, que tenham a função de intérpretes. Tal questão deve ser institucionalmente enfrentada com capacitações apropriadas e com profissionais competentes que atuem no sentido de minimizá-la e superá-la (Faleiros, 2012).

Outro aspecto, que parece interferir na relação dos bolivianos com os serviços de saúde, é a discriminação percebida por alguns entrevistados. Tomás et al. (2013), em revisão sistemática sobre a tuberculose em imigrantes, identificou que experiências de estigmatização, relacionadas à doença, foram relatadas na maioria dos estudos, sendo percebidas pelos imigrantes, ao serem tratados de forma diferente pela equipe de saúde e classificados como um “grupo de risco”.

Adicionalmente ao fato da tuberculose, ser discriminizadora, a comunidade boliviana no Brasil sofre estigmatização de diferentes naturezas: de ordem sociocultural, que os identifica como pessoas dotadas de pouca cultura e associados ao tráfico de drogas; de natureza étnica/racial, que os generaliza como índios; e, ainda, de ordem jurídica, que os identifica como clandestinos ou

indocumentados (Silva, 1996; Silva, Bettin, 1996; Patussi, 2005, Silva, 2012; Martes, Faleiros, 2013).

Faleiros (2012), em estudo citado anteriormente, relata que alguns entrevistados bolivianos perceberam discriminação ao utilizar os serviços de saúde em São Paulo. E conclui que isto ocorre a despeito da existência de leis e ouvidoria para denúncias, pois faltam divulgação e mecanismos claros de punição. A autora acrescenta que, ao entrevistar funcionários do serviço público, os mesmos mostraram tendência à “naturalização” dessa discriminação, encarada como normal nos primeiros contatos entre funcionários e o “diferente”. Voltando ao exemplo dos serviços de saúde de Massachusetts (EUA), os entrevistados não referiram atos discriminatórios, o que não significa que não existam, mas isto deriva do fato dos funcionários serem orientados sobre as consequências do exercício destes nos EUA (Faleiros, 2012).

Maneta (2012), em um levantamento de notícias publicadas sobre a comunidade boliviana na mídia eletrônica paulistana, revelou a predominância de temáticas que associam este grupo populacional à miséria, informalidade, contravenção e crime. O autor conclui que o processo de estigmatização da comunidade boliviana, residente em São Paulo, é reforçado pela imprensa.

A despeito da construção que o brasileiro tem sobre si mesmo, como povo que aceita a diversidade de nacionalidades, reforçado pelo fato do país ser elogiado por sua receptividade, são muito comuns os casos de discriminação, racismo e xenofobia contra os imigrantes. Uma forma de superar este problema é reconhecer social e culturalmente os imigrantes, assim, a sociedade deixará de vê-los como “estranhos”, “estrangeiros”, combatendo manifestações xenofóbicas (Simai, Baeninger, 2011; Baeninger, 2012; São Paulo, 2013d).

Não obstante o reconhecimento da existência de discriminação contra imigrantes na sociedade Brasileira ressalta-se que, no caso dos bolivianos, ocorre no seio da própria comunidade. Pesquisa realizada em São Paulo, que utilizou técnica de grupo focal, identificou conotação negativa dos bolivianos ao falarem dos compatriotas, o que revelou conflitos e discriminação entre este grupo de imigrantes (Simai, Baeninger, 2012).

Sendo assim, a discriminação sentida pelos entrevistados, nos serviços de saúde: “...todos /os bolivianos sempre são discriminados” (R21,22), deve ser questão a ser debatida nos serviços de saúde, com vistas à sua superação. Ademais, há que se lembrar que, também está presente no âmbito da própria comunidade boliviana, conforme já mencionado anteriormente, radicada nas diferenças impostas pelo processo de produção e reprodução social – proprietários e não proprietários das oficinas – como nas diferenças étnicas que, de igual maneira, acabam por reproduzir as desigualdades.

Além das dificuldades relacionadas ao idioma e à discriminação identificou-se, nos depoimentos dos pacientes, barreiras relacionadas à forma como as unidades de saúde se organizam, imputando obstáculos no acesso aos pacientes. Entre estas, a disponibilização de atendimento médico apenas em um dia da semana, ou mesmo, o não cumprimento da agenda de atendimento pelo médico; o fato da UBS da área de abrangência correspondente ao domicílio, nem sempre situar-se próxima à moradia do doente, o que obriga o paciente a percorrer longos percursos; a exigência de comprovante atualizado de endereço para o atendimento; as falhas na resolutividade dos serviços de saúde; a desorganização para o fornecimento da medicação, e a dispensação de esquemas incorretos, entre outras.

Mesmo assim, de modo geral, pode-se afirmar que o acesso universal e igualitário, assegurado a todos os indivíduos, incluindo os imigrantes, pela Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90), está sendo cumprido (Brasil, 1990). No entanto, apesar de não ser negado o acesso ao imigrante boliviano, ele é dificultado pela organização interna do trabalho nos serviços de saúde, com repercussões no cumprimento da integralidade das ações, um dos principais pilares do SUS, com consequências na resolutividade dos serviços.

Faleiros (2012) aponta que não há diferença no atendimento prestado pelos serviços do SUS aos imigrantes, em relação aos brasileiros, todos são igualmente pacientes em busca de saúde, no entanto, ressalta que há barreiras de acesso aos imigrantes bolivianos na cidade de São Paulo, expressas nas filas para o atendimento. A autora, em referência ao estudo sobre o acesso aos serviços de saúde em Massachusetts, destaca, que a despeito da avaliação positiva dos imigrantes brasileiros sobre o *Health Safety Net*, o sistema que garante assistência aos indocumentados da referida cidade, não tem a mesma lógica do SUS, posta no direito à saúde. E ela conclui que o sistema foi constituído para evitar prejuízos financeiros aos hospitais, na maioria privados, sendo a sua lógica de proteção à essas empresas; assim a participação dos intérpretes na assistência teria muito mais a função de resguardar a instituição de eventuais prejuízos do que zelar pelo direito do paciente à saúde.

É relevante lembrar dos achados de Martinez (2010), em estudo que comparou doentes com tuberculose, de origem boliviana e brasileira, em quatro Distritos da cidade de São Paulo, que concluiu que não foram identificados sinais de inequidade no acesso aos serviços ou na qualidade de atendimento aos pacientes do primeiro grupo se comparado ao de brasileiros.

Destaca-se o reconhecimento dos entrevistados do presente estudo, de que a universalidade do SUS, identificada pelo acesso gratuito aos serviços de saúde, facilita o diagnóstico e o tratamento. O mesmo foi identificado por Vidal, que destaca um depoimento em que a entrevistada boliviana declarou: “...eu gosto do posto de saúde, a gente não paga nada. Na Bolívia, não há nada igual, é tudo pago. [Aqui] até dão remédios no posto de saúde” (Vidal, 2012, p.94).

Pesquisa qualitativa, realizada por Martes e Faleiros (2013), já citada anteriormente, identifica que os entrevistados utilizaram o SUS, nos três níveis de atenção, primária, secundária e terciária. As entrevistadas pelas autoras compararam positivamente os serviços de saúde do Brasil, com os da Bolívia, referindo-se à oferta dos serviços de saúde pública, incluindo a vacinação, o fornecimento de medicamento gratuito, além da facilidade para a realização do pré-natal e parto, e a qualidade dos hospitais públicos. Alguns imigrantes bolivianos se submeteram, pela primeira vez, a uma consulta médica no Brasil, constatando que o acesso aos serviços de saúde é mais permeado por dificuldades na Bolívia.

Adicionalmente, estas autoras identificaram ações dos serviços de saúde, da Cidade de São Paulo, voltadas para os imigrantes latino-americanos, tais como: disponibilização de material educativo sobre AIDS e tuberculose; revisão de certas exigências dos serviços de saúde, tais como apresentação de comprovante de endereço, especificamente para serviços que concentram imigrantes; contratação de ACS que falem espanhol nas USF de regiões que concentram imigrantes hispano-americanos e curso de espanhol para funcionários (Martes, Faleiros; 2013).

Complementarmente, ressalta-se o estudo de Silva (2009b) que, em pesquisa de campo realizada com profissionais e pacientes de três unidades de saúde da região central do Município de São

Paulo, identificou que a UBS é vista como um importante espaço de convivência para bolivianos adultos, por ser um dos raros locais frequentados fora das oficinas de costura.

Não obstante as vantagens de um sistema universal, na garantia de acesso dos imigrantes, ressalta-se que tratá-los da mesma forma que os brasileiros, sem reconhecer que a inserção social e no trabalho determinam condições desfavoráveis de vida e vulnerabilidades à saúde é desconsiderar as necessidades de políticas e ações específicas para este grupo. As políticas não podem ser só ferramentas para facilitar o acesso à assistência médica, mas sinal de respeito do Estado, que os recebe (Carneiro Junior et al., 2011; Faleiros, 2012).

Ademais, tão importante quanto o acesso aos serviços de saúde é a relação que se estabelece entre os profissionais e a comunidade boliviana. A compreensão cultural, a proximidade pessoal e a confiança dos imigrantes em profissionais de saúde, inicialmente e durante o acompanhamento do tratamento, tem se mostrado fundamental para a adesão ao tratamento da tuberculose (Tomás et al., 2013).

Entretanto, especificamente em relação ao atendimento médico, observam-se depoimentos que relatam “frieza” e consultas médicas com periodicidade restrita. Além disso, destaca-se que algumas afirmações emitidas pelo profissional, tal como, a de que bolivianos trazem a tuberculose da Bolívia para o Brasil (G34), são extremamente preconceituosas, e sob nenhuma hipótese deveriam ocorrer.

Ressalta-se que a formação dos profissionais de saúde, de modo geral, parece não contemplar aspectos relativos às diferenças culturais, com consequente desvalorização dos saberes tradicionais dos grupos minoritários, particularmente aqueles de origem indígena (São Paulo, 2013d). Por outro lado, há que se lembrar, que os

problemas inerentes à organização do processo de trabalho nas unidades de Atenção Primária à Saúde de modelo tradicional, que centralizam o atendimento na consulta médica, e que apresentam problemas, como falta de profissionais, desumanização no atendimento, entre outros, também incidem diretamente no atendimento aos brasileiros e não se restringem ao grupo analisado.

Já a relação entre o enfermeiro e/ou equipe de enfermagem e os entrevistados foi considerada boa, sendo que muitos declararam perceber atenção e esforço destes profissionais para o entendimento e esclarecimento das dúvidas. Um dos entrevistados comparou o atendimento dizendo que o enfermeiro “explica um pouquinho mais” que o médico (A29).

Depreende-se dos depoimentos, no entanto, que o enfermeiro tenta suprir a ausência do profissional médico, buscando atender, por exemplo, as intercorrências advindas dos eventos adversos da medicação, mas nem sempre consegue responder as necessidades do paciente, o que leva estes últimos à frustração. É importante lembrar que certas ações fogem do âmbito de competência desse profissional e, dado que a unidade de saúde deve acolher os problemas e necessidades dos pacientes, é fundamental que a organização do trabalho interno disponibilize um profissional médico para apoiar a solução das questões de sua área de competência.

Neste sentido, destaca-se que, de modo similar ao que ocorre com a população brasileira, quando se utiliza dos serviços públicos de saúde, os imigrantes também vivenciam problemas no atendimento. No entanto, devido às condições de trabalho dos imigrantes bolivianos, que determinam condições de vida e de saúde peculiares, os problemas decorrentes do atendimento não personalizado, que não acolhe as necessidades mínimas, potencializam-se. Nesse sentido, ressalta-se a necessidade do exercício do cuidado na perspectiva da integralidade, além da

incorporação de um processo de organização do cuidado à saúde especialmente destinado a essa população (Carneiro Junior et al., 2011; Goldberg, Silveira, 2013; Silveira et al., 2013). Verdadeiramente, é necessário enfatizar que o atendimento respeitoso, atencioso, buscando atender às necessidades da pessoa que recorre ao serviço de saúde deveria ser inerente ao trabalho de todo e qualquer profissional de saúde, mas não é o que ocorre, de modo geral.

Destaca-se que o PCT aponta o acolhimento como um dos princípios fundamentais para o êxito do tratamento, reconhecendo a escuta como essencial para a criação de vínculo entre o paciente, o serviço, e os trabalhadores que produzem o cuidado em saúde (Brasil, 2011a).

Neste sentido insere-se o TDO, que tem como base o vínculo e o acolhimento ao paciente em tratamento da tuberculose. Esta estratégia é um elemento chave da estratégia DOTS, que visa o fortalecimento da adesão do paciente ao tratamento, com o objetivo de reduzir as taxas de abandono e aumentar a probabilidade de cura. Segundo documento do MS, para que o TDO tenha sucesso, é preciso remover barreiras que dificultam sua realização, organizando os serviços e viabilizando incentivos (Brasil, 2011a).

Entende-se, portanto, que o TDO está diretamente relacionado à forma como os serviços de saúde se organizam para o cuidado ao paciente. Assim, optou-se por discuti-lo como uma subcategoria da Categoria III - *Assistência*.

Os depoimentos revelam que, na maioria das vezes, o TDO não foi ofertado. E, ainda, aqueles que estavam realizando o TDO, associavam-no apenas ao recebimento da Cesta Básica, não sabendo sobre sua finalidade. Por outro lado, ressalta-se que, muitos pacientes que não estavam realizando TDO foram orientados quanto aos seus objetivos e importância, durante a entrevista do

presente estudo, mostrando-se receptivos a incluir-se neste tipo de tratamento.

Estes fatos indicam falta de orientação e oferta quanto ao TDO aos pacientes bolivianos em tratamento de tuberculose, o que é digno de nota, já que todos os pacientes devem dispor desse tipo de informação e acesso. Acredita-se que os profissionais de saúde também devem ser sensibilizados quanto à importância deste tipo de tratamento.

A não oferta do TDO parece não estar diretamente relacionada aos imigrantes bolivianos, uma vez que estudo realizado por Monroe et al. (2008), em nove municípios prioritários para tuberculose no Estado de São Paulo, identificou que os profissionais de saúde das UBS expressavam resistência à incorporação do TDO na rotina, considerando-o trabalhoso e paternalista. Os autores constataram, ainda, que a falta de envolvimento dos profissionais com este tipo de tratamento, gerou situações de maus tratos, e de falta de respeito e de humanização no atendimento aos doentes com tuberculose.

Conforme já explicitado anteriormente, o PCT no Município de São Paulo oferece como incentivos para o TDO, a Cesta Básica durante cada mês de tratamento, e o Vale Transporte, para os deslocamentos até a UBS para a tomada da medicação. No entanto, muitos pacientes que moravam distante da UBS, referiram não ter sido orientados quanto ao benefício do Vale Transporte.

Um achado do presente estudo, que chama bastante a atenção, é o fato de dois entrevistados se surpreenderem ao receber a Cesta Básica no domicílio, não entendendo o motivo para tal. Ressalta-se que esses pacientes não realizavam TDO, e retiravam a medicação na UBS a cada 10 dias. Este fato aponta para o descumprimento das normas estipuladas pela Secretaria da Saúde

quanto ao fornecimento da Cesta Básica, constituindo-se portanto em Infração, dado que tratar-se de um “bem público”.

Por outro lado, alguns entrevistados que estavam realizando o TDO, demonstraram não entender o motivo do não recebimento da Cesta Básica, também não explicado pelos profissionais da UBS, o que pode em parte, desestimular o comparecimento do paciente ao TDO, e por consequência influenciar na adesão.

O PCT do Município prevê, ainda, o fornecimento de Vale Transporte para pacientes que não realizam TDO, mas que, pelo fato de morarem distante da unidade de saúde, precisariam deslocar-se para a retirada da medicação e/ou consultas médicas. Ademais, o Vale Transporte pode ser fornecido para a realização de exames do paciente ou dos contatos familiares (São Paulo, 2013b). Observou-se, à exemplo do que ocorreu com os pacientes em TDO, que o Vale Transporte também não foi oferecido aos pacientes em tratamento autoadministrado. No entanto, ao aventar a possibilidade quanto ao fornecimento desse incentivo, no momento da entrevista, muitos aceitaram prontamente.

O TDO pode ser realizado de forma compartilhada que, como já referido anteriormente, ocorre quando o doente faz o tratamento em uma UBS e a supervisão da tomada da medicação se dá em outra unidade de saúde, geralmente mais próxima do seu domicílio ou local de trabalho (Brasil, 2011c; Rocha et al. 2014).

Sendo assim, diante do relato de entrevistados e do reconhecimento que a distância entre a unidade de tratamento e a residência, se constituía como obstáculo à realização do TDO, também foi sugerida, durante a entrevista, a possibilidade do Tratamento Compartilhado. Ainda neste momento, esclareceu-se que a tomada da medicação na UBS poderia ser realizada no horário que o paciente considerasse pertinente, e não obrigatoriamente nas primeiras horas da manhã. Assim, a

possibilidade de Tratamento Compartilhado, e de um horário mais adequado, ou a combinação de ambos, foi muito bem recebida pelos pacientes, que se mostraram propensos a aderir ao TDO.

As normas rígidas quanto ao horário de tomada da medicação, que nem sempre correspondem ao horário de trabalho e estilos de vida dos pacientes, podem ser obstáculo para a adesão ao tratamento (Bertolozzi, 1998; Bertolozzi, 2005; Tomás et al., 2013, Ferreira, 2014). A revisão de tais procedimentos é imperativa, pois acabam sendo naturalizados e reproduzidos acriticamente no cotidiano.

Enfim, as relações estabelecidas entre os pacientes e os profissionais e serviços de saúde apontam para a importância da participação e do “empoderamento” dos usuários, no caso, os imigrantes bolivianos. Macq, Torfoss e Getahun (2007) apontam a importância do “empoderamento” dos pacientes no controle da tuberculose. Os autores apresentam quatro experiências: a capacitação para que as pessoas adquiram maior responsabilidade sobre sua própria saúde, especialmente no que se refere à adesão ao tratamento; a organização dos pacientes em grupos; a disponibilidade de serviços centrados nas necessidades do paciente; e o uso de habilidades em “*advocacy*” para aprimorar o controle da tuberculose.

Considera-se que o empoderamento dos pacientes com tuberculose, no caso dos imigrantes bolivianos é necessário, na medida em que concretiza o direito de que, ao compreender como ocorre o processo saúde-doença da tuberculose, possam fazer suas próprias escolhas, com a consciência das suas responsabilidades e direitos.

Em síntese, verificou-se na Categoria “*Assistência*” que os serviços de saúde encontram-se desorganizados, para a assistência paciente, no caso, o imigrante boliviano. Um dos fatores que

interfere na relação destes com o serviço de saúde, é o idioma, problema que se mostrou sério, na medida em que gerou diagnóstico e encaminhamento errôneo, dentre outras decorrências. Neste sentido, aponta-se a necessidade de instrumentalizar os profissionais de saúde para a nova realidade que se apresenta nos serviços, e que se refere à presença do imigrante.

A discriminação também foi percebida pelos sujeitos do estudo como um problema que interfere na assistência prestada pelos serviços de saúde.

A despeito do entendimento de que a universalidade do acesso aos serviços de saúde deve ser cumprida, parece mostrar rupturas no que se refere à resolutividade e à integralidade das ações.

Identificou-se necessidade de melhorar a relação médico-paciente, além da urgência de reorganizar um modelo assistencial que dê conta, além de outros, da resolutividade e integralidade do cuidado, de forma a responder às necessidades do paciente.

A importância do TDO deve ser reconhecida por pacientes e profissionais, de forma a se ampliar a sua realização, mas também deve ser flexibilizado, de forma a contemplar o cotidiano e a individualidade de cada doente. Os benefícios devem ser ofertados aos pacientes, e seguidas as regras institucionais para o seu fornecimento.

7 CONCLUSÕES

Em primeiro lugar, é necessário apontar que se considera que os objetivos do estudo foram alcançados e as conclusões aqui apresentadas referem-se ao local onde foi realizada esta pesquisa,

Os resultados indicam que a incidência de tuberculose na região da STS-Pe tem sofrido a influência da presença dos imigrantes bolivianos residentes, especialmente em alguns Distritos.

Além disso, o presente estudo aponta diferenças importantes no processo saúde-doença dos imigrantes bolivianos, quando comparado aos não bolivianos. Entre estas, destacam-se, em relação às características pessoais: idade, sexo, escolaridade, ocupação e comorbidade. Já em relação ao adoecimento foram identificadas diferenças em relação à forma clínica, realização dos exames de baciloscopia e cultura, e resultado HIV. Em relação ao tratamento identificou-se diferença em relação ao local de descoberta e de tratamento, bem como em relação à intenção na realização do TDO.

Para além das características do processo saúde-doença dos imigrantes bolivianos residentes na STS-Pe, as entrevistas com os pacientes em tratamento na região permitiram captar outras importantes “facetas” deste processo. Assim, os depoimentos revelaram um grupo jovem, com presença importante de mulheres, que residiam há pouco tempo no Brasil, e a maioria com escolaridade correspondente ao ensino médio.

Em relação ao adoecimento, destaca-se que o diagnóstico foi realizado, para a maior parcela, em unidades hospitalares, sendo a trajetória conturbada, o que levou à demora no diagnóstico, em alguns casos chegando há mais de um ano. O TDO não foi ofertado,

e alguns revelaram dificuldades ao realizá-lo, especialmente no que se refere à distância entre a residência e a UBS, o que poderia em alguns casos, ser resolvido com a realização do tratamento compartilhado, ou com a oferta do Vale Transporte, mas isto não ocorreu.

Em relação ao processo de trabalho dos imigrantes bolivianos nas oficinas de costura, ocupação principal deste grupo populacional, observa-se que parece determinar o adoecimento; muito embora, os próprios pacientes não o reconheçam. Sendo assim, os resultados do estudo permitem identificar que o processo de trabalho nas oficinas de costura é fragmentado, inclui longas jornadas de trabalho, sendo baixa a remuneração. A qualificação para o trabalho é, às vezes, realizada no próprio trabalho. A sazonalidade do setor de confecção em parte, provoca mobilidade territorial, que deve ser considerada pelos serviços de saúde, pois pode levar à dificuldades de adesão ao tratamento. Estas e outras características determinam desgastes que levam ao adoecimento. Adicionalmente, a doença interfere no processo de trabalho, na medida em que a sintomatologia impede ou dificulta as atividades que devem ser realizadas.

Destaca-se que o acesso aos serviços de saúde não foi negado aos imigrantes, em nenhum dos níveis de atenção. Os depoimentos revelaram utilização intensa de toda a rede de serviços públicos, para diagnóstico e tratamento. Sendo o acesso universal, bem como o fornecimento gratuito dos medicamentos, foram reconhecidos pelos pacientes como aspectos positivos da assistência. No entanto, a organização interna dos serviços dificulta a resolutividade dos problemas apresentados pelo paciente, e a integralidade da assistência, muitas vezes interferindo até mesmo no fornecimento da medicação, o que poderia ter repercutido na adesão ao tratamento, ainda que não observado no estudo.

O imigrante boliviano com tuberculose percebe dificuldades na relação com os profissionais de saúde, principalmente postas na barreira do idioma, além de atitudes que evidenciam discriminação. Detectou-se falta de atendimento médico em quantidade e qualidade, na perspectiva das necessidades referidas pelos pacientes entrevistados. Ainda que a enfermeira tente suprir as falhas do atendimento médico, tampouco o consegue, mesmo porque lhe foge à competência específica de atuação, dado que se refere ao diagnóstico e prescrição de medicamentos.

Tendo em vista o fenômeno da imigração de diferentes grupos populacionais ao Brasil, nos últimos anos que, em parte, pode ser explicado pelos resultados econômicos positivos do País, há necessidade de um debate ampliado do Estado, que possibilite a inclusão social dos imigrantes, como sujeitos de direitos sociais, sendo necessários serviços públicos que os acolham e promovam ações de integração.

Especificamente em relação ao adoecimento por tuberculose, observou-se estudos internacionais que relacionaram a doença à migração, sob diferentes aspectos, no entanto, o cenário brasileiro carece deste tipo de estudo.

O presente estudo vem preencher uma lacuna nessa área do conhecimento, entendendo-se que a compreensão do processo saúde-doença dos imigrantes pode colaborar para o aprimoramento do cuidado e para a organização dos serviços de saúde, reorientando-se os modelos de assistência em curso.

Aponta-se, ainda, a importância do Censo, que está sendo realizado pela Prefeitura do Município de São Paulo, de forma a identificar quantos são e onde estão os imigrantes, para a obtenção de elementos que possibilitem traçar políticas específicas para este grupo, especialmente nas regiões de maior concentração.

Há, ainda, necessidade do estabelecimento de políticas intersetoriais de proteção dos direitos humanos voltadas a estes grupos que apresenta diferentes vulnerabilidades, pois as políticas de caráter universal parecem não corresponder às necessidades específicas dos imigrantes.

Deve-se também considerar a importância da formação de trabalhadores dos serviços, no caso do presente estudo, os da área da saúde, para atendimento à este grupo populacional. Em uma perspectiva em longo prazo, o conteúdo que se refere à imigração e todos os aspectos afins devem integrar a formação dos profissionais nos cursos de graduação, uma vez que se entende a imigração como um fenômeno irreversível no mundo globalizado.

Para finalizar, aponta-se que não obstante a importância dos resultados identificaram-se alguns limites deste estudo. Uma primeira limitação diz respeito à coleta de dados realizada nas dependências da UBS. Acredita-se que o espaço institucional pode, em parte, influenciar as respostas do entrevistado, principalmente no que diz respeito às questões relacionadas à avaliação da assistência prestada. No entanto, alguns depoimentos apresentaram críticas explícitas ao serviço e sua organização.

Outro limite do estudo está relacionado ao método escolhido para a seleção da amostra que, se por um lado exigia um período mínimo de vivência do paciente em relação ao tratamento, por outro, não permitiu que abandonos precoces fossem representados no estudo.

Ainda, a utilização de uma amostra não permite a generalização dos resultados para outras regiões, sendo necessária a realização de outras investigações, com variação em relação ao sexo, idade, diferente tempo de estadia no Brasil, entre outras variáveis, o que permitirá ampliar o conhecimento sobre o tema.

Acredita-se, no entanto que, embora o conjunto de dados aqui apresentados mostre limitações, representam uma rica experiência

em relação à discussão do tema tuberculose na comunidade boliviana, que possibilitou a reflexão sobre a necessidade do estabelecimento de novas ações, tanto no âmbito assistencial como na perspectiva da intersetorialidade, além do aprimoramento ou da reorientação de outras, já em curso.

REFERÊNCIAS

Achkar M, Sherpa T, Cohen HW, Holzman RS. Agudelo-Suárez A, Ronda-Pérez E, Gil-González D, Vives-Cases C. Percepción sobre Condiciones de Trabajo y Salud de la Población Inmigrante Colombiana en Alicante, España. *Rev. Salud pública* [Internet]. 2008 [acesso 2014 mar 20]; 10(1): 160-7. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v10n1/v10n1a15.pdf>

Ahonen EQ, Benavides FG, Beach J. Immigrant populations, work and health: a systematic literature review. *Scand J Work Environ Health* [Internet]. 2007 [acesso 2014 mar 25]; 33 (2): 96-104. Disponível em: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17460797.

Aguiar ME. Tecnologias e cuidado em saúde: a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o caso do imigrante boliviano e coreano no bairro do Bom Retiro-SP [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2013 [acesso 2014 nov 20]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-03102013-103833/pt-br.php>

Aguiar ME, Mota A. O Programa Saúde da Família no bairro do Bom Retiro, SP, Brasil: a comunicação entre bolivianos e trabalhadores da saúde. *Interface* [Internet]. 2014 ago [acesso 2014 dez 27]; 18(50): 493-506. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v18n50/1807-5762-icse-1807-576220130040.pdf>

Alves US. Imigrantes Bolivianos em São Paulo: a Praça Kantuta e o Futebol. [Internet]. Campinas: Faculdade de Educação Física da Universidade Estadual de Campinas; 2011.

Alves US. Imigrantes bolivianos em São Paulo: a Praça Kantuta e o Futebol. In: Baeninger R, organizadora. *Imigração Boliviana no Brasil*. [Internet] Campinas: Núcleo de Estudos de População-Nepo/UNICAMP, FAPESP; CNPQ; UNFPA, 2012. [acesso 2014 maio 14]; p. 231-55. Disponível em: http://www.nepo.unicamp.br/textos/publicacoes/livros/bolivianos/livro_bolivianos.pdf

Apellidos Peruanos. Estudio de los significados de los apellidos peruanos de origen quechua, aymara, tallán, amazónico, español,

italiano, alemão, árabe, africano, chinês, japonês, francês, etc. [acesso 2012 fev 25]. Disponível em: <http://apellidosperuanos.wordpress.com/about/>. [s.d.]

Araujo AMC, Amorim ERA. Redes de subcontratação e trabalho a domicílio na indústria de confecção: um estudo na região de Campinas. Campinas Cadernos Pagu: Desafios da Equidade [Internet] 2002 [acesso 2014 jul 21]; (17-18). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cpa/n17-18/n17a10.pdf>.

Ayres JRCM, França Junior I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de Saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadoras. Promoção da Saúde: conceitos reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p.117-39.

Baeninger R. O Brasil no contexto das migrações internacionais da América Latina. In: Centro de Gestão e Estudos Estratégicos (CGEE) Populações e políticas sociais no Brasil: os desafios da transição demográfica e das migrações internacionais. [Internet]. Brasília: Centro de Gestão e Estudos Estratégicos, 2008. [acesso 2014 maio 14]; 248-9 Disponível em: <http://www.cgее.org.br/publicacoes/demografica.php>

Baeninger R. O Brasil na rota das migrações latino-americanas. In: Baeninger R, organizadora. Imigração Boliviana no Brasil. [Internet] Campinas: Núcleo de Estudos de População-Nepo/UNICAMP, FAPESP; CNPQ; UNFPA, 2012. [acesso em 2014 maio 14]; p. 9-18. Disponível em: http://www.nepo.unicamp.br/textos/publicacoes/livros/bolivianos/livro_bolivianos.pdf.

Baraldi C, Cogo D. Informe sobre a legislação migratória e a realidade dos imigrantes. São Paulo: CDHIC. 2011. 80p.

Barbosa AF, Veiga JP, Espósito K, Araujo A, Anner MT. Precarious work: the case of Bolivian women workers in the apparel sector in the city of Sao Paulo. American Center for International Labor Solidarity (ACILS) 2013 . 18p.

Barreto AMW, Sant'Anna C, Campos CED, Branco CAC, Capone D, Bethlem EP et al. Diagnóstico. In: Procópio MJ, organizadora. Controle da Tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2014. p.145-229

Bassegio L. Imigrantes: protagonistas de outra integração. In: Anais de Migrantes e Direitos Humanos - Seminário de Migrante e Refugiados. 2006 ago-out; São Paulo: Cadernos da CMDH-SP; 2008. p.43-48.

Bataiero MO. Acesso, vínculo e adesão ao tratamento para a tuberculose: dimensões organizacionais e de desempenho dos serviços de saúde. [dissertação]. São Paulo. Escola de Enfermagem/USP, 2009.

Bertolozzi MR. A adesão ao programa de Controle de Tuberculose no Distrito Sanitário do Butantã. [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública/USP; 1998.

Bertolozzi MR. A adesão ao tratamento da tuberculose na perspectiva da Estratégia do Tratamento Diretamente Observado (DOTS) no Município de São Paulo. [tese livre-docência]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/USP; 2005.

Boerdieu P. Squisse d'une théorie de la pratique. Paris: Librairie Droz; 1972

Bogustawski L. Tests on immigrants "miss most TB" [Internet]. The Independent. April 2011 [acesso 2014 jun 14]; 21. Disponível em: <http://www.independent.co.uk/life-style/health-and-families/health-news/tests-on-immigrants-miss-most-tb-2270834.html>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral de Doenças Endêmicas. Área Técnica de Pneumologia Sanitária. Programa Nacional de Controle da tuberculose [Internet], s.d. [acesso em 23 dez 2014]. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ProgramaTB.

Brasil. Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília; 20 set. 1990. Seção 1. [acesso 2014 nov 10]. Disponível em <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990-365093-norma-pl.html>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Centro de Referência Professor Hélio Fraga. Tuberculose Multirresistente: guia de vigilância epidemiológica. Rio de Janeiro, 2007.

Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Superintendência Regional do Trabalho e Emprego em São Paulo. Seção de Fiscalização do Trabalho. Seção de Segurança e Saúde do Trabalhador. Grupo de Combate à Fraude nas Relações de Trabalho e à Terceirização Irregular. Pacto contra a precarização e pelo emprego e trabalho de decentes em São Paulo – cadeia produtiva das confecções. São Paulo, 2009

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília: Serie A. Normas e Manuais Técnicos. 2011a. 284p.

Brasil. Ministério da Saúde. Tuberculose no Brasil e no mundo. [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011b. [acesso 2011 ago 6]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=31109

Brasil. Ministério da Saúde. Situação Epidemiológica. [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011c. [acesso 2011 ago 6]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=31115

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilâncias das Doenças Transmissíveis. Experiências de Monitoramento e Avaliação no Controle da Tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2013a.

Brasil. Senado Federal. Projeto de Lei do Senado nº 288 de 2013. Institui a Lei de Migração e regula a entrada e estada de estrangeiros no Brasil. Secretaria Publicado no DSF de 12 julho 2013b. [acesso 2014 nov 02]. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/atividade/materia/getPDF.asp?t=132518&tp=1>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria da Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico [Internet] 2014a [acesso 2014 out 20]; 45 (2). Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/29/BE-2014-45--2--tb.pdf>.

Brasil. Ministério da Saúde. Situação Epidemiológica. Dados. 27.03.2014b [acesso 2014 out 14]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/741-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/tuberculose/11485-situacao-epidemiologica-dados>

Brasil. Ministério da Saúde Tuberculosis control in Brazil: advances, innovations and challenges. Brasil: Ministério da Saúde. 2014c. 19p.

Brasil. Comissão de Especialistas para elaboração de Anteprojeto de Lei de Migrações e Promoção dos Direitos dos Migrantes no Brasil. Instituída pelo Ministério da Justiça pela Portaria nº 2162/2013. 2014d.

Breilh J. Nuevos conceptos y técnicas de investigación: guía pedagógica para un taller de metodología. Quito: CEAS; 1995.

Brito F. Os povos em movimento: as migrações internacionais no desenvolvimento do capitalismo. In: Patarra N, coordenador. Emigração e Imigração Internacionais no Brasil Contemporâneo. 2ª ed. São Paulo/Campinas: FNUAP, 1996. v.1. p. 25-39

Buechler S, Sweating it in the Brazilian Garment Industry: Korean and Bolivian Immigrants and global economic forces in São Paulo. Latin American Perspectives [Internet] 2004 [acesso 2014 maio 20]; 31(99): 99-119. Disponível em: <http://lap.sagepub.com/content/31/2/99>

Cain KP, Benoit SR, Winston CA, MacKenzie WR. Tuberculosis among foreign-born persons in the United States. JAMA [Internet] 2008 july [acesso 2014 ago 10]; 300(4): 405-12. Disponível em: http://jama.jamanetwork.com/data/Journals/JAMA/4425/joc80066_405_412.pdf.

Car MR, Bertolozzi MR. O procedimento da análise de discurso. In: Chianca TCM, Antunes MJM, organizadores. A classificação internacional das práticas de enfermagem em Saúde Coletiva/CIPESC. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem; 1999. p.348-55.

Carneiro Junior N, Oliveira RLS, Jesus CH, Luppi CG. Migração, exclusão social e serviços de saúde: o caso da população boliviana no centro da cidade de São Paulo. BIS, Bol. Inst. Saúde [Internet]

2011 [acesso 2014 jun 01]; 13(2): 177-181. Disponível em: <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/pdf/bis/v13n2/v13n2a11.pdf>

CUT. Central Única dos Trabalhadores. Patronato Italiano (INCA-CGIL). Confederação Sindical de Trabalhadores e trabalhadoras das Américas (CSA). Centro de Direitos Humanos e Cidadania do Imigrante (CDHIC), organizadores. Migrantes no Brasil: proteção social e trabalho decente para todos/as. 2013. 54p.

Cogo D, Badet M. Guia das Migrações Transnacionais e Diversidade cultural para comunicadores: migrantes no Brasil. UNISINOS: Bellaterra/Instituto Humaitas; 2013. [acesso 2014 fev 12]; 105p. Disponível em: <http://oestrangero.org.files.wordpress.com/2013/04/guia-das-migrac3a7c3b5es-para-comunicadores2.pdf>

Cookson S Misconceptions about tuberculosis among immigrants to the United States. BMJ [Internet] 2000 june [acesso 2014 mar 10]; 320(24):1726-7. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1127489/pdf/1726a.pdf>

Collinson S, Ward R A nurse-led response to unmet needs of homeless migrants in inner London. British Journal of Nursing [Internet] 2010 [acesso 2014 mar 20]; 19(1): 36-41. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=9ddf8201-7df6-4f99-a007-0aacb51c2fbc%40sessionmgr115&vid=1&hid=128>.

Contrera XIL. Imigrantes Refugiados. Assessoria de Imprensa e Comunicação. Comissão Municipal de Direitos Humanos. Assessoria Técnica – Imigrantes Refugiados. [s.d.].

Cortês T R. Os migrantes da costura em São Paulo: retalhos de trabalho, cidade e Estado. [dissertação]. Faculdade de Filosofia Letras e Ciências Humanas da USP; 2013. [acesso 2014 jan 14]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8132/tde-03022014-112419/pt-br.php>.

Cymbalista R, Xavier IR. A comunidade boliviana em São Paulo: definindo padrões de territorialidade. Cadernos Metrópole [Internet]. 2007 [acesso 2014 ago 10]; 17: p.119-33. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/metropole/article/view/8767/6492>.

Dornelas SM. Para sair do confinamento: a experiência das visitas às oficinas de costura de imigrantes bolivianos no quadro do projeto Somos Hermanos. *Travessia*. 2009 jan-abr.; 22(63): p. 20-5

D'Lugoff MI, Jones W, Kub J, Glass N, Thompson D, Brinkley-Laughon S et al. Tuberculosis screening in an at-risk immigrant Hispanic population in Baltimore city: an academic health center/local health department partnership. *J Cult Divers*. 2002; 9(3):79-85.

Egry EY. Saúde Coletiva: construindo um novo modelo em enfermagem. São Paulo: Ícone, 1996. 144p.

Fanning EA. Globalization of tuberculosis [editorial] *Canadian Medical Association* [Internet]. 1998, mar [acesso 2014 abr 24]; 158(5): 611-12. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1229004/pdf/cmaj_158_5_611.pdf.

Faleiros SM. Universalidade e políticas públicas: a experiência dos imigrantes no acesso à saúde. [dissertação] [Internet]. São Paulo: Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas; 2012 [acesso em 2014 nov 14]. Disponível em: http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/9543/Disserta%c3%a7%c3%a3o_Sarah_faleiros_vf.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Ferreira KR. A adesão ao tratamento no caso da tuberculose multirresistente. [tese]. São Paulo. Escola de Enfermagem/USP, 2014.

Finotelli C, Acosta D, Fernandes DM, Peixoto J, Belchior L, Castro MCG et al. Migração Brasil-Europa: a situação dos migrantes brasileiros na Espanha e Portugal e de portugueses e espanhóis, aspectos legais e vivências. Brasil: Ministério do Trabalho e Emprego. International Centre for Migration Policy Development/ICMPD. 2013. 224p.

Fiorin JL. Elementos de análise do discurso. São Paulo: EDUSP; 1989.

Fiorin JL. Linguagem e ideologia. 2ª ed. São Paulo: Ática; 1990.

Fiorin JL, Savioli FP. Para entender o texto: leitura e redação. São Paulo: Ática; 1991.

Flausino B. Bolivianos irregulares explorados em confecções não acessam direitos. Agência USP de notícias. [Internet] 2008 set [acesso 2010 jun 2010]; Disponível em: <http://www4.usp.br/index.php/educacao/15180>

Folha de São Paulo. Por casa e comida, boliviano trabalha até as 17h. São Paulo 2007 dez 16 [acesso 2010 out 10]; Caderno A6. Disponível em: http://www.unodc.org/pdf/brazil/word_midia/folha_16_12_2007%5B1%5D.doc

Fortún J, Martín-Dávila P, Navas E, López-Vélez R, Pintado V, Cobo J et al. Changes in the epidemiology of tuberculosis: the influence of international migration flows. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica* [Internet] 2011 nov [acesso 2014 maio 2014]; 29(9) 654-9. Disponível em: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=90034819&pidet_usuario=0&pccontactid=&pidet_revista=28&ty=70&accion=L&origen=zonalectura&web=zl.elsevier.es&lan=en&fichero=28v29n09a90034819pdf001.pdf

Freitas PT. Bolivianos(as) por entre oficinas de costura na cidade de São Paulo: novos aspectos da dinâmica migratória no século 21. In: Baeninger R, organizadora. *Migrações Internacionais por dentro do estado de São Paulo*. v.9 Campinas: Núcleo de Estudos da População. 2013 [acesso 2014 jun 10]. Disponível em: https://www.academia.edu/4408024/Bolivianos_as_por_entre_oficinas_de_costura_na_cidade_de_S%C3%A3o_Paulo_novos_aspectos_da_din%C3%A2mica_migrat%C3%B3ria_no_s%C3%A9culo_21

Freitas PT. Imigração boliviana para São Paulo e setor de confecção – em busca de um paradigma analítico alternativo. In: Baeninger R, organizadora. *Imigração Boliviana no Brasil*. [Internet] Campinas: Núcleo de Estudos de População-Nepo/UNICAMP, FAPESP; CNPQ; UNFPA, 2012. p.155-178. [acesso 2014 maio 14]. Disponível em: http://www.nepo.unicamp.br/textos/publicacoes/livros/bolivianos/livro_bolivianos.pdf.

Gaeta RR. Projeto Somos Hermanos. In: Serviço Pastoral dos Migrantes (org). *Travessia na De\$ordem Global: Fórum Social das Migrações*. São Paulo: Paulinas, coleção Mundo possível. 2005. p.337-48

Galetti R. Migração de estrangeiros do centro de São Paulo: Coreanos e Bolivianos. In: Patarra N, coordenador. *Emigração e*

Imigração Internacionais no Brasil Contemporâneo. 2ª ed. São Paulo/Campinas: FNUAP, 1996. v.1. p. 132-145.

Goldberg A. Un abordaje comparative en torno a la incidencia de la tuberculosis en inmigrantes bolivianos de Buenos Aires y São Paulo. [Internet]. Rev. Inter. Hum, jan/jun 2013 [acesso 2014 maio 03]; 21 (40): 93-106. Disponível em: <<http://www.csem.org.br/remhu/index.php/remhu/article/viewFile/365/324>>.

Goldberg A, Silveira C. Desigualdad social, condiciones de acceso a la salud pública y procesos de atención en inmigrantes bolivianos de Buenos Aires e São Paulo: una indagación comparativa. [Internet]. Saúde Soc 2013 [acesso 2014 fev 12]; 22(2): 283-97. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n2/v22n2a03.pdf>.

Greene JA. An ethnography of nonadherence: culture, poverty, and tuberculosis in urban Bolivia. Culture, Medicine and Psychiatry [Internet] 2004 sep [acesso em 2014 maio 11]; 28 (3): 401-25. Disponível em: http://download.springer.com/static/pdf/663/art%253A10.1023%252FB%253AMED1.0000046429.55801.c8.pdf?auth66=1420645970_312e062a69d2aae4145db955ce063da5&ext=.pdf.

Harvey D. Para entender o capital. São Paulo: Boitempo, 2013.

Heldal E, Kuyvenhoven JV, Wares F, Migliori GB, Ditiu L, Fernandez de la Hoz K, Garcia D. Diagnosis and treatment of tuberculosis in undocumented migrants in low- or intermediate-incidence countries. Int J Tuberc Lung Dis [Internet] 2008 aug [acesso 2014 jul 14]; 12(8):878–88. Disponível em: http://docstore.ingenta.com/cgi-bin/ds_deliver/1/u/d/ISIS/78923134.1/iuatId/ijtId/2008/00000012/00000008/art00003/C4292AC3453F30F31408331281526CD2A4D0B9C8DC.pdf?link=http://www.ingentaconnect.com/error/delivery&format=pdf.

Hijar MA, Mourão GT, Porto OM, Rocha JL. Epidemiologia da Tuberculose. In: Procópio MJ, organizadora. Controle da Tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2014. p.87-116.

Ho M-J. Sociocultural aspects of tuberculosis: a literature review and a case study of immigrant tuberculosis. Social-Science & Medicine [Internet] aug 2004 [acesso 2014 jan 14]; 59(4): 753-62. Disponível em: <http://ac.els-cdn.com/S0277953603006269/1-s2.0-S02779536>

03006269-main.pdf?_tid=7928cfce-967f-11e4-b451-00000aacb35d&acdnat=1420643676_f5a7c8d0d76f2428e4305610380a77c1

Home Office UK Border Agency. Screening for tuberculosis and the immigration control. UK border Agency review of current screening activity (Central Policy Unit). [Internet] 2011 [acesso 2014 jul 21]; 88p. Disponível em: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/117948/tb-screening-review.pdf

Ianni O. Globalização e Diversidade. In: Patarra N, coordenadora. Migrações internacionais: herança XX, agenda XXI. São Paulo/Campinas: FNUAP, 1996. v.2. p. 1-15.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Resultados gerais da amostra [Internet]. abr 2012 [acesso 2013 maio 25]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000008473104122012315727483985.pdf>

IOM. International Organization for Migration. Key Migration Terms [acesso em 2014 nov 10]. Disponível em: <<http://www.iom.int/cms/en/sites/iom/home/about-migration/key-migration-terms-1.html>>

Laifer G, Widmer AF, Simcock M, Basetti S, Trampuz A, Frei R et al TB in a Low-Incidence Country: Differences Between New Immigrants, Foreign-Born Residents and Native Residents. The American Journal of Medicine [Internet] 2007 [acesso 2014 maio 11]; 120(4); 350-6. Disponível em: [http://www.amjmed.com/article/S0002-9343\(06\)01415-X/pdf](http://www.amjmed.com/article/S0002-9343(06)01415-X/pdf).

Leng JCF, Changrani J, Gany FM. Language discordance and testing for latent tuberculosis infection among recent Asian and Latino Immigrants. J Community Health [Internet] apr 2011 [acesso 2014 maio 12]; 36 (2) 228-30.

Leite MP. Tecendo a precarização: trabalho a domicílio e estratégias sindicais na indústria de confecção em São Paulo. Trabalho, Educação e Saúde [Internet] 2004 [acesso 2014 fev 10]; 2(1): 239-65. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v2n1/05.pdf>.

Leite FB, Ferreira TNM, Hora AMS, Mandu GMB. O papel da Unidade Básica de Saúde como agente de inclusão social de

imigrantes bolivianos na região leste do Município de São Paulo. In: São Paulo. Coordenação da Atenção Básica. Coletânea de trabalhos. I Mostra de experiências exitosas da Saúde da Família do Município de São Paulo. II Seminário Internacional da Atenção Básicas do Município de São Paulo. Outubro 2010, São Paulo. p.331

Lane STM. Linguagem, pensamento e representações sociais. In: Lane STM, Codo, W. Psicologia social: homem em movimento. 2ª ed. São Paulo: Brasiliense; 1985.p.32-9.

Lemes JFS, Biagolini REM. Tuberculose: perfil epidemiológico dos pacientes de uma Unidade de Saúde da Família. São Paulo, 2011. 26f.

Liu Y, Painter JA, Posey DL, Cain KP, Weinberg MS, Maloney SA et al Estimating the Impact of Newly Arrived Foreign-Born: Persons on Tuberculosis in the United States. PlosOne Journal Information [Internet] 2012 feb [acesso 2014 abr 14]; 7(2): 9p. Disponível em: <http://www.plosone.org/article/fetchObject.action?uri=info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0032158&representation=PDF>

MacPherson DW, Gushulak BD, Macdonald L. Health and foreign policy: influences of migration and population mobility. Bulletin of the World Health Organization [Internet] 2007 march [acesso 2014 fev 12]; 85 (3): 200-6. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2636223/pdf/06-036962.pdf>.

Macq J, Torfoss T, Getahun H. Patient empowerment in tuberculosis control: reflecting on past documented experiences. Tropical medicine and International Health [Internet] 2007 [acesso 2014 ago 18]; 12(7): 873-85. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-3156.2007.01858.x/pdf>

Madi MCC, Cassanti AC, Silveira C Estudo das representações sociais sobre gestação em mulheres bolivianas no contexto da Atenção Básica em Saúde na área central da cidade de São Paulo. Saúde e Sociedade. 2009; supl 2 (18): 67-71.

Manetta A. Bolivianos no Brasil e o discurso da mídia jornalística. In: Baeninger R, organizadora. Imigração Boliviana no Brasil. [Internet] Campinas: Núcleo de Estudos de População-Nepo/UNICAMP, FAPESP; CNPQ; UNFPA, 2012. p.195-210. [acesso 2014 maio 14]; Disponível em: http://www.nepo.unicamp.br/textos/publicacoes/livros/bolivianos/livro_bolivianos.pdf

Martes ACB, Faleiros SM. Acesso dos imigrantes bolivianos aos serviços públicos de saúde na cidade de São Paulo. [Internet]. Saúde Soc. 2013 [acesso em 2014 fev 10]; 22(2):351-64. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n2/v22n2a08.pdf>

Martinez VN. Equidade em saúde: o caso da tuberculose na comunidade de bolivianos no município de São Paulo. [dissertação] São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP; 2010.

Martinez VN, Komatsu NK, Figueredo SM, Waldman E. Equity in health: tuberculosis in the Bolivian immigrant community of Sao Paulo, Brazil. Tropical Medicine and International Health [Internet] 2012 nov [acesso 2014 jan 15]; 17(11): 1417-24. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-3156.2012.03074.x/pdf>.

Marx K, Engels F. Ideologia alemã. São Paulo: Hucitec; 1984.

Milesi R. Migrações e Direitos Humanos. In: Anais de Migrantes e Direitos Humanos - Seminário de Migrante e Refugiados. 2006 ago-out; São Paulo: Cadernos da CMDH-SP; 2008. p.25-41.

Minayo MCS. Hermenêutica-Dialética como caminho do pensamento social. In: Minayo MCS, Deslandes SF (org.). Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p. 83-108.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: Hucitec; 2014.

Monroe AA, Gonzales RIC, Palha PF, Sassaki CM, Ruffino Netto A, Vendramini SHF et al. Envolvimento de equipes de Atenção Básica à Saúde no Controle da Tuberculose. Rev Esc Enf USP [Internet] 2008 [acesso 2014 dez 21]; 42(2): 262-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n2/a07.pdf>

Moskovics LB, Corral PM. El papel de las redes migratorias em los procesos de reordenación de los flujos de bolivianos entre España y Brasil. Travessia. Revista do Imigrante [Internet] 2012 jan-jun [acesso 2014 jun 27]; (70): 49-63. Disponível em: <http://www.youblisher.com/p/550077-Travessia-Revista-do-Migrante-numero-70/>

Moura JC, Vannuchhi AMC, Luppi CG, Montagnini MCC, Hashimoto C, Otani VM et al. Rastreamento de Sofrimento Mental em Imigrantes Bolivianos cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família da Região Central de São Paulo. In: São Paulo. Coordenação da Atenção Básica. Coletânea de trabalhos. I Mostra de experiências exitosas da Saúde da Família do Município de São Paulo. II Seminário Internacional da Atenção Básicas do Município de São Paulo. Outubro 2010, São Paulo. p.37

Noia ELM, Silva AP, Meireles W, Fiorotti K, Hadad DJ, Dietze R. Tratamento supervisionado em pacientes portadores de tuberculose utilizando supervisores domiciliares em Vitória, Brasil. J. Bras. Pneumol. 2008; 34(7): 506-13

Ollé-Goig JE Patients with tuberculosis in Bolivia: why do they die? Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health [Internet] 2000 [acesso 2014 abr 12]; 8(3): 151-5. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v8n3/3022.pdf>.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. Saúde nas Américas: Panorama regional e perfil de países. Organização Pan-Americana de Saúde, Organização mundial da Saúde. Escritório Regional para as Américas. Publicação Científica e Técnica no. 636; p.74-77. 2012.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde Indicadores Básicos 2014 [Internet] 2014 [acesso 2015 jan 05]. Disponível em: http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_content&view=article&id=6&Itemid=13&lang=es.

Parry WH Health an Wealfare of Immigrants. Proc. roy. Soc. Med. [Internet] 1970 june [acesso 2014 maio 14]; 63. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1811568/pdf/procrsmed00295-0101.pdf>.

Patussi R. Bolivianos em São Paulo. Seminário 5: indocumentados e direitos.. In: Serviço Pastoral dos Migrantes (org). Travessia na De\$ordem Global: Fórum Social das Migrações. São Paulo: Paulinas, coleção Mundo possível. 2005. p.213-8

Paula R, Lefèvre F, Lefèvre AMC, Galesi VMN, Schoeps D. Por que os pacientes de tuberculose procuram as unidades de urgência e emergência para serem diagnosticados: um estudo de representação social. Rev Bras Epidemiol [Internet]. 2014 jul-set

[acesso 2015 jan 04]; 17(3): 600-14. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v17n3/pt_1415-790X-rbepid-17-03-00600.pdf.

Pereira E. Bolivianos se tornam a segunda maior colônia de estrangeiros em São Paulo. Folha de São Paulo. [acesso 2013 jun 16]. 2013 jun16. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/saopaulo/2013/06/1295108-bolivianos-se-tornam-a-segunda-maior-colonia-de-estrangeiros-em-sp.shtml>

Perone AS, Bovier P, Pichonnaz C, Rocha LT, Loutan L. Tuberculosis in Undocumented Migrants, Geneva. Emerging infectious Diseases [Internet] 2005 february [acesso 2014 jul 20]; 11(2) p.351-2. Disponível em: http://www.researchgate.net/publication/7975735_Tuberculosis_in_undocumented_migrants_Geneva

Pinheiro PML, Cuoghi MAA. Humanização: saúde dos imigrantes bolivianos UBS Vila Espanhola. In: São Paulo. Coordenação da Atenção Básica. Coletânea de trabalhos. I Mostra de experiências exitosas da Saúde da Família do Município de São Paulo. II Seminário Internacional da Atenção Básicas do Município de São Paulo. Outubro 2010, São Paulo. p.137

Pinto PFP, Ribeiro MCSA, Silveira C, Rujula MJP. Análise espaço-temporal dos casos de tuberculose em imigrantes sul-americanos no município de São Paulo. In: Anais do IX Congresso Brasileiro de Epidemiologia. As fronteiras da epidemiologia contemporânea: do conhecimento científico à ação; 2014 set 07-10; Vitória/ES [Internet]. Rio de Janeiro: Abrasco; 2014. [acesso 2014 set 21]; p.1211. Disponível em: <http://epiabrasco.com.br/ANAIS-EPIVIX-2014.pdf>.

Preturlan RB. Mobilidade e classes sociais: o fluxo migratório para São Paulo. [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Filosofia Letras e Ciências Humanas da USP; 2012. [acesso 2014 mar 25]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8132/tde-11062013-105409/pt-br.php>.

Prodesp. Informativo Quinzenal da Cia. de Processamento de Dados do Estado de São Paulo. [Internet].; 2011 [acesso 2011 dez 18]. Disponível em: http://www.prodesp.sp.gov.br/newsletter/DNA_nova_17FEVEREIRO_2011/noticia03.html.

Pusseti C, Ferreira JF, Lechner E, Saninho C. Migrantes e Saúde Mental: a construção da competência cultural. [Internet]. Lisboa: Observatório da Imigração. 2009 [acesso 2014 out 11]. (Estudos OI: 33). Disponível em: http://www.oi.acidi.gov.pt/docs/Estudos_OI/OI_33.pdf.

Queiroz EM, Bertolozzi MR. Tuberculose: tratamento supervisionado nas Coordenadorias de Saúde Norte, Oeste e Leste do Município de São Paulo. Rev. Esc. Enferm. USP. 2010 jun.; 44 (2): 453-461.

Rieder HL, Zellweger JP, Raviglione MC, Keizer ST, Migliori GB. Tuberculosis control in Europe and international migration. Eur Respir J. [Internet] 1994 aug [acesso 2014 junho 25]; 7 (8): 1545-53. Disponível em: <http://erj.ersjournals.com/content/7/8/1545.long>.

Rocha ALC, Bethlem EP, Gerhardt Filho G, Campos HS, Menezes LL, Sandes JA et al. Organização e acompanhamento do tratamento. In: Procópio MJ, organizadora. Controle da Tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2014. p.233-94.

Rocha ALC, Castello Branco CA, Procópio MJ, Hajar MA; Porto OM. Determinantes sociais, econômicos e culturais das doenças. In: Procópio MJ, organizadora. Controle da Tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2014. p.73-85.

Rossi C, Sakamoto L. Trabalho escravo é uma realidade também na cidade de São Paulo. Repórter Brasil [Internet] 2005 maio [acesso 2014 set 13]. Disponível em: <http://reporterbrasil.org.br/2005/04/trabalho-escravo-e-uma-realidade-tambem-na-cidade-de-sao-paulo>.

Rufinno-Netto A. Programa de Controle da Tuberculose no Brasil: situação atual e novas perspectivas. Inf Epidemiol SUS. 2001;10(3):129-38.

Saladini APS. Trabalho e imigração: os direitos sociais do trabalhador imigrante sob a perspectiva dos direitos fundamentais. São Paulo: LTr; 2012

Sánchez AIM. O tratamento diretamente supervisionado “DOTS” e a adesão ao tratamento da tuberculose: significados para os trabalhadores de unidades de saúde da região central do município

de São Paulo/ São Paulo – Brasil. [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2007.

São Paulo. Coordenadoria Regional de Saúde Sudeste. Controle Social da Tuberculose e outros agravos dentre a população de imigrantes hispânicos, em especial bolivianos residentes no município de São Paulo. [s.d.].

São Paulo. Portaria nº 545/04, 2004. Regulamenta a coleta do quesito cor e o preenchimento do campo denominado raça/cor nos Sistemas de Informação em Saúde no município de São Paulo [acesso 2014 jan 29]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/popnegra/Portaria545-04_SMS.pdf.

São Paulo. Decreto 46209, de 15 de agosto de 2005. Dispõe sobre a transferência das Coordenadorias de Saúde das Subprefeituras que especifica para a Secretaria Municipal da Saúde. [Internet]. Pesquisa de Legislação Municipal. [acesso 2014 dez 10]. Disponível em: http://www3.prefeitura.sp.gov.br/cadlem/secretarias/negocios_juridicos/cadlem/integra.asp?alt=16082005D%20462090000.

São Paulo. Câmara Municipal de São Paulo. Relatório Final da Comissão Parlamentar de Inquérito para apurar a exploração de trabalho análogo ao de escravo. São Paulo. 2006.

São Paulo. Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE) “Prof. Alexandre Vranjac”. Boletim TB 2011a. Tuberculose no Estado de São Paulo. 12p.

São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Centro de Controle de Doenças (CCD). Boletim TB 2011b. 12p.

São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação (CEInfo). Análise do quesito raça/cor a partir de sistemas de informação da Saúde do SUS. Boletim CEInfo, 6(5), maio, 2011c. 54p.

São Paulo. Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Instituto Via Pública. Atlas da Saúde da Cidade de São Paulo. São Paulo: Instituto Via Pública, 2012. [acesso 2014 jan 30]. Disponível em: <http://observasaude.fundap.sp.gov.br/McSaoPaulo/Documentos%20de%20Gesto%20Municipal/Atlas%20da%20Sa%C3%BAde%20da%20Cidade%20de%20S%C3%A3o%20Paulo/AtlasSAMPA.pdf>.

São Paulo. Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde Coordenação de Vigilância em Saúde. Cestas Básicas. São Paulo: PMSP; 2013a. (Informe Tuberculose nº 01-2014/CCD/TB).

São Paulo. Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde Coordenação de Vigilância em Saúde. Bilhete Único. São Paulo: PMSP; 2013b (Informe Tuberculose nº 7-2014/CCD/TB).

São Paulo. Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde Coordenação de Vigilância em Saúde. Critérios para solicitação de cultura de micobactérias e teste de sensibilidade. São Paulo: PMSP; 2013c (Informe Tuberculose nº 8-2014/CCD/TB).

São Paulo. Prefeitura de São Paulo. Direitos Humanos e Cidadania. I Conferência Municipal de Políticas para Imigrantes: somos todos migrantes. 2013d.

São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Boletim Eletrônico CEInfo, Atenção ao pré-natal na cidade de São Paulo, ano 5, boletim 1, maio 2014. [acesso 2014 ago 18]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/boletimeletronico/Ano5_n01_Atencao_ao_pre-natal_na_cidade_de_Sao_Paulo.pdf.

Silva AS I. Migrações laborais na América do Sul: o caso dos bolivianos. In: Patarra N, coordenador. Emigração e Imigração Internacionais no Brasil Contemporâneo. 2ª ed. São Paulo/Campinas: FNUAP, 1996. v.1. p. 181-7.

Silva SA. Costurando Sonhos: trajetória de um grupo de imigrantes bolivianos em São Paulo. São Paulo: Paulinas; 1997. 295p.

Silva AS. Hispano-americanos no Brasil: entre a cidadania sonhada e a concedida. In: Castro MG, coordenadora. Migrações internacionais: contribuições para políticas. Brasília: CNPD, 2001. p. 489-501.

Silva AS. Virgem, Mãe, Terra. Festas e tradições bolivianas na Metrópole. São Paulo: Hucitec/FAPESP, 2003.

Silva CF. Precisa-se: bolivianos na indústria de confecções de São Paulo. Travessia. Revista do Migrante. 2009a jan-abr; 22 (63): p.5-11.

Silva ECC. Rompendo Barreiras: os bolivianos e o acesso aos serviços de saúde na cidade de São Paulo. *Travessia*, 2009b jan-abr; 22(63):.26-31.

Silva AS. Bolivianos em São Paulo: Dinâmica cultural e processos identitários. In: Baeninger R, organizadora. *Imigração Boliviana no Brasil*. [Internet] Campinas: Núcleo de Estudos de População-Nepo/UNICAMP, FAPESP; CNPQ; UNFPA, 2012. p19-34. [acesso 2014 maio 14]; Disponível em: http://www.nepo.unicamp.br/textos/publicacoes/livros/bolivianos/livro_bolivianos.pdf.

Silva AS, Bettin I. A presença da igreja entre os imigrantes latino-americanos em São Paulo. In: Patarra N, coordenador. *Emigração e Imigração Internacionais no Brasil Contemporâneo*. 2ª ed. São Paulo/Campinas: FNUAP, 1996. v.1. p. 175-180.

Silveira C, Gomes MH, Gomes MP, Ribeiro MCS. Los inmigrantes Bolivianos y el acceso a los servicios de salud [Internet]. VII Jornadas Santiago Wallace de Investigación en Antropología Social. Sección de Antropología Social. Instituto de Ciencias Antropológicas. Facultad de Filosofía y Letras, UBS, Buenos Aires, 2013. [acesso 2014 mar 01]. Disponível em: <http://www.aacademica.com/000-063/112.pdf>

Simai S, Baeninger R. Racismo e sua negação: o caso dos imigrantes bolivianos em São Paulo. *Travessia. Revista do Migrante*. 2011 jan-jun.; 24 (68): p.49-62.

Simai S, Baeninger R. Discurso, negação e preconceito: bolivianos em São Paulo. In: Baeninger R, organizadora. *Imigração Boliviana no Brasil*. [Internet] Campinas: Núcleo de Estudos de População-Nepo/UNICAMP, FAPESP; CNPQ; UNFPA, 2012. p.195-210. [acesso em 2014 maio 14]; Disponível em: http://www.nepo.unicamp.br/textos/publicacoes/livros/bolivianos/livro_bolivianos.pdf.

Souchaud S. A confecção: nicho étnico ou nicho econômico para imigração latino-americana em São Paulo? In: Baeninger R, organizadora. *Imigração Boliviana no Brasil*. [Internet] Campinas: Núcleo de Estudos de População-Nepo/UNICAMP, FAPESP; CNPQ; UNFPA, 2012. p75-92. [acesso em 14 maio 2014]; Disponível em: http://www.nepo.unicamp.br/textos/publicacoes/livros/bolivianos/livro_bolivianos.pdf.

Souchaud S, Fusco W. Diagnóstico das migrações internacionais entre Brasil, Paraguai e Bolívia. In: Centro de Gestão e Estudos Estratégicos (CGEE) *Populações e políticas sociais no Brasil: os desafios da transição demográfica e das migrações internacionais*.

Brasília: Centro de Gestão e Estudos Estratégicos, 2008. [acesso 2012 nov 11]; p. 266-95 Disponível em: <http://www.cgее.org/publicacoes/demografica.php>-

Speciale C. Significados do tratamento diretamente supervisionado (“DOTS”) para pacientes com tuberculose do Programa de Saúde da Família da Supervisão Técnica de Vila Prudente/Sapopemba [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem/USP, 2007.

Svensson E, Millet J, Lindqvist A, Olsson M, Ridell M, Rastogi N. Impact of immigration on tuberculosis epidemiology in a low-incidence country. *Clin Microbiol Infect* [Internet] 2010 sep [acesso em 2014 maio 12]; 17(6): 881-Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1469-0691.2010.03358.x/pdf>.

Tavares P, Baeninger R. Cidade e imigração: Origens e territórios da imigração boliviana e coreana para a cidade de São Paulo. In: Baeninger R (org). *População e Cidades: subsídios para o planejamento e para as políticas sociais*. Campinas; Núcleo de Estudos de População-Nepo/Unicamp. Brasília: UNFPA [Internet] 2010 [acesso 2014 maio 14] p.277-97. Disponível em: http://www.nepo.unicamp.br/publicacoes/pop_e_cidades.pdf.

Terra MF, Bertolozzi MR. Tratamento Diretamente Supervisionado (DOTS) contribui para a adesão ao tratamento da tuberculose? *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2008 julho-agosto; 16(4): 659-64.

Texidó E, Gurrieri J. *Panorama Migratorio de América del Sur* 2012. Buenos Aires: Organizacion Internacional para las Migraciones (OIM), 2012. 145p.

Travassos C, Castro MSM Determinantes e Desigualdades no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Fiocruz: Rio de Janeiro, 2008. p.215-243.

Tomás BA, Pell C, Cavanillas AB, Solvas JG, Pool R, Roura M. Tuberculosis in Migrant Populations. A Systematic Review of the Qualitative Literature. *PLoS One* [Internet] 2013 dec [acesso 2014 jun 16]; 8 (12). Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3857814/pdf/pone.0082440.pdf>.

UNAIDS. Countries. Bolívia. [Internet] 2013 [acesso 2014 dez 04]. Disponível em <http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/bolivia>.

Univision. Apellidos bolivianos y su significado. Disponível em: <http://foro.univision.com/t5/Bolivia/APELLIDOS-BOLIVIANOS-Y-SU-SIGNIFICADO/td-p/78844244> [s.d.]

Van Hest NA, Aldridge RW, Vries G, Sandgren A, Hauer A, Hayward A et al. Tuberculosis control in big cities and urban risk groups in the European Union: a consensus statement. *Eurosurveillance* [Internet] 2014 [acesso 2014 maio 30]; 19 (9): 13 p. Disponível em: <http://www.eurosurveillance.org/images/dynamic/EE/V19N09/art20728.pdf>.

Vidal D. Convivência, alteridade e identificações. Brasileiros e bolivianos nos bairros centrais de São Paulo. In: Baeninger R, organizadora. *Imigração Boliviana no Brasil*. [Internet] Campinas: Núcleo de Estudos de População-Nepo/UNICAMP, FAPESP; CNPQ; UNFPA, 2012. [acesso 2014 maio 14]; p.94-108. Disponível em: http://www.nepo.unicamp.br/textos/publicacoes/livros/bolivianos/livro_bolivianos.pdf.

Xavier IR. Projeto migratório e espaço: os imigrantes bolivianos na Região Metropolitana de São Paulo. [dissertação]. Campinas: Instituto de Filosofia e Ciências Humanas/UNICAMP; 2010. [acesso 10 jun 2014]. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000771351&fd=y>

Xavier IR. A inserção socioterritorial de migrantes bolivianos em São Paulo. Uma leitura a partir da relação entre projetos migratórios, determinantes estruturais e os espaços da cidade. In: Baeninger R, organizadora. *Imigração Boliviana no Brasil*. [Internet] Campinas: Núcleo de Estudos de População-Nepo/UNICAMP, FAPESP; CNPQ; UNFPA, 2012 [acesso 2014 maio 14]; p.94-108. Disponível em: http://www.nepo.unicamp.br/textos/publicacoes/livros/bolivianos/livro_bolivianos.pdf

Waldman TC. Movimentos Migratórios sob a perspectiva do direito à saúde: imigrantes bolivianas em São Paulo. *Rev. Direito Sanitário*. 2011 mar/jun.; 12 (1):90-114.

Warmelink I, Hacken NH, Werf TSVD, Altena RV. Weight loss during tuberculosis treatment is an important risk factor for drug-induced hepatotoxicity *British Journal of Nutrition* [Internet] 2011 [acesso 13 nov 2014]; 105: 400-408. Disponível em: Health Organization. *Tuberculosis. Control mundial de la tuberculosis -Informe OMS 2009. Epidemiología, estrategia y financiación. Puntos fundamentales*. 2009. [acesso 2011 ago 06]. Disponível em: http://www.who.int/tb/publications/global_report/2009/key_points/es/index.html

Watanabe M. Bolivianos em São Paulo: histórias de uma imigração ilegal [monografia]. São Paulo: Escola de Comunicações e Artes; [s.d.].

Watkins RE, Plant AJ. Predicting tuberculosis among migrant groups; *Epidemiol Infect* [Internet] 2002 [acesso 2014 maio 10]; 129(3) 623-8. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2869926/pdf/12558347.pdf>.

Welshman J, Bashford A Tuberculosis, migration, and medical examination: lessons from history. *J Epidemiol Community Health* [Internet] 2006 apr [acesso 2014 jun 15]; 60(4): 282-4. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2566162/>.

Wolff H, Janssens JP, Bodenmann P, Meynard A, Delhumeau C, Rochat T, et al Undocumented Migrants in Switzerland: geographical Origin Versus Legal Status as Risk Factor for Tuberculosis. *J. Immigrant Minority Health* [Internet] 2010 feb [acesso 2014 maio 12]; 12 (1):18–23. Disponível em: http://download.springer.com/static/pdf/729/art%253A10.1007%252Fs10903-009-9271-6.pdf?auth66=1420645382_f84f4ffb128234eed7bf6abf761a4379&ext=.pdf

World Health Organization. Global tuberculosis control: WHO report 2013 [Internet]. 2013. [acesso 2014 jan 20]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/91355/1/9789241564656_eng.pdf?ua=1

World Health Organization. Global tuberculosis control: WHO report 2014 [Internet]. 2014. [acesso 2014 nov 20]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137094/1/9789241564809_eng.pdf?ua=1.

Zimmerman C, Kiss L, Hossain M. Migration and Health: A Framework for 21st Century Policy-Making. *PLoS Med* [Internet] 2011 [acesso 2014 jan 15]; 8(5). Disponível em: <http://www.plosmedicine.org/article/fetchObject.action?uri=info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1001034&representation=PDF>.

APÊNDICES

APENDICE A– ROTEIRO DA PESQUISA EM PORTUGUÊS

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA

Roteiro para entrevista junto aos usuários das Unidades Básicas de Saúde

PARTE I – Identificação

Iniciais do usuário: _____

UBS de Tratamento: _____ Unidade Notificante: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____

Sexo: Fem () Masc ()

Escolaridade (em anos de estudo concluídos): _____

Situação empregatícia: _____

Endereço: _____

Data de Início do Tratamento: ____/____/____

Mês de tratamento: _____

Forma Clínica da tuberculose: _____ Tipo de descoberta: _____

Tempo entre os primeiros sintomas e a notificação: _____

Exames realizados para diagnóstico: _____

Doenças Associadas: _____

Contatos Domiciliares: ____ existentes ____ examinados ____ quantidade dos que adoeceram

Tipo de Tratamento:

Caso: () Novo

() Retratamento após cura. Há quanto Tempo? ____

() Retratamento após abandono. Há quanto Tempo? ____

Número de Cestas Básicas recebidas durante o tratamento: _____

Data do encerramento do caso ____/____/____

Tipo de encerramento do caso () Cura

() Abandono

() Transferência

() Outro. Qual? _____

PARTE II – Entrevista com o paciente

Data da entrevista: ____/____/____

1. De que parte (de qual cidade) da Bolívia o/a Sr.(a) vem?
2. Até que ano o/a Sr(a) estudou? E sua mãe, estudou até quantos anos?
3. O sr/a está trabalhando no momento? Em que o Sr(a) trabalha? Conte como é sua rotina de trabalho? Como é o lugar onde o Sr(a)trabalha? (qual é o tamanho da sala, há janela, ventilação). Quantos dias por semana o sr/a trabalha? Quantas horas por dia? O Sr(a) tem tempo para tomar lanche e para almoçar e jantar?
4. O local que o sr/a mora é o mesmo local de trabalho? Se não é, como é o lugar onde o Sr(a) mora? Com quantas pessoas o Sr(a)mora?
5. O Sr (a) acha que ganha o suficiente para viver? Por que?
6. O Sr(a) depende de ajuda financeira? De quem? Para que?
7. O Sr(a) falou para alguém que está com tuberculose? Se não por que? Tem algum parente que está ou já teve com tuberculose? Quem?
8. O Sr(a) tem algum apoio da família para o tratamento da tuberculose?
9. O Sr/a conhece alguma associação que reúna os bolivianos residentes aqui em São Paulo, e que ajuda os bolivianos?
10. É a primeira vez que se trata para a tuberculose?
11. Como o Sr (a) descobriu que estava com tuberculose?
12. Como o Sr(a) acha que pegou tuberculose?
13. Como o Sr(a) acha que a Tuberculose pode ser tratada?
14. O Sr.(a) tem algum apoio deste serviço de saúde para o tratamento? O Sr(a) recebe algum incentivo na UBS?
15. Como o Sr.(a) se sente quando fala dos problemas se saúde aqui neste serviço de saúde?
16. O Sr(a) está tendo alguma dificuldade na realização do seu tratamento?
17. Tem alguma coisa que ajuda a dar continuidade ao tratamento?
18. O Sr(a) está realizando Tratamento Supervisionado? Se não, por quê?
19. Gostaria de falar mais alguma coisa?

APENDICE B– ROTEIRO DA PESQUISA EM ESPANHOL
--

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
 ESCOLA DE ENFERMAGEM
 DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA

Ruta para las entrevistas con los usuarios de las Unidades Básicas de Salud

PARTE I - Identificación

Iniciales del usuario: _____

UBS de Tratamiento: _____

Unidad de notificación: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad: ____

Sexo: Fem () Hombres ()

Educación (años de escolaridad completados): _____

Situación laboral: _____

Dirección: _____

Fecha de Inicio de tratamiento: ____ / ____ / ____ mes de tratamiento: ____

Formas clínicas de tuberculosis: _____

Tipo de descubrimiento: _____

Tiempo entre los primeros síntomas y la notificación: _____

Investigación de diagnóstico: _____

Enfermedades asociadas: _____

Contactos en el hogar: ____ existente ____ examinado ____ cantidad de enfermos

Tipo de tratamiento: _____

Caso:

() Nuevo

() El tratamiento después de la cura. A cuánto Tiempo? _____

() La repetición del tratamiento después de abandono. ¿Cómo?

_____ Tiempo

Número de “Cesta Básica” recibido durante el tratamiento: _____

Fecha de cierre del caso ____ / ____ / ____

Tipo de cierre _____ () Curación

() Abandono

() Traslado

() Otros. Cúal? _____

PARTE II - Entrevista con el paciente

Fecha de entrevista: ____ / ____ / ____

1. ¿De dónde (que ciudad) de Bolivia usted viene?
2. ¿Hasta qué año usted estudio? Y su madre, estudió hasta cuántos años? _
3. ¿Usted está trabajando actualmente? Donde usted trabaja? Cuente cómo es su rutina de trabajo? Como es el lugar donde usted trabaja? (¿Cuál es el tamaño de la habitación, tiene ventana, ventilación). ¿Cuántos días a la semana trabaja? ¿Cuántas horas al día? Usted tiene tiempo para tomar desayuno, para el almuerzo y la cena?
4. ¿El lugar donde usted vive es el mismo lugar de trabajo? Si no, como es el lugar dónde vive? ¿Cuántas personas viven con usted?
5. ¿Usted piensa que gana lo suficiente para vivir? Porque?
6. ¿Usted depende de ayuda financiera? De quién? Para qué?
7. ¿Usted habló con alguien que tiene tuberculosis? Si no ¿Por qué? Tienes algún pariente que tiene o haya tenido tuberculosis? Quién?
8. ¿Usted tiene algún apoyo familiar para el tratamiento de la tuberculosis?
9. ¿Usted sabe o conoce alguna asociación que reúne a los residentes bolivianos aquí en São Paulo, y ayuda a los bolivianos?
10. ¿Es la primera vez que se trata de tuberculosis?
11. ¿Cómo se enteró usted que tenía tuberculosis?
12. ¿Cómo usted cree que se infectó de tuberculosis?
13. ¿Cómo cree que la tuberculosis pueda ser tratada?
14. ¿Usted tiene algún tipo de apoyo de este servicio de salud para el tratamiento? El Sr (a) recibe algo de incentivo en la UBS?
15. ¿Cómo usted se siente cuando se habla de los problemas de salud aquí en este servicio de salud?
16. ¿Usted está teniendo alguna dificultad para llevar a cabo su tratamiento?
17. ¿Hay algo que ayude a continuar con el tratamiento?
18. ¿Usted está llevando a cabo el tratamiento supervisado? Si no, ¿por qué?
19. ¿Le gustaría decir algo más?

APENDICE C – AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA

São Paulo, ____/____/____

A Supervisão de Vigilância em Saúde – SUVIS Penha

Sr^a. Supervisora

Assunto: Comunicando realização de pesquisa e solicitando informe às UBS da região e quanto à entrada de pacientes bolivianos.

Solicitamos autorização para que a aluna Rosângela Elaine Minéo Biagolini, regularmente matriculada no Programa de Pós Graduação, doutoranda, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, realize a coleta de dados da pesquisa intitulada provisoriamente como: “Tuberculose: desvelando os motivos envolvidos no desfecho do tratamento (o caso da Comunidade Boliviana)”.

Informamos que esta pesquisa será realizada em duas etapas. A primeira etapa será realizada através da análise das informações provenientes do banco de dados de casos de tuberculose residentes na região, obtidos no programa TBWeb, referente ao período de janeiro de 2006 a dezembro de 2011. A segunda etapa será realizada por meio de entrevistas realizadas com os pacientes oriundos da Bolívia, que iniciarem o tratamento entre o ano de 2012 e 2013, a partir da liberação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura. Para tanto, solicitamos informações periódicas sobre a entrada de pacientes de origem boliviana, durante todo o período da realização das entrevistas.

Ressaltamos que a análise dos dados realizada não permitirá a identificação dos pacientes, portanto, preservando o anonimato. Todas as informações ficarão arquivadas e sob a guarda da pesquisadora, sendo utilizadas apenas com a finalidade de estudo, para apresentação em congressos científicos e posterior publicação dos resultados em periódicos científicos, sem identificação dos indivíduos, das UBS e da SUVIS.

Informamos que a SUVIS, as UBS ou as pessoas que nela trabalham, não receberão nenhum pagamento por colaborar com esta pesquisa. Assim que tivermos concluído a pesquisa, com previsão do 1º semestre de 2014, enviaremos um resumo dos resultados e nos colocaremos à disposição para

discuti-los, caso haja interesse. Esperamos assim colaborar, no sentido de que as conclusões sirvam para aprimorar as ações e estratégias do Programa de Tuberculose na região.

Em qualquer etapa da pesquisa, a SUVIS, representada pela Supervisora, poderá consultar os profissionais que estão realizando a pesquisa e buscaremos responder as dúvidas, podendo, para tanto, entrar em contato com a pesquisadora responsável pelo estudo, Rosângela, através do telefone xxxx-xxxx ou do e-mail: xxxxxxxx@ig.com.br. Também é possível consultar a Orientadora da pesquisa, Profa. Dra. Maria Rita Bertolozzi, docente da Escola de Enfermagem da USP, telefone xxxx-xxxx.

Em caso de dúvidas ou denúncias quanto às questões éticas, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura de São Paulo, telefone 3397-2464, endereço: Rua General Jardim, 36, 1º andar, e-mail: smscep@gmail.com.

A realização desta pesquisa constitui requisito parcial para a obtenção do título de doutorado, pela referida aluna.

Segue em anexo cópia do projeto de pesquisa, e nos comprometemos a enviar os resultados da pesquisa, a fim de contribuir com a excelência da qualidade da assistência que já vem sendo prestada no Município de São Paulo.

Agradecemos antecipadamente a colaboração.

Prof^a Maria Rita Bertolozzi
Orientadora do Projeto

Rosângela E. Minéo Biagolini
Doutoranda em Enfermagem

**APENDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
EM PORTUGUÊS**

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE

Meu nome é Rosângela Elaine Minéo Biagolini aluna da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Estou estudando alguns aspectos sobre o tratamento da tuberculose, entre a população de bolivianos aqui da região da Penha.

Assim, gostaria de contar com sua colaboração e lhe convido para participar de uma entrevista que deve durar aproximadamente 30 minutos, onde perguntarei como vem sendo realizado o seu tratamento. A entrevista será gravada, para que eu não perca nada importante. O seu nome não será revelado em hipótese alguma e os dados referentes ao seu tratamento serão mantidos em segredo.

Caso o Sr/a não queira responder alguma questão, ou não participar da pesquisa, sinta-se à vontade em recusar, pois isto não irá interferir, de nenhuma forma, no atendimento ao Sr/a neste Posto de Saúde.

As informações que o Sr/a irá dar servirão somente para este estudo. Conforme falei anteriormente, há algumas perguntas a respeito de como o Sr/a realiza o tratamento e caso o Sr/a não queira falar a respeito, caso lhe traga desconforto ou constrangimento, não há nenhum problema em não responder.

Informamos que os dados coletados de todos os participantes desta pesquisa serão agrupados não permitindo a identificação de cada pessoa e serão analisados de forma a que as conclusões sirvam para melhorar o atendimento de tuberculose no posto de saúde. Apresentaremos os resultados finais aos profissionais de saúde da Secretaria de Saúde do Município, além de congressos e em publicações da área da saúde. Pretendemos conversar com o Sr/a a respeito dos problemas e das facilidades no tratamento da tuberculose, mas não podemos garantir a resolução imediata de eventuais problemas que o Sr/a venha apresentando, mas tentaremos dar encaminhamento ao que for possível.

Solicitamos ainda autorização para consulta a seu prontuário na UBS, a fim de levantarmos aproximadamente daqui a 9 meses, o resultado final do seu tratamento.

Assim que tivermos concluído a pesquisa aproximadamente em janeiro de 2014, deixaremos um resumo dos resultados afixado no mural do posto de saúde de forma que o/a Sr/a e todas as outras pessoas que autorizaram o uso das informações dos prontuários saibam o que concluímos com esta pesquisa, sem necessidade de identificar-se como participante da pesquisa.

Caso o Sr/a se interesse em saber a respeito dos resultados da pesquisa ou tenha alguma dúvida, estamos à disposição. O Sr/a poderá me contatar, meu nome

é Rosângela e o meu telefone é 9916.8619 ou poderá contatar a professora responsável pela pesquisa Profa. Dra. Maria Rita Bertolozzi através do telefone: 3066-7652. Ou qualquer questão em relação aos aspectos éticos desta pesquisa, favor entrar em contato com 3397-2464 (Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo), situado na Rua: General Jardim, 36, 1º andar - e-mail: smscep@prefeitura.sp.gov.br. Ou Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP, situado na Av. Dr. Enéas Carvalho de Aguiar, 419 - CEP 05403-000, telefone 3061-7548 - e-mail: edipesq@usp.br.

Concordando em participar do estudo, o(a) sr(a) deverá assinar duas vias deste termo, sendo que uma ficará em sua posse e outra de posse do pesquisador.

São Paulo, ____/____/____

Nome legível: _____

Assinatura: _____

Maria Rita Bertolozzi
Pesquisadora Responsável

Rosângela E. Minéo Biagolini
Entrevistadora

**APENDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
– EM ESPANHOL**

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA

Formulario de Consentimiento Informado

Me llamo Rosângela Elaine Minéo Biagolini, soy alumna de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Sao Paulo y estoy haciendo una investigación sobre algunos aspectos relacionados con el tratamiento de la tuberculosis en la población boliviana que reside en la región de la Penha.

Por ese motivo, me gustaría invitarla(o) a participar de una entrevista, de aproximadamente 30 minutos, para preguntarle cómo está siendo realizado su tratamiento. La entrevista será gravada, para no perder ninguna información importante. Pero su nombre no será revelado en ninguna situación y las informaciones referentes a su tratamiento serán mantenidas en secreto.

Si usted no desea participar de esta investigación, siéntase en la libertad de rechazar esta invitación, pues eso no interferirá, de ninguna forma, en su atención en este Centro de Salud.

Las informaciones que proporcione sobre como usted realiza su tratamiento servirán solamente para este estudio. Y, en caso, no quiera hablar sobre algún aspecto, sea porque le ocasione desagrado o por cualquier otro motivo, usted puede optar por no responder, sin que eso le ocasione un problema.

Las informaciones colectadas de todos los participantes de esta investigación serán agrupadas, sin permitir la identificación individual de ninguna persona. Las conclusiones de este estudio servirán para mejorar la atención de los pacientes con tuberculosis en Centros de Salud. Los resultados finales de esta investigación serán presentados a los profesionales de Salud de la Secretaría de Salud del Municipio, además de presentarlos en congresos y en publicaciones del área de salud. Pretendemos conversar con usted sobre los problemas y las facilidades en el tratamiento de la tuberculosis, pero no podemos garantizar resolver de forma inmediata eventuales problemas que usted presente, pero intentaremos hacer un seguimiento dentro de lo posible.

También pedimos permiso para consultar sus registros de UBS con el fin de levantarse alrededor de 9 meses a partir de ahora, el resultado final de su tratamiento.

Para cuando terminemos la investigación, aproximadamente en enero de 2014, dejaremos un resumen de los resultados fijado en el mural del Centro de Salud, para que usted y todas las otras personas que autorizaron obtener informaciones de sus historias clínicas, tengan conocimiento sobre las conclusiones de esta investigación, sin necesidad de identificarse como participante.

Caso tenga alguna duda, estaremos a su disposición. Usted podrá contactarme, mi nombre es Rosângela y mi teléfono es 9916-8619 o podrá contactar a la docente responsable por la investigación Prof^a. Dr^a. Maria Rita

Bertolozzi, llamando al teléfono: 3066-7652. Para aclarar cualquier asunto relacionado con los aspectos éticos de esta investigación, por favor entrar en contacto con el Comité de Ética en Investigación de la Secretaria Municipal de Salud de Sao Paulo (localizado en la calle General Jardim, 36, 2º piso. Sao Paulo), por medio del teléfono 3397-2464 o por e-mail: smscep@prefeitura.sp.gov.br. el Comité de Ética en Investigación de la. O Comité de Ética en Investigación de la Escuela de Enfermería (localizado en la Avenida Dr. Eneas Carvalho de Aguiar, 419 - CEP 05403-000, teléfono 3061-7548 o por email: edipesq@usp.br.

Si usted esta de acuerdo en participar en el estudio (a) sr (a), se firman dos ejemplares de este formulario y uno estará en su posesión y otro en posesión del investigador.

Sao Paulo, ____/____/____

Nombre legible: _____

Firma: _____

Maria Rita Bertolozzi
Investigadora Responsable

Rosângela E. Minéo Biagolini
Entrevistadora

APÊNDICE F

FRASES TEMÁTICAS RESULTANTES DOS DEPOIMENTOS DOS SUJEITOS DO ESTUDO

Entrevistado A

- A1. Paciente acredita não ter contraído a doença no local de trabalho apesar de trabalhar com um “monte” de gente.
- A2. Acredita e tinha certeza que contraiu a doença de um rapaz que estava “muito magro”, “acabado”, “muito mal”, que tossia muito, “consumido” pela tuberculose. Menciona ter falado ao rapaz que era necessário cuidar-se. A paciente refere ter conhecido este rapaz doente na Igreja que frequentava, e como ele “estava mal” e não tinha ninguém para dele cuidar, e pelo fato de que ele não trabalhava, o convidou para morar em sua casa, tendo passado a cuidar, intensamente (estimulando a comer, por exemplo), do mesmo. No atual momento, esse rapaz está bem, trabalhando, e ainda mora mesma casa que a paciente.
- A3. Refere que ao cuidar do rapaz doente não se cuidava [não se prevenia da doença].
- A4. Muitas pessoas se afastavam do rapaz doente, porque ele “vai nos contagiar”, entretanto ela ficou “muito perto [dele]”, ainda que o rapaz alertasse não toma nesse “vaso”, a paciente, “por acidente”, o fazia, o que a faz supor (ainda que “não tenho [a] certeza”) que pode ter contraído a tuberculose do mesmo.
- A5. Considera que o que ganha é suficiente “só para viver”, “gostaria de estudar, de fazer outras coisas” mas não consegue com o que ganha, pois paga aluguel, “comida, passagem”.
- A6. Não tem ajuda financeira, não tem parente no Brasil, “não tenho nada”, “eu não tenho ninguém aqui”, só tem “muitos amigos da igreja”.
- A7. Foi afastada pelo médico do trabalho, por dois meses, pois estava “inapta para trabalhar” [ainda que não apresentasse gravidade].
- A8. No trabalho contou que estava com um “cisto” (porque sua tuberculose é no ovário), mas não sabia que era tuberculose.
- A9. Apesar de anteriormente ter dito que não sabia que o cisto era decorrente de tuberculose, afirmou, em seu local de trabalho, que a doença que tinha, e da qual tinha sido operada, não era contagiosa.
- A10. A médica da Bolívia concede afastamento da paciente por 15 dias, após a cirurgia e retorna ao Brasil com uma “cartinha” explicando “tudo” que “tinha que fazer urgente o tratamento”.
- A11. Trouxe “papéis” da Bolívia que evidenciavam sua enfermidade e que foram por ela apresentados no local de trabalho.
- A12. No trabalho sugeriu-se que a paciente, fizesse “exame”, “talvez você tenha essa enfermidade em qualquer parte do corpo”, e procurasse o médico do trabalho.
- A13. Na medida em que a paciente encontra-se só no Brasil, vai aos retornos médicos sozinha, tampouco sua amiga podem acompanhá-la, pois trabalham.
- A14. A única ajuda que conhece é a proveniente do pastor da igreja, que ajuda bolivianos, peruanos, paraguaios, “faz um trabalho social”.
- A.15 Paciente se refere à “Casa do Povo”, entidade de apoio à imigrantes, “que ajuda muito mesmo”.
- A16. “O pastor [...] faz o trabalho social de ajudar muita gente”, mesmo aqueles sem a regularidade de frequência à igreja, o pastor ajuda a quem a ele recorre:
- A17. Segundo a paciente, os bolivianos “sofrem muito, pelo trabalho, por causa que não sabem falar tão bem”.

- A18. Na Bolívia, sentia dor lombar, “aos 16 anos já sabia que tinha um cisto” no ovário, e fazia um “tratamento muito leve”, para não crescer, apesar de que soubesse que isto não desapareceria.
- A19. Aos 18 anos, quando se instalou no Brasil, cessou o tratamento para o cisto do ovário: “não fiz nada, porque não sabia falar e não conhecia ninguém”, “não senti nada, então deixei”.
- A20. Com 24 anos, retorna à Bolívia para passar férias com a família e, ainda que não sentisse dor, tinha febre e estava emagrecendo, estava “muito acabada”. Sua tia indaga: “você já viu seu cisto”, recomendando que se submetesse a ultrassom, realizado na própria Bolívia.
- A21. Paciente refere que seu ovário estava muito grande (“seis cm”), “não dava para fazer tratamento, só cirurgia”, “porque se avançar vai [ser] muito complicado”, admite a própria paciente. A urgência de seu caso fez demandar da médica a realização de cirurgia “de urgência” para a retirada do “ovário direito, apêndice e cisto” e constatada tuberculose: “o ovário estava consumindo”.
- A22. Estranhou o tipo de tuberculose, porque “era especial que era diferente” porque nunca tinha escutado falar de tuberculose peritoneal. Refere já ter ouvido falar da “tuberculose do pulmão, que pode fazer o tratamento, mas dessa tuberculose eu não sei muito”.
- A23. Tem dúvida quanto à tuberculose peritoneal, “pesquisei, mas não entendi muito”. Relaciona o contágio da doença ao rapaz com tuberculose que vive em sua casa e, segundo a médica, suas defesas estavam muito baixas. Pergunta-se se não seria mais óbvio ter a doença nos pulmões?
- A24. No retorno ao Brasil “ficou procurando alguém para me ajudar”, recorrendo a uma UBS próxima à sua moradia, mas foi encaminhada para outra unidade, em virtude da correspondência da área de abrangência. Mesmo sem entender o motivo da recusa de atendimento na primeira UBS procurada, e mesmo sendo a outra UBS mais distante de sua moradia, a paciente aceitou, obedecendo à recomendação do serviço de saúde.
- A25. Enquanto morava na Bolívia, não associou que a sintomatologia que apresentava poderia relacionar-se à tuberculose, referindo, também, não ter tido contato com a enfermidade naquele País.
- A26. A mãe e o irmão da companheira de quarto tem tuberculose, e a paciente achou que poderia contrair a doença de sua companheira de quarto, porque “às vezes” esta colega sente falta de ar.
- A27. Não foi informada do vale transporte para deslocamento até a UBS, nem das condições para o recebimento da Cesta Básica “ninguém me falou de cesta” e, tampouco, sobre o Tratamento Supervisionado,
- A28. Retira medicamento para tomar em casa, aparentemente, não há regularidade, pois refere: “pego tipo pra três, cinco dias ...dependendo”.
- A29. Admite que seu relacionamento com a médica “é frio”, que esta a atende em pouco tempo “uns 5 minutos e só faz perguntas relativas ao peso” e sobre o que vai ministrar à paciente. Entretanto, a enfermeira, “explica um pouquinho mais” “pergunto mais coisas”.
- A30. Está com dificuldade em relação ao medicamento, pois a médica “cambiou” e ela fica “toda mole”, “com vontade de não fazer nada”, “pesada”, “cansada”, “como se estivesse trabalhando muito”, ao contrário do início do tratamento, quando se sentia bem. Depois a médica trocou novamente. Mesmo assim, a enfermeira fala que isso não é nada, “não era tão assim”.
- A31. É incentivada para dar continuidade ao tratamento, “me obrigam a comer”, pelas pessoas que moram com ela e pelos amigos da igreja e que, às vezes, sente-se “bem deprimida”, “não tenho vontade de comer”, “Se morasse sozinha não ia comer”. E

atribui a depressão à problemas pessoais, à própria doença e ao trabalho, pois não recebeu apoio financeiro do local onde trabalha, nem do INSS.

- A32. Quando estive na Bolívia, a médica que a atendeu falou que talvez a paciente não mais pudesse ter filhos.
- A33. Desde os 17 anos “perdeu totalmente” a menstruação, e isso ocorreu, segundo a médica, “por causa das trompas não estavam desenvolvendo”.
- A34. Segundo a paciente, a médica prescreveu hormônio para a volta da menstruação, aconselhando-a a tomá-lo após o término do tratamento da tuberculose, para o tratamento não ficar “muito pesado”.
- A35. Segundo a paciente, a enfermeira falou que o tratamento “é de seis, mas só que depende, pode ser de até dez meses”.

Entrevistado B

- B1. Considera que ganha o suficiente para viver.
- B2. Trabalham com ele a tia e dois casais
- B3. Familiares, na Bolívia, “...*apoyan en todas las cosas*”, não o deixam esquecer de tomar o medicamento.
- B4. Não conhece nenhuma associação que ajude bolivianos.
- B5. Contou aos amigos próximos, “*más cercanos*”, com os que trabalhavam. A cunhada e a irmã, que também vivem no Brasil, também foram informadas.
- B6. Ele conheceu a esposa na Bolívia, e veio primeiro ao Brasil, sendo seguido pela esposa.
- B7. E a primeira vez que ele e a esposa tratam de tuberculose. A esposa teve tuberculose antes que ele há mais ou menos um ano, depois ele.
- B8. Antes de apresentar a tuberculose trabalhou com os irmãos da esposa, em uma casa fechada, todos juntos. Não conhecem ninguém que teve tuberculose. Não sabe se a esposa teve febre, suava e tossia, somente que tomava muita água. Crê que contraiu a tuberculose da esposa.
- B9. A esposa teve tuberculose primeiro, quando já se encontravam no Brasil; o que determinou o retorno à Bolívia; entretanto, concluiu tratamento no Brasil.
- B10. A doença do paciente teve início na Bolívia: estava “*doliendo el pulmón*”, mas “*yo pensé que era de gripe*”, o que o levou a tomar algumas injeções.
- B11. A esposa teve tuberculose antes que ele há mais ou menos um ano.
- B12. A filha tem dois anos não fez o PPD, “*le han sacado rayos X de sus pulmones y está tomando una pastilla*” todos os dias.
- B13. Descobriu a tuberculose, porque “*estaba tosiendo*”, tinha “*calentura en la noche*” e “*sudas de noche*”, o que o levou a verificar: foi à farmácia, onde foi orientado a comprar medicamento “*solo para la calentura*”. Depois foi ao Hospital do Tatuapé.
- B14. No hospital do Tatuapé “*me han sacado rayos X [...] me han dicho cómprate unas pastillas, que cuesta 70 reales*”, para ver se melhora “*si no, vamos a tener que tratar sobre eso [tuberculosis]*” “*Digamos un análisis a ver si tengo eso*”.
- B15. Após ir ao Hospital como não melhorava procurou a UBS, pois era próxima ao seu domicílio. Fez BK no posto, onde foi constatada a tuberculose.
- B16. Procurou a UBS “*porque estaba mal, no podía trabajar*”, e teve o diagnóstico de tuberculose.
- B17. Apesar do quadro da tuberculose seguia trabalhando até a efetivação do diagnóstico, apesar de ter que trabalhar muitas horas.
- B18. A cura depende de tomar leite, pois “*me han dicho ... para que también me limpie mis pulmones*” e dos medicamentos, nunca deixando de tomá-los..
- B19. Recebe a Cesta Básica no domicílio.
- B20. No início do tratamento comparecia à UBS para o TDO às 2^a, 3^a e 4^a; mas no momento somente comparece à UBS uma vez na semana (2^a feira) para retirar o medicamento para toda a semana.
- B21. Toma a medicação “*en la mañana me levanto y tomo*” meia hora antes do desjejum, conforme foi orientado na UBS.
- B22. Sente dor nas mãos, mesmo com o tratamento e gostaria de saber o motivo.
- B23. Sente-se bem porque está tomando a medicação, mas não sente apoio dos profissionais da UBS: às vezes, “*yo me quiero sacar una duda de mí, lo que tengo, que está pasando conmigo ... porque me está doliendo [...] el pulmón, o porque estoy tosiendo tanto... que me digan esto es por esto. Esto siempre te va a pasar ...*”

Entonces le pregunto a un enfermero y me dice: puede ser por el tratamiento. Nada más”.

- B24. Gostaria de consultar-se com um médico, para tirar suas dúvidas, *“y me han dicho es que no somos doctores, son los digamos los enfermero[...] entonces no me sacan mis dudas”.*
- B25. Entende pouco o que os profissionais da UBS falam: dá um jeitinho para entender: *“me doy modos para entender”.*
- B26. Não passou em consulta médica no mês de fevereiro, e quer se comunicar com o médico, e deseja que as consultas com o médico sejam mais frequentes, para sentir-se mais tranquilo.
- B27. Retira a medicação semanalmente, e se *“tengo alguna cosa así, alguna cosa en mi cuerpo, digamos si algo me ha pasado [...] aprovecho a decirle a las enfermeras si es que saben”.* Em um dos retornos, o paciente acreditou que seria atendido com a médica, mas era com a enfermeira, que não resolveu seu problema.
- B28. O paciente continua com dúvidas em relação ao tratamento, sente medo de piorar da doença.
- B29. Não sabe por que ele e a esposa adoeceram. Algumas vezes se assusta porque acredita que pode acontecer algo e *“no hay digamos nadie me diga eso. Y solo me dicen: tienes que pasar con el doctor. El te va a sacar todas las dudas”.*
- B30. Demonstra confiança ao afirmar que acredita que *“me voy a sanar, y sé eso”.*
- B31. Algumas enfermeiras tiram dúvidas do paciente. Comparece a UBS para retirar os medicamentos, toda semana, então, por exemplo, na semana pode ter alguma coisa no corpo. Digamos que tenha acontecido algo. Então ele vem e aproveita para dizer as enfermeiras se elas sabem o que é. Mas não marcam consulta. O paciente diz que algumas enfermeiras tiram as dúvidas, mas irá passar brevemente com o médico. Agora é que marcaram, no mês de fevereiro com a enfermeira. E eu achei que era médica.
- B32. Não refere dificuldades em relação ao tratamento.
- B33. Não deixa de tomar a medicação
- B34. Está no Brasil há quatro anos, veio uma primeira vez ficou três anos e depois voltou, ficou um ano está há um ano no Brasil.

Entrevistado C

- C1. Na Bolívia trabalhava em uma empresa, mas saiu para vir visitar o irmão no Brasil, e não conseguiu mais voltar para seu país.
- C2. Devido ao custo de vida alto no Brasil, pensava em regressar à Bolívia, e dado que não tinha mais dinheiro, precisava *“ganar un poco más para mi pasaje”*.
- C3. O irmão deixou o Brasil quando paciente chegou.
- C4. Trabalhou só um mês e meio em São Mateus, onde seu irmão trabalhava.
- C5. Quando chegou ao Brasil sentia-se bem, mas em decorrência do custo de vida mais alto, acabou por gastar o que tinha; parece entender que a necessidade de trabalhar a fez adoecer.
- C6. Não sabe se o irmão está na Bolívia ou no Brasil *“ahora no se si está en Bolívia o en aquí [...] no he conversado”*.
- C7. Antes de adoecer trabalhava *“pero no mucho porque yo no sabía costurar”*.
- C8. Quando chegou ao Brasil, não sabia costurar, e *“no precisaba [...] aprender, porque yo tenía que irme a Bolivia”*, então aprendeu um pouco e trabalhava como ajudante, pois precisava de dinheiro para voltar para a Bolívia.
- C9. Paciente não se preocupou em aprender a costurar, pois tinha a intenção de voltar à Bolívia.
- C10. Estava trabalhando em São Mateus, e acredita que adoeceu porque *“aquel lado creo que hace un poco más de frío”*, o que a motivou a vir trabalhar na região da Penha, na oficina da conhecida de outra pessoa.
- C11. Devido à sintomatologia, não podia trabalhar, o que a motivou a procurar um hospital, onde permaneceu internada *“... casi un mes porque tenía líquido en los pulmones y ya no comía”*.
- C12. No período que ficou internada no Hospital, aplicaram injeções, mas a paciente *“no sabía cómo preguntarles que medicamentos me estaban poniendo, e me sentía mal”*.
- C13. No hospital não tossia muito, mas *“me sentia dolores, debajo de mi pecho”*, que eram muito intensas, o que a fazia pensar que em algum momento passariam, mas isso não ocorria.
- C14. Paciente parece entender que a TB está imediatamente associada à presença de dor.
- C15. Paciente foi submetida à drenagem de líquido pulmonar.
- C16. Paciente refere que sentia medo, pois não sabia o idioma português e não sabia como comunicar-se para perguntar o motivo dos medicamentos que recebia, além de ter medo pelo fato de ter que usar máscara para não contaminar as enfermeiras, pois disseram que *“si podía tener tuberculosis”*.
- C17. Paciente veio só ao Brasil, mas seu companheiro veio posteriormente, pois *“...ya estaba mal”*.
- C18. O marido da paciente está aprendendo costura *“el tampoco sabía, ahora recién está empezando a aprender, empezando a practicar, teníamos que aprender obligadamente”*.
- C19. No Hospital foi informada que tinha tuberculose, e que tinha que tomar *“cuatro pastillas”*.
- C20. Uma senhora boliviana do local onde a paciente trabalhava a ajudava no hospital e a paciente se sentia bem com isto, *“porque no tenía a nadie”*.
- C21. Ao sair do Hospital, foi encaminhada a um Centro de Saúde, e a senhora para quem ela trabalhava *“me ha colaborado [...] y me ha dicho que ella me ha ayudado a encontrar”* o serviço de saúde.

- C22. Acha melhor tomar a medicação aqui no Brasil, todos os dias necessários, antes de voltar para Bolívia.
- C23. A paciente refere querer terminar o tratamento no Brasil, pois ainda que quisesse regressar à Bolívia, acredita que *“la transferencia va a ser un poco demorada”*.
- C24. Paciente quer a cura porque tem filho de três anos e necessita trabalhar, por isso toma a medicação diariamente.
- C25. Paciente não trabalha no momento, mas apenas ajuda a senhora boliviana em pequenas coisas; essa senhora apoia muito a paciente, *“anda al hospital, ... me impuliona, me diese toma esto, es alimento, esto no”*, além de se preocupar com que a paciente tome a medicação, estimulando-a para que compareça à UBS, perguntando como está, demonstrando interesse por ela; levando-a a fazer exames, quando no caso de serem realizados em outro lugar que não a UBS, pois a paciente não conhece São Paulo.
- C26. Contou a todos do local de trabalho que tem tuberculose e está tomando medicação; a médica disse que *“yo ya no puedo contagiar porque yo no tosía”* e só teve a TB detectada após a drenagem pleural.
- C27. Tinha preocupação de contagiar as pessoas com quem convivia, mas estas a apoiaram, não a deixando isolada.
- C28. Surpreendeu-se quando recebeu o diagnóstico de TB, pois acreditava cuidar-se: *“Porque [...] yo tomaba leche, y hay [...] me cuidaba [...] y yo me he sorprendido”*. Sente-se mal em pensar que poderia ter contagiado outras pessoas.
- C29. Todas as pessoas que moram no mesmo local que a paciente fizeram exames na UBS.
- C30. Não conhece nenhuma associação que reúna bolivianos, nem igreja.
- C31. Tinha contato com um amigo boliviano, tendo ido à feira onde se juntam bolivianos (em Coimbra), mas perdeu o contato com ele, dado que pode estar na [Praça] Kantuta e ela não sabe onde é.
- C32. Não conhece ninguém que teve tuberculose, não tem ideia de como adquiriu a doença.
- C33. Nenhuma das pessoas da oficina de São Mateus apresentava sintomatologia, todos trabalhavam normalmente.
- C34. O marido fez exames e o resultado foi negativo.
- C35. Teve informação que a TB tem cura na escola, TV e rádio, enquanto estava na Bolívia. Na UBS também foi informada que a doença tem cura.
- C36. A UBS informou sobre a cesta básica, mas a paciente não a recebeu até o momento, apesar de estar no 114º dia de tratamento.
- C37. Acredita que não recebeu a Cesta Básica porque não tem documentação regularizada *“no tenía dinero, no he tramitado. Pero ahora recién estoy empezando a tramitar”*. Refere que não está informada a respeito.
- C38. Vem a pé para a UBS, para fazer o tratamento supervisionado, não ofereceram Vale Transporte.
- C39. A ausência do filho a deixa um *“poco vacía”*, tendo já ficado sem contato com ele por um ano. Pensa em trazer o filho ao Brasil, tendo conversado com o marido a respeito, mas este considera que é melhor voltar para a Bolívia, mas para isso precisam de documentos.
- C40. Sente-se bem tratada na UBS; as “enfermeiras” a recebem rapidamente, “na porta”, *“creo que me entienden lo que tengo que irme rápido”*.
- C41. Refere entender o que os profissionais da UBS dizem. Quando não entende *“hay una enfermera que me entiende algo...”*.
- C42. Diz a esta enfermeira quero levar meu medicamento porque já estou cansada.

-
- C43. A paciente refere sentir dor, e diz que a médica informou que talvez seja no local onde o pulmão foi drenado.
- C44. Refere que a tomada da medicação é *“primordial que tengo que hacer”*.
- C45. Comparece à UBS três vezes por semana para tomar a medicação de forma supervisionada, pois se sente bem.
- C46. Tem dúvida se o tratamento é definitivo ou se a doença pode voltar. Demonstra preocupação, porque acredita que quanto voltar para a Bolívia, estará frio, e acredita que vai ter tosse e gripe, e adoecer novamente. Algumas pessoas dizem que isto irá acontecer e ela não quer isso. Deseja eliminar totalmente a doença, e o cansaço que os medicamentos estão causando.
- C47. Queria fazer outros exames, para certificar-se que está curada: *“quiero limpiarme toda”*.
- C48. Também não se alimentava *“porque [...] el estómago enfermo me dolía, ya no quería comer [...] tenía náuseas”*.
- C49. Deixou de alimentar-se pois se sentia “empachada” devido à quantidade de líquido pleural; entretanto, não informava a ninguém.

Entrevistado D

- D1. A partir da chegada ao Brasil, não se dedicou mais ao estudo, somente ao trabalho.
- D2. Chegada ao Brasil na adolescência: 17 anos.
- D3. Veio para o Brasil porque falaram que “aqui era bom trabalhar [...] ganhar dinheiro”.
- D4. O irmão já estava no Brasil, e aconselhou-o a vir para trabalhar, o que fez com que o paciente se mudasse há aproximadamente dez anos.
- D5. Depois de dois anos aqui no Brasil, o paciente resolveu permanecer no País, pois achou que era bom, gostou, acostumou-se.
- D6. Quando chegou ao Brasil passou a morar junto com as mesmas pessoas que o estimularam a vir.
- D7. Considera que por ele e os irmãos serem donos das máquinas de costura, compradas com renda do próprio trabalho, ganha o suficiente para viver, e sendo assim “tem um tempinho, tem liberdade”, por exemplo para comer no horário mais conveniente.
- D8. Adequa o ritmo de trabalho à demanda, então, se trabalham “com muita pressa, agilidade”, conseguem fazer 40% a 50% a mais. Para isto dormem menos, trabalhando também aos sábados, quando solicitado pelo “coreano”.
- D9. Às vezes não consegue entregar rapidamente o serviço, o que o obriga a solicitar empréstimo.
- D10. Contou para as irmãs, que tinha tuberculose, para elas saberem que “é perigoso”.
- D11. “Falaram que a tuberculose é contagioso”.
- D12. Falou para os familiares que está com TB; dois deles já fizeram exame baciloscópico, mas outros dois não conseguiram colher escarro. Entretanto, um deles não quer fazer o exame, pois se sente muito bem.
- D13. Demonstra preocupação com os contatos que não fizeram o exame de escarro, por não terem secreção suficiente, pois sabe que a doença é contagiosa.
- D14. Há sete anos, trabalhava com uma de suas irmãs, cujo marido teve tuberculose: foi a “única pessoa” que conheceu com tuberculose. O cunhado se curou.
- D15. Refere ter trabalhado com o cunhado que teve tuberculose, no entanto nesta época o cunhado já estava curado.
- D16. O paciente demonstra curiosidade em saber como se contagiou, e também o nome do agente causador da doença, e ainda como se dá a transmissão da doença.
- D17. As irmãs sempre apoiam o paciente, dizendo que tem que fazer o tratamento: “Tem que fazer [o tratamento] você vai ser curado”.
- D18. Sabe que o tratamento de tuberculose é longo, seis meses, “mas a gente vai continuar”.
- D19. Gosta de jogar futebol, todos os finais de semana, em quadra próxima ao metrô Penha, com outros bolivianos.
- D20. É a primeira vez que trata da tuberculose.
- D21. O primeiro sintoma da doença foi dor, às vezes tosse, mas não costumava tomar medicamento, esperando a tosse passar.
- D22. Em junho/12 procurou pela primeira vez o Pronto-Socorro do “Hospital Vermelhinho”, porque sentia cansaço e “uma dor muito forte” no peito quando jogava futebol. Foi realizado raio X e prescrito antibiótico.
- D23. O sintoma inicial da doença foi a dor. A tosse com catarro apareceu somente um mês após a dor, também não teve febre.

- D24. Após aproximadamente um mês do primeiro atendimento, julho/12, dado que a dor não passava, voltou ao pronto socorro, onde foi feito mais um raio X: “Deram um calmante e antibiótico”.
- D25. Em um terceiro atendimento, dois meses após os primeiros sintomas, em agosto/12, como a dor persistia foi ao hospital do Tatuapé, onde foi feito outro raio X: “falaram que não tinha nada no pulmão”.
- D26. Em um quarto atendimento, quatro meses após os primeiros sintomas, em outubro/12, como a dor ainda persistia, procurou novamente o “Hospital Vermelhinho”.
- D27. Na quarta vez que procurou atendimento, fez “outro exame [...] falou que tinha infecção pulmonar”. Permaneceu em observação, tomando soro, mas não ficou internado. Então, “pediram exame de catarro [...] pra fazer cultura também”.
- D28. O exame baciloscópico ficou pronto no dia seguinte e o resultado foi negativo.
- D29. No Pronto-Socorro do Hospital foi coletado material para cultura de escarro, e orientado que o resultado chegaria após dois meses. Entretanto, o paciente não foi buscar o resultado do exame.
- D30. Em janeiro/13, recebeu a enfermeira da UBS em seu domicílio, que informou sobre o resultado positivo da cultura de escarro e que deveria comparecer à UBS para iniciar o tratamento.
- D31. Mesmo com o tratamento, a tosse persiste e mantém-se a dor no peito que o preocupa, levando-o a questionar se esta é consequência da tuberculose ou não.
- D32. Acredita ter contraído tuberculose devido à convivência com algum familiar. Comenta que pode ter sido ser na própria “casa assim trabalhando”; que pode ser seu cunhado, que já teve a doença.
- D33. A UBS ofereceu Cesta Básica.
- D34. Informaram ao paciente que para receber Cesta Básica, era necessário comparecer à UBS diariamente, pela manhã, na hora certa, e que não poderia levar a medicação para casa.
- D35. No início do tratamento concordou em comparecer diariamente à UBS para tomar a medicação, “mas ficava cansativo” porque morava distante.
- D36. Comenta que quando comparece à UBS para tomar a medicação acaba chegando para o trabalho somente por volta das 9 ou 10 horas, sendo que iniciaria a jornada de trabalho às 7 horas, às vezes 8 horas da manhã.
- D37. Falou à “doutora” [enfermeira] se poderia levar o remédio para o domicílio, e ela disse que se o fizesse, não receberia a Cesta Básica.
- D38. A enfermeira disse que se ele quisesse Cesta Básica era obrigatório ir diariamente à UBS para tomar a medicação, mas paciente disse que não precisava da Cesta Básica. Então, combinou que iria à UBS, três vezes por semana, para não chegar atrasado ao trabalho todos os dias.
- D39. Às vezes vai caminhando até a UBS para tomar a medicação, e leva em média uma hora, ida e volta. Às vezes usa o ônibus, mas a UBS não ofereceu vale transporte.
- D40. Para que o tratamento tenha sucesso, acredita que tem que fazer o que o médico mandar: “tô fazendo exames que a doutora está pedindo para mim [...] os médicos estão fazendo as partes deles”.
- D41. Tem curiosidade em saber se a doença tem cura, questionando se será curado com certeza.
- D42. O paciente demonstra curiosidade em saber como se contagiou, o nome do agente causador da doença, e como se dá a transmissão da doença.

- D43. Não foi oferecida a possibilidade de o paciente tomar a medicação de forma supervisionada, em UBS mais próxima à sua residência. Ao apresentar-se esta possibilidade, o paciente se interessa prontamente.
- D44. Não refere dificuldade com a medicação.
- D45. Paciente parece preocupar-se pois mesmo com o tratamento ainda apresenta dor.
- D46. Demonstra interesse em saber que tipo de alimentos poderia ajudar na cura.
- D47. Tomava cerveja nos finais de semana com os colegas, mas descontinuou o hábito devido à doença.
- D48. Fumava esporadicamente, uma vez a cada dois meses, agora não mais.

Entrevistado E

- E1. Pouco antes de retornar à Bolívia, há aproximadamente três meses atrás, como estava tossindo, procurou a UBS, e realizou exame de escarro, sendo o resultado negativo.
- E2. Quando chegou à Bolívia, sentia-se “doente demais”: febre e falta de ar; e não demorou a procurar um posto de saúde, porque “já sabia que era tuberculose”.
- E3. Os primeiros sintomas da tuberculose foram febre e falta de ar.
- E4. Chegando à Bolívia fez exames que diagnosticaram tuberculose, permaneceu em tratamento por três meses, sem falhas na tomada, depois regressou ao Brasil.
- E5. Como não estava trabalhando na Bolívia, voltou para o Brasil e deu continuidade ao tratamento.
- E6. Trouxe os papéis da transferência do tratamento de tuberculose da Bolívia para o Brasil, e entregou na UBS.
- E7. A esposa e o irmão que moram com o paciente, sabem que ele tem tuberculose, e fizeram o exame de escarro.
- E8. Não conhece nenhuma pessoa com tuberculose.
- E9. Tem apoio da família, que fala “tem que ir a tomar remédio, não tem que parar”.
- E10 Não conhece associação que reúna bolivianos.
- E11. Frequenta, irregularmente, aos sábados, “uma feira de produtos bolivianos, [...] comida boliviana” na Rua Coimbra. Aos domingos, o mesmo tipo de feira ocorre na [Pça] Kantuta.
- E12. Apesar de frequentar a Feira da Rua Coimbra e da Praça Kantuta, não sabe quem a organiza, “quem é presidente [que] está organizando”.
- E13. Acredita que pode ter se contagiado “na viagem [de trem], tem doenças” e havia pessoas que tossiam.
- E14. A UBS não ofereceu passagem de ônibus, nem da cesta básica, no caso de tratamento supervisionado.
- E15. Refere que seu “medo é falar [da tuberculose] cerca de pessoas”, pois “outros olham que *tene* tuberculose”.
- E16. Refere que não tem dificuldades no atendimento que lhe é prestado pela UBS.
- E17. Comparece à UBS às segundas-feiras para retirada da medicação.
- E18. A enfermeira falou sobre o tratamento supervisionado, mas “eu não *tene* tempo para vir”, porque mora longe e trabalha também.
- E19. A UBS não ofereceu opção de tratamento cooperado com a UBS mais próxima da casa do paciente.
- E20. O paciente que, a princípio, mostra-se indisponível para o tratamento supervisionado, alegando falta de tempo, refere que se alterado o horário da tomada da medicação para o final do dia, e para um local mais próximo de sua residência, poderia realizá-lo.
- E21. Sabe que o tratamento dura seis meses.
- E22. Sabe que a tuberculose “*tene* cura”. E que a cura é possível “só tomando remédio”.
- E23. Acha que ganha o suficiente para viver.
- E24. Vive com o que recebe do trabalho na oficina de costura.

Entrevistado F

- F1. O adoecimento começou com tosse persistente: *“pensé que no iba a pasar eso y ... empeoraba ... dolía [...] todo el pulmón”*. Após cerca de duas semanas *“mis pechos también dolían”*, tinha sensação de sufocamento, mas não tinha febre.
- F2. Suas tias a levaram a um hospital, onde foi diagnosticada a tuberculose.
- F3. No hospital foi coletado material para exame de escarro, e foi informada que o resultado demoraria uma semana, mas após 3 dias a contactaram: *“urgente tiene que venir”*.
- F4. Todas as pessoas que vivem e trabalham no mesmo local que a paciente fizeram exame e o resultado foi negativo.
- F5. Trabalhava com 20 pessoas, que atualmente foram para a Bolívia. Refere que todos fizeram exame para tuberculose.
- F6. Contou a todas as pessoas que moram com ela, que estava doente, porque todos precisavam fazer exame de escarro para controle da doença.
- F7. A filha tinha que fazer um Raio x na Penha, por duas vezes, mas não fez.
- F8. Somente o esposo fez o Raio x.
- F9. Não conhece ninguém com tuberculose
- F10. O esposo e os irmãos apoiam o tratamento, *“siempre 6:30 anda me decían y me daban así, anda tomar de una vez [...] tienes que sanarte”*.
- F11. Conhece outros bolivianos, mas este ano, não se reuniu com eles, só quer trabalhar e voltar para a Bolívia.
- F12. Quase não sai de casa porque tem medo *“me incomoda, da miedo, porque ahí asaltan. Da miedo! Y así por eso casi no salimos”*.
- F13. É a primeira vez que tem tuberculose.
- F14. Sabe que são seis meses de tratamento.
- F15. Estava fazendo o tratamento para tuberculose, quando engravidou, não usava nenhum método anticoncepcional.
- F16. Apesar de referir não saber como se contagiou, acredita que pode ter contraído a tuberculose porque *“comí en la calle, quizás eso ha sido, porque te sirven el plato y hay de lavarlo bien”*
- F17. Refere que não entendeu como a tuberculose pode ser tratada *“ellos me estaban hablando y hablando y no le he entendido muy bien”*.
- F18. Refere não ter recebido a Cesta Básica em todos os meses do tratamento, não entende o motivo e não teve explicação da UBS.
- F19. Caminha diariamente de casa à UBS para tomar a medicação supervisionada e refere que sua residência é distante (quase uma hora).
- F20. A UBS não forneceu vale transporte para a paciente deslocar-se de casa até a UBS para o tratamento supervisionado e tampouco ofereceu alternativa de local mais próximo à residência para o tratamento.
- F21. Vem caminhando para tomar medicação na UBS, *“me canso ya de venir, sí. Porque no tienes que faltar para la cesta básica tienes que venir todos los días”*.
- F22. Considera que a tratam bem na UBS, e se refere algo sobre a gravidez, a atendem prontamente.
- F23. Relata a dificuldade de ir à UBS diariamente tomar a medicação supervisionada. *“Solo es difícil venir desde allá [...] siempre les digo a ellos por favor dame para que*

pueda venir solamente dos veces a la semana”. Também refere que é difícil deixar seu filho em casa, toda manhã, e sair para tomar a medicação, pois a criança chama pela mãe.

- F24. Apesar do apego da filha para com a paciente, quando sai para tomar a medicação na UBS, tem que deixá-la em casa, porque a criança é pesada e não caminha. Ficava com os vizinhos, e agora fica com o pai.
- F25. Refere que gostaria que o tratamento fosse mais perto de sua residência, pois a UBS é distante e ela tem medo de ir a pé. *“veo la tele muy allá asaltando entonces eso me da miedo a mí”*.
- F26. Quando se aventou a possibilidade do fornecimento do vale transporte para a paciente deslocar-se até a UBS, a mesma indagou se seria gratuito.
- F27. A paciente refere que gostaria de comparecer só três vezes por semana para tomar a medicação supervisionada.
- F28. Refere sentir medo que os medicamentos afetem a saúde do bebe que está esperando. *“¿Y estas pastillas no lastiman al bebe? [...] Yo eso tenía miedo estaba preocupada, [...] si le hace daño, porque hay niños que no nacen bien”*.
- F29. A paciente refere que separa prato, copos, talheres.
- F30. Não foi informada sobre método anticonceptivo.

Entrevistado G

- G1. Antes de chegar ao Brasil estive em Lima. Há 1 ano no Brasil.
- G2. Cursou a faculdade de Linguística, a qual considerava “*una carrera muy bonita*”, até um ano antes de concluir; devido ao fato que conheceu o marido, acabou por trancar o curso.
- G3. Não trabalhava com costura na Bolívia, mas com “*brostería de polos*”.
- G4. Aprender a costurar não é fácil, “*un año icemos de fracaso*”, mas agora “*ya sabemos bien*”.
- G5. Considera que, em comparação com a Bolívia, ganha um pouco mais. O que ganha depende do que produz: “*otras personas medios lentas sacan menos*”.
- G6. Os parentes da Bolívia sabem que ela tem tuberculose, mas no Brasil, ninguém sabe.
- G7. Não contou aos primos, com os quais reside, que está com tuberculose “*si yo le digo aquí es que me van a decir que descanse, que no trabajes porque puedo contagiar y yo necesito trabajar también*”.
- G8. O marido acompanha a esposa até a UBS e refere que não comenta, na oficina, o motivo das idas constantes à UBS.
- G9. Não conhece ninguém com tuberculose.
- G10. Já escutou pela rádio, que há uma Igreja do Pastor M., que ajuda aos bolivianos e que se localiza próxima à sua residência. No entanto não a frequenta.
- G11. Pensa que tem que voltar à Bolívia para fazer o tratamento, porque não sabe o resultado do exame.
- G12. O tratamento para a tuberculose na Bolívia é gratuito. No entanto: “*radiografía, ecografía dinero cuesta, solo una ecografía puede ser 250 bolivianos , y aquí es gratis*”.
- G13. Na Bolívia, tratou pela primeira vez da tuberculose em 2010, por dois meses, tendo abandonado. Como “*había empeorado un poco más la tuberculosis [...] comencé con el segundo esquema que tiene [...] las pastillas más inyecciones que tomaba diarias durante dos meses*”. Mudou-se então para o Brasil, e trouxe a transferência da Bolívia. Mas no Brasil, disseram “*que tenía que empezar de cero porque no lo convalidan con de Bolivia*”. Assim, está tomando comprimidos diariamente.
- G14. Da primeira vez que tratou tuberculose na Bolívia, começou com a tomada de remédios caseiros. Como não melhorasse, foi a um hospital particular, onde ficou internada por dois meses. Nesse hospital foram realizados vários exames, “*me han hecho radiografías, ecografías, hasta tomografías me han sacado y no sabían que era*”. O tratamento ficou muito caro “uma tomografia custa 1000 bolivianos”. Disseram que “*tenía líquido adentro en el abdomen [...] como una embarazada de nueve meses*”. Por fim disseram que tinha tuberculose no pulmão e no abdômen, e foi iniciado seu tratamento.
- G15. Mesmo que no hospital da Bolívia, tenha tido o diagnóstico de tuberculose, a paciente duvida: “*realmente no se sabía si era tuberculosis o no [...] no estaba afectado mi pulmón*”.
- G16. Paciente abandonou o tratamento durante dois anos, enquanto estava na Bolívia.
- G17. Após abandonar o tratamento da tuberculose em 2010, ficou bem, ganhou peso.
- G18. Da segunda vez que iniciou o tratamento, veio trabalhar no Brasil e sentiu um mal estar, voltou para Bolívia e foi-lhe dito que tinha anemia. Como já tinha abandonado o tratamento da tuberculose pediram para coletar escarro, mas ela só tinha saliva, mesmo assim, iniciou novamente a medicação.
- G19. Mesmo tratando pela segunda vez, a paciente não acredita que tem a doença “*no sé si tengo tuberculosis o no, pero estoy tomando las pastillas, pero me hacen mal*”.

- G20. A paciente refere que no Brasil foi pedido o exame de escarro e sangue, mas ainda não tem o resultado. *“Solo me dijo que ese resultado que me dio ¿dónde está? ¿Dónde está?”* Compara com a Bolívia, onde obteve o resultado dos exames.
- G21. Refere não entender bem o português *“entonces no nos explican”* o que tenho; desconhece os resultados dos exames para tuberculose, só o da AIDS.
- G22. O resultado do exame baciloscópico não lhe foi entregue, mas foi solicitada consulta médica.
- G23. Na Bolívia tomava sete comprimidos orais por dia além das injeções (descansava aos domingos).
- G24. Se contar os dois meses de tratamento já iniciado na Bolívia, mais o que se inicia agora no Brasil, estará tomando oito meses de medicação.
- G25. Questiona se o tratamento prolongado de oito meses, não causaria problemas com o estômago, pois *“cuando tomo arde adentro [...] me das como unas náuseas que ya no quiero comer, me pone débil”*.
- G26. Não falou para o médico que a medicação está causando náusea porque *“el no entiende, nos dice no sé”*.
- G27. Não sabe como se contagiou porque na família não há ninguém com tuberculose. *“Solamente cuando viajé a Santa Cruz que era por motivo de trabajo, en ese momento, talvez podría contagiarme”*.
- G28. A UBS não orientou quanto ao Tratamento Supervisionado, e a possibilidade do fornecimento de vale transporte e/ou Cesta Básica.
- G29. Retira os medicamentos a cada dez dias na UBS.
- G30. Refere ter dificuldade em obter a medicação na UBS a cada 10 dias, *“a veces es difícil pedir pastillas [...] la enfermera [X] no está”* e a outra enfermeira diz que não pode dar autorização para a retirada da medicação *“no es mi responsabilidad”*. Então, a paciente tem que insistir *“decirle que por favor me dé permiso para recoger de la farmacia [...] Entonces yo le digo pero tengo que tomar hoy día mi remedio y ella me dice no, mañana”*. E a paciente fica sem tomar medicação, tendo que retornar no dia seguinte.
- G31. Acredita que tem dificuldade em retirar o medicamento a cada dez dias *“hay que insistir, yo creo...porque somos bolivianos, no nos entienden”*.
- G32. Para retirar a medicação tem que insistir *“nos mandan a otro lado, de otro lado para otro [...] discriminar así, y prefiero irme a Bolivia [...] aquí tal vez no lo voy a terminar [tratamiento] muy bien, a veces como ya no tengo remedio entonces tengo que esperar un día para que me den otro remedio. [...] Es en vano, un día si lo va a dejar, no le sirve para nada”*.
- G33. Para ajudar a melhorar o tratamento, no caso dos bolivianos, considerar que poderia ter, pelo menos uma enfermeira que entendesse o espanhol, e ajudasse aos Bolivianos. *“Porque hay varios bolivianos que se van a Bolivia por el motivo de las enfermedades que tienen y no pueden hacer nada aquí”*.
- G34. *“Aquí la doctora dice que de Bolivia traen aquí la tuberculosis. [...] Y en Bolivia dicen de Brasil los extranjeros tienen tuberculosis, traen a Bolivia”*.
- G35. Não há tuberculose na Bolívia porque é frio; as pessoas ficam bem com o frio.
- G36. A umidade faz os poros se abrirem *“se alguien que está así con esa enfermedad y salen rápidamente de los poros a contagiar, incluso en la comida [...] ya nos estamos contagiando con esa enfermedad”*. Também admite que a doença possa ser transmitida por meio da comida compartilhada.
- G37. Como dizem os médicos, nós temos esta enfermidade, só que adormecida, e se desperta quando temos má alimentação, uma debilidade.

- G38. Refere que o médico disse que tomar a medicação permite não contaminar outras pessoas.
- G39. Gostaria que dessem mais atenção à TB, porque disseram que uma pessoa como ela, no segundo tratamento: *“me podría llevar hacia la muerte [...], me dijo el médico que esa enfermedad lo continuo así al tratamiento podría tener en mí una parálisis”*.
- G40. Considera que não é bem atendida no serviço de saúde.
- G41. Apresenta preocupação quanto à infertilidade pelo fato de tomar a medicação: *“vos queréis formar tu familia para embarazarte [...] eso puede que a la mujer no le haga poder [...] me dijeron que las pastillas podían afectarme”*. O casal está há seis anos juntos e não pode ter filhos. Refere ter passado em um ginecologista na Bolívia que disse *“por eso que estás con tuberculosis no lo has acabado. Y por ese motivo es que tal vez no puedes tener hijos”*, o mesmo disse um médico no Brasil.
- G42. Refere que na Bolívia, quando uma mulher tem TB significa que não mais poderá ter filhos e acredita que devido a isso ainda não engravidou.

Entrevistado H

- H1. Só o irmão e a cunhada, que dão apoio à paciente, sabem que ela está com tuberculose. Os outros moradores da casa não foram informados.
- H2. Tem dificuldade com o idioma, e sempre comparece à UBS com o irmão ou a cunhada, que fazem o papel de tradutores.
- H3. Não conhece ninguém na Bolívia ou no Brasil que tenha tuberculose.
- H4. O irmão e a cunhada apoiam o tratamento *“solo ellas, porque mis papás están en Bolívia”*.
- H5. Os primeiros sinais da doença foram tosse, *“estaba tosiendo mucho, no podía respirar [...] no podía dormir en las noches”*; teve início há dois meses.
- H6. Quando adoeceu não apresentava febre, somente emagrecimento.
- H7. Teve os primeiros sintomas na Bolívia, mas somente após retornar ao Brasil, um mês depois de sua chegada, procurou a UBS, e realizou exames de escarro e sangue, que constatarem tuberculose.
- H8. Considera que o atendimento para diagnóstico foi rápido, mas os profissionais de saúde não a entendiam.
- H9. Não conhece nenhuma associação que reúna bolivianos.
- H10. É a primeira vez que tem tuberculose.
- H11. Acredita que pode ter se contagiado na Bolívia, pois lá trabalhava em uma empresa de costura. *“Y había una amiga que parece que ella ya estaba mal, tosía, tosía y las ventanas eran cerradas, no querían abrir. Entonces yo me acercaba a ella y tal vez ella me ha contagiado”*.
- H12. Sabe que para curar-se tem que tomar os medicamentos por 6 meses.
- H13. Comparece toda quarta feira na UBS para tomar a medicação, e leva a quantidade de comprimidos necessários para o restante da semana. No entanto, a cada 10 dias, tem que retirar os medicamentos na farmácia da UBS, e para isto, precisa que o médico faça nova prescrição. Às vezes, o médico tem que atender muitos pacientes, está ocupado, e ela refere ter que esperar muito, o que é agravado ainda pelo fato, de outras vezes, o medicamento acabar na sexta feira, e ela permanece sem medicamento no fim de semana.
- H14. Refere que está se alimentando bem, o que pode ser comprovado pelo aumento de cinco quilos de peso, desde que começou o tratamento.
- H15. Os medicamentos não lhe causam mal estar.
- H16. Apresenta dúvidas, porque a enfermeira e o médico falaram que depois de 1 mês de medicação não iria mais tossir, no entanto, a tosse persiste. Também sente algumas vezes dificuldade de respirar e pergunta se isto é normal.
- H17. A filha da paciente, de três anos, não fez PPD, mas fez raio X, que a pediatra ainda não avaliou. A criança está tomando medicação todos os dias pela manhã.
- H18. O irmão e a cunhada da paciente fizeram raio X.
- H19. O médico informou à paciente que não havia necessidade das pessoas que trabalham com ela serem avaliadas, porque não moram juntos.
- H20. Após o diagnóstico, filha dormiu por vinte dias separada da mãe, pois esta foi a orientação dada pelo médico.
- H21. Acha que ganha pouco, não *“saco bastante”*.
- H22. Ficou um ano no Brasil, voltou para Bolívia ficou um ano e meio e agora voltou e está há quatro meses, portanto o tempo total de permanência no Brasil é de um ano e quatro.

Entrevistado I

- I1. Têm familiares no Brasil, que moram em outro Município (Barueri), foi visitá-los somente uma vez, no final do ano, época que estava mais livre.
- I2. Contou ao irmão que está na Bolívia que está com tuberculose.
- I3. Contou para os amigos que trabalham com ele que está com tuberculose
- I4. A UBS não solicitou que os amigos fizessem exame de raio X
- I5. Trabalhou com uma amiga que teve tuberculose, antes dele.
- I6. Demorou aproximadamente um ano entre os primeiros sinais até o diagnóstico, tendo apresentado tosse por todo este período.
- I7. Quando foi para Bolívia, em junho, estava doente.
- I8. No Brasil sentia-se doente, mas como não descobriam o que tinha, acreditou que na Bolívia poderia ser mais bem atendido. Mas, na Bolívia também não melhorou, e quando voltou ao Brasil estava tossindo.
- I9. Saiu do Brasil para ir ao médico na Bolívia *“para eso fui de aquí”*.
- I10. Foi em médico na Bolívia, mas não teve a TB diagnosticada.
- I11. Refere ter procurado vários médicos, que não descobriam o que ele tinha.
- I12. Fazia exames de escarro no Brasil e o resultado era sempre negativo; por isso foi à Bolívia, pois pensou que lá poderia ser melhor, mas o exame de escarro também deu negativo.
- I13. Na Bolívia, disseram que poderia ser um “vírus no sangue” e lhe foi prescrito um tratamento.
- I14. Melhorou na Bolívia, mas quando chegou ao Brasil voltou a tossir e a ter falta de ar que o despertava.
- I15. Os primeiros sinais e sintomas foram tosse forte e dor no peito. Quando compareceu pela primeira vez na UBS, fez exame de escarro, que teve resultado negativo.
- I16. A tosse *“no me dejaba trabajar [...] así mismo estaba trabajando”*.
- I17. Tinha dor quando respirava forte e profundo, e à noite tinha febre *“yo sudaba fuerte, mojaba mi cama”*.
- I18. Refere ter emagrecido, e no momento sente-se fraco.
- I19. No Brasil, procurou a UBS, onde fez exame de escarro: resultado negativo; procurou o Hospital do Tatuapé, e depois o Hospital Emilio Ribas. Pelo Raio X teve suspeita de tuberculose, mas foi encaminhado para UBS, com recomendação que fizesse exame de escarro.
- I20. No Hospital Emílio Ribas foi feito BK, mas o resultado foi negativo.
- I21. Na UBS fez novamente o exame de escarro, que teve resultado positivo.
- I22. O irmão dele que está no Brasil o apoia: *“te vás a cuidar”*. E as irmãs da Bolívia quando ele estava lá também se demonstravam preocupadas.
- I23. Acredita que exista alguma associação no bairro que reúna bolivianos, mas não frequenta.
- I24. Aos sábados jogava futebol no Parque Ecológico, mas depois que começou a tossir, cessou e agora está retomando a atividade.
- I25. É a primeira vez que trata da tuberculose.
- I26. Acredita que a poeira que levanta da costura possa causar tuberculose, além de não se alimentar tão bem aqui, como na Bolívia.
- I27. Acredita que na Bolívia se come melhor: o que se quer

-
- I28. Caminha até a UBS.
- I29. Disseram a principio que ele ia ter uma Cesta Básica, porém ainda não recebeu.
- I30. Toma a medicação todas as quartas feiras na UBS.
- I31. Às vezes comparece à UBS duas vezes na semana, por exemplo; caso termine o medicamento nas segundas feiras vai buscar, depois, retorna novamente na quarta feira para tomar os medicamentos e considera que isto prejudica um pouco o seu trabalho.
- I32. Apesar de estar há três anos no Brasil, refere que há “coisas do idioma” que entende pouco.
- I33. Considera que a enfermeira explicou o necessário sobre a doença, tais como, como é o tratamento e se é contagioso ou não.
- I34. Acredita que o que ganha não é tão “confortável”, mas suficiente para comprar coisas do dia-a-dia [coisas comuns a todos].
- I35. Ganha mais no Brasil do que na Bolívia e não recebe ajuda de ninguém da Bolívia.
- I36. No início sentia-se mal com a medicação, mas agora não mais

Entrevistado J

- J1. Ficou na Argentina de 2007 até 2010, quando começou a sentir-se mal, enfraquecer, mais do que está agora. Foi ao hospital e não deram muita atenção ao que dizia, somente foram prescritos comprimidos.
- J2. No hospital na Argentina foi feito exame de sangue e escarro, não fizeram raio X; foi prescrito um medicamento: *“y me hizo mal, me hizo dar dolor de cabeza, dolor de estómago”*. Tomou somente seis a oito comprimidos e parou; então, retornou à Bolívia.
- J3. Não tem dificuldade de realizar o tratamento na UBS.
- J4. Na Argentina lhe disseram: *“el problema probablemente sea tuberculosis, pero no estaban, no estaban seguros”*.
- J5. No ano passado, quando veio para o Brasil, se sentia mal e o irmão levou-o até o AMA, onde fez um Raio X; foi transferido para um Hospital, onde ficou internado, *“sacaron líquidos de mi pulmón, 4 litros del pulmón”*, mas não disseram que tinha tuberculose.
- J6. Na UBS disseram que era tuberculose, mas no hospital não lhe disseram nada.
- J7. Quando saiu do hospital lhe deram uma prescrição, e ele retirou os medicamentos na farmácia da UBS, mas não disseram que ele teria que continuar. Então ficou um mês sem tomar a medicação, porque não sabia que como era o tratamento.
- J8. O tio do paciente, que mora na Argentina, teve tuberculose, mas ele não teve contato direto com este tio, trabalhava em outro local.
- J9. Refere saber que a tuberculose é quando se tosse por mais de uma ou duas semanas, mas estranha o fato dele não ter apresentado tosse.
- J10. Não teve tosse ou febre. O único sintoma que tinha era dor; não podia respirar bem, comer, fazer esportes ou caminhar.
- J11. Agora se sente bem, pode dormir bem, comer em abundância.
- J12. Refere ter engordado, quando estava no hospital estava pesando 54 kg e agora está com 62 ou 63 kg.
- J13. O irmão se responsabiliza por ele, *“y él me exige que tome”* a medicação.
- J14. Refere saber que o tratamento para tuberculose é de no máximo de seis meses.
- J15. Para tratar a tuberculose *“No, no puede fallar ni un día [remedio]”*
- J16. Mora muito distante da UBS, tentou retirar a medicação em outra UBS mais próxima de sua residência, mas não conseguiu. A enfermeira disse que ele teria que retirar a medicação no local que faz o tratamento, ou teria que dar todos os seus dados novamente, o que fez desistir de retirar a medicação nesta outra UBS.
- J17. Comparece à UBS a cada dez dias para retirar a medicação.
- J18. A equipe de saúde não ofereceu cesta básica e nem vale transporte.
- J19. Demonstrou interesse quanto à possibilidade do recebimento de passe para retirada da medicação e comparecimento às consultas médicas: *“sería buena idea”*.
- J20. A respeito da possibilidade de tomar a medicação de forma supervisionada, o paciente refere: *“la consciencia mía, me dijeron ellos que tengo que tomarlo en serio el tratamiento que estaba haciendo, porque era para el bien de mí y yo sé”*.
- J21. Não conhece nenhuma associação que reúna bolivianos, quase não sai de casa.
- J22. Joga futebol em um campo em frente de sua casa, com bolivianos e brasileiros.
- J23. Ficou curioso em saber como tinha se contagiado com a tuberculose, e perguntou a um médico que dele estava cuidando, no hospital. O médico perguntou se ele fumava (sim, por 1 ano/1 maço por dia); também se alimentava mal, e máquina expelia poeira. Acredita que a causa da doença seja: *“esas tres cosas nada más”*: o cigarro, a má alimentação e a poeira da máquina de costura.

-
- J24. Refere que não tem dificuldade de comunicação com a equipe de saúde.
- J25. Refere ter dúvidas, em relação ao tratamento, porque o médico *“me dijo que tengo unos bichos en mi pulmón y es por eso el tratamiento que estoy haciendo. No era, o sea, un 100% de tuberculosis”*.
- J26. Tem esposa e um filho de dois anos e meio na Bolívia.
- J27. Manda dinheiro para o filho e a esposa na Bolívia
- J28. Quando acabou o serviço militar, aos 17 anos, foi trabalhar na Argentina.

Entrevistado K

- K1. Trabalhou seis anos como costureiro, depois abriu um comércio próprio, que manteve por dois anos. Após ser assaltado, fechou o comércio e voltou a ser costureiro, atividade que está há dois anos.
- K2. O assalto o deixou muito triste.
- K3. Tinha um comércio próprio [venda de máquinas de costura], e foi assaltado duas vezes. Em decorrência, ficou devendo ao banco e teve que fechar o comércio. Com o pouco dinheiro que restou abriu uma oficina de costura.
- K4. Não depende da ajuda financeira de ninguém. Refere que gostaria de enviar dinheiro para a Bolívia, mas não consegue, porque teve muito prejuízo com o assalto que sofreu. Além disso, o aluguel venceu.
- K5. Os familiares querem que melhore, “porque a gente boliviana [...] sempre trabalha muito”.
- K6. Sua mãe acredita que o paciente desenvolveu a tuberculose porque não se alimentou bem, e também devido à tristeza decorrente do assalto e das dívidas adquiridas.
- K7. Trabalhava com outra pessoa que tem TB e não sabe este lhe transmitiu a doença; tal pessoa estava em tratamento.
- K8. O paciente refere ter ficado mais triste, pois nada foi feito no Pronto Socorro e porque não tinha condição de retornar à Bolívia, porque tossia com sangue a cada hora.
- K9. “Eu fiquei doente uns quatro meses, não consegui ter força, não conseguia trabalhar mais”.
- K10. “Eu fiquei muito doente [achei] que ia morrer. Minhas forças se acabaram tudo. Muito doente!”
- K11. Sentia que iria morrer, pois não conseguia mais trabalhar e tinha dívida com o banco: “Nossa chegou na parte que ia morrer né, porque eu não conseguia trabalhar ... Devo ainda, quase quinze mil reais [...] ao banco, e os amigos emprestaram para mim [...] então, é muito que estou devendo ainda”.
- K12. Quando doeceu, não conseguia mais trabalhar, só a esposa trabalhava, paciente refere que sofria muito, chorava, porque tinha muitas dívidas, e sua esposa não conseguiria pagar sozinha. “Nossa fiquei muito triste [...] minha esposa o que ia fazer com dois filhos?”
- K13. Paciente atribui sua tristeza também ao fato de ter que pagar aluguel “... subiu muito... muito caro” e por ter que pagar comida para o filho. “Sem dívida talvez estaria tranquilo, ficando feliz”.
- K14. Apesar de sentir-se doente (tosse intensa), continuava trabalhando, porque precisava pagar a dívida.
- K15. Enfatiza que não conseguia trabalhar e que sua esposa o fazia e que ela estava sofrendo muito, pois tinham dívida a pagar.
- K16. Reiteradamente fala sobre os episódios de hemoptise e a dificuldade que tinha para trabalhar em virtude do cansaço, o que o leva a lembrar que pensava que iria morrer.
- K17. Paciente não associava a sintomatologia, tosse e hemoptise, que apresentou por dois meses, a tuberculose, e desconhecia a existência de tuberculose.
- K18. Paciente apresentou escarro hemoptóico por 5 meses até procurar tratamento.
- K19. Passados dois meses de tosse, não conseguia trabalhar até às 8 horas da noite, quando trabalhava muito, tinha hemoptise e ele perdia as forças.
- K20. Paciente “sabia que estava muito doente, porque não conseguia mais trabalhar”.
- K21. Após dois meses de tosse forte, procurou o AMA. Refere que demorou a procurar o serviço de saúde porque não tinha cartão SUS, tinha muita fila e não tinha tempo.

- K22. No início da sintomatologia, quando começou a apresentar hemoptise, procurou o AMA.
- K23. Todos da família tinham cartão do SUS, mas paciente nunca esteve doente a ponto de procurar serviço de saúde. RITA: considera que nunca não ficaria doente porque se alimentava bem.
- K24. Apresentava tosse já há quatro meses, que piorou com o aparecimento de hemoptise; entretanto, não foi ao serviço de saúde, porque tinha que pegar mais serviço de costura. Paciente somente procurou o serviço de saúde (hospital) quando sua esposa chorou muito.
- K25. Paciente foi ao AMA pela segunda vez, quando foi feito raio X e exame baciloscópico de escarro. Quatro a cinco dias depois o AMA entrou em contato para comparecer à UBS, pois o exame de escarro tinha sido positivo.
- K26. Culpa-se e arrepende-se pela piora da doença, pois não foi procurar serviço de saúde.
- K27. Teve que retornar à UBS, dois dias após o início do tratamento, para tomar a medicação, e como se sentia muito mal, teve que pegar taxi. “Nossa eu não tinha mais força pra caminhar. Na verdade eu chorei muito.”
- K28. Refere que ficou muito doente, falaram que era tuberculose, mas o paciente ainda questiona se realmente era, porque tomou cinco dias de medicamento e piorou.
- K29. Depois de iniciar o tratamento, manteve-se com falta de ar, dor e tosse com sangue por quatro dias, o que o levou a ir ao Pronto Socorro, onde falaram “isso é assim mesmo [...] falou que é mesmo normal”, nada foi feito porque já estava tomando a medicação para a tuberculose.
- K30. Quando adoeceu não teve febre, mas tossia com “muito sangue”, doía tudo, “eu não conseguia mais respirar. “não conseguia caminhar, emagreci muito, quinze quilos rapidinho, não comia mais [...] não conseguia falar, fiquei sem força. Eu estava morrendo de verdade”. Só conseguia tomar vitamina de banana, e mesmo assim não melhorava.
- K31. Quando dormia tinha sensação de sufocamento, porque secretava sangue espesso pelo nariz e pela boca, e não conseguia respirar.
- K32. Depois do início da medicação, ainda sentiu piora por seis dias, não conseguia mais respirar, “não conseguia mais levantar da cama, não tinha mais força”, apresentava escarro hemoptoico, “não era pouquinho sangue não. Era muito sangue nossa [...] parece que tudo sangue saía [...] estava tudo inchado [...] meu osso estava doendo”.
- K33. Após dois dias de medicação, quando voltou à UBS para tomar a medicação, procurou a médica [enfermeira] e disse: “quase chorei [...] não estou conseguindo mais respirar, não estou conseguindo mais falar, será que vou morrer? Só ela quem sabe se eu vou morrer ou não”. Questionou a enfermeira se a pessoa que está em tratamento pode morrer, porque a cunhada morreu com tuberculose.
- K34. A enfermeira falou que ele não iria morrer, o que o deixou um pouco feliz, mas, ao chegar em casa, começou a tossir mais, e não tinha mais forças.
- K35. Paciente refere que “estava agonizando [...] porque acabou tudo a minha vida. Não dava jeito mais”, o que o levou, junto com a família, à igreja: “Mas eu não conseguia mais sentar, levantar”, refere ter ficado de joelhos: “eu pedi pra Deus me sanar”; toda a família fez jejum: “não veio mais sangue. Mas porque eu orei muito né”. K36. É muito ruim ser doente, essa doença, muito ruim. “Eu não quero mais”.
- K37. Acredita que sua melhora foi decorrente do fato de ter ido à igreja.
- K38. Paciente crê que o fato de ter orado e recorrido ao Divino o fez melhorar instantaneamente.
- K39. Paciente começa a sentir melhora da sintomatologia após 4 meses de tratamento.
- K40. Pelo fato de não melhorar, em certo momento, “não queria mais hospital”.

- K41. Acredita ter melhorado, porque não está tossindo muito; entretanto, apesar de estar há quatro semanas sem escarro hemoptóico, tem a sensação de que voltará: “Eu tenho medo na verdade” de escarrar sangue.
- K42. Falou à médica que tinha a sensação que voltaria a escarrar sangue; mas a médica disse “que não vinha mais”, mas em caso positivo, deveria ir ao Pronto-Socorro, e ela solicitaria um Raio X do tórax.
- K43. Acredita que o fato de escarrar sangue traumatizou a filha de 3 anos.
- K44. Paciente refere que não apresenta dificuldade em relação à medicação e que, ainda que não goste de tomar medicação, paciente admite que “tem que tomar”, caso contrário, adoeceria ainda mais, e porque quer “salvar minha vida”.
- K45. Fala que não gostaria de parar o tratamento, pois quer ficar bem.
- K46. Para o paciente, a tuberculose “é doença muito feia [...] tava tossindo sangue”.
- K47. Sabe que o tratamento é de seis meses.
- K48. Comparece à UBS três vezes por semana para tomada da medicação.
- K49. Refere que estava tomando uma droga, que foi trocada pela UBS, voltando à anterior, acredita que houve confusão. [houve erro de dispensação na farmácia].
- K50. A esposa do paciente tinha aventado a possibilidade de que seu marido (o paciente) tomasse o medicamento próximo à residência; mas paciente respondeu havia que seguir a UBS: “... não tem que ser lá mesmo, né, porque eles falaram que é lá”.
- K51. A UBS não ofereceu tratamento cooperado com a UBS mais próxima do domicílio do doente; paciente admite que gostaria dessa alternativa, porque a passagem de ônibus é um pouquinho cara: “seria muito melhor para mim”.
- K52. Paciente comenta que tentou jogar bola, correr, mas não conseguiu respirar normalmente, além de transpirar demasiadamente. Questiona se, mesmo após um mês de tratamento, isto é normal.
- K53. A esposa e o irmão estão muito felizes porque ele está melhorando e não quer que ele falte ao tratamento, avisam quando chega a hora da consulta.
- K54. Está muito feliz porque não tosse mais, e sente que o tratamento está fazendo efeito, ainda que, às vezes, apresente tosse, o que o assusta um pouco.
- K55. Paciente refere que a enfermeira demonstra-se sempre preocupada para com ele.
- K56. Refere gostar muito de jogar futebol e que, antes de adoecer, ele e outros bolivianos alugavam uma quadra aos sábados.
- K57. Preocupa-se pelo fato de ainda não ter conseguido voltar a correr, mesmo com o tratamento.
- K58. Paciente refere que, aos sábados, há grande concentração de bolivianos em quadra no Brás, onde é servida comida boliviana, além de haver música desse País,
- K59. Refere não frequentar a Rua Coimbra, pois tem muito roubo (de celular); mas às vezes vai ao local para comer comida boliviana.
- K60. Vai todos os domingos a igreja, no Belém, onde frequentam muitos bolivianos.
- K61. Conversou com conhecidos que tiveram tuberculose para verificar se tiveram a mesma sintomatologia (hemoptise) e refere que eles estranharam esse quadro, questionando-o se realmente estava com tuberculose, supondo que talvez fosse pneumonia.
- K62. É a primeira vez que tem tuberculose.
- K63. Acredita que o que ganha é o suficiente. Ele é dono da oficina de costura.

Entrevistado L

- L1. Refere que o que ganha não é suficiente, porque o aluguel é caro, e gasta quase metade com alimentação.
- L2. Em 1 ano e 8 meses que está no Brasil trabalhou em dez oficinas, aproximadamente e as trocas foram realizadas porque “tem que buscar objetivo”: dinheiro e trabalho.
- L3. Tem facilidade em arrumar trabalho e refere que há muito trabalho em costura, disponível.
- L4. Enviou dinheiro para a Bolívia uma vez, no período de 1 ano e 8 meses que está no Brasil, “só uma vezinha”.
- L5. Na oficina que trabalhava anteriormente, quando adoeceu, contou que estava com tuberculose para o patrão e para os amigos, mas na oficina em que recentemente começou a trabalhar, há três dias, não contou.
- L6. Desconhece como contraiu a TB.
- L7. Não reside com parentes, e sim com outros trabalhadores, mas tem um irmão no Brasil.
- L8. Nunca teve apoio de ninguém para o tratamento.
- L9. Não conhece nenhuma associação que reúna bolivianos no Brasil.
- L10. Nos finais de semana, às vezes joga futebol, com outros bolivianos “tem muito, muito amigo”. Conhece vários lugares para a prática do esporte na região (Vila Guilhermina, São Mateus, Itaquera, Penha). Refere que também passeia no centro da cidade.
- L11. Não teve tuberculose antes.
- L12. No início da doença apresentava tosse, dor de cabeça e perdeu aproximadamente seis quilos.
- L13. A doença iniciou-se com tosse, o que o levou a recorrer ao AMA Penha, onde foram solicitadas duas amostras de escarro, tendo o resultado sido positivo.
- L14. Quando procurou o AMA foram solicitadas duas amostras de escarro, que ele entregou no dia seguinte.
- L15. No AMA, solicitaram que voltasse em quinze dias para o resultado do exame de escarro; nessa ocasião, foi informado que o exame tinha resultado positivo, tendo então sido encaminhado para tratamento na UBS.
- L16. Nos primeiros sintomas, não suspeitou de tuberculose, porque também “tossia muito na Bolívia”, e atribuía isto ao clima frio da região, mas a tosse passava. Já no Brasil, esperou que a tosse cessasse, mas como não ocorreu, procurou o serviço de saúde.
- L17. Na UBS foi informado que o tratamento durava seis meses, e que tinha que passar com o médico todo mês.
- L18. Na UBS foi informado que a doença pode ser transmitida através da tosse e que, por isso, há que cobrir a boca no momento da tosse.
- L19. Na UBS foi oferecido o tratamento supervisionado, mas o paciente não quis “porque eu vou perder tempo”. Refere que, para comparecer na UBS, tem que pegar ônibus, com demora de cerca de vinte minutos para ir e outros vinte minutos para voltar.
- L20. Não foi oferecido vale transporte para o deslocamento do paciente até a UBS.
- L21. O paciente comparece à UBS a cada dez dias para retirar a medicação.
- L22. Não tem problema no trabalho com a liberação para ir à UBS.
- L23. Considera que o atendimento da UBS é bom, pois é bem tratado, além de marcar data e horário para as consultas.
- L24. Não tem ninguém que o incentive ao tratamento só “eu mesmo”.
- L25. Apresenta interesse em saber como se contagiou

- L26. Na oficina em que trabalhava na época do diagnóstico, havia cinco contatos. Não houve visita domiciliar do serviço de saúde, para investigação desses contatos. No entanto, conforme recomendação da UBS, todos fizeram exame de Raio X, que foram entregues para a médica da UBS
- L27. Sente-se melhor, agora com três meses de tratamento, já recuperou quatro kg e não tem mais tosse.UBS.
- L28. Não recebe ajuda financeira por parte de ninguém que se encontra na Bolívia.
- L29. Não conhece ninguém que teve tuberculose.
- L30. Refere que não tem dificuldade no tratamento.

Entrevistado M

- M1. Está sozinho no Brasil, sem familiares, seu pai e mãe vivem na Bolívia.
- M2. Às vezes falta trabalho para a oficina de costura, e neste caso os trabalhadores não ganham.
- M3. Ganha por peça produzida, então quanto mais produz mais recebe.
- M4. Financeiramente mantém-se sozinho, não depende de ajuda da Bolívia, mas envia dinheiro para lá.
- M5. Somente os três colegas de trabalho, que dormem com ele no quarto, sabem que está com tuberculose.
- M6. O pai e a mãe que estão na Bolívia não sabem que tem tuberculose.
- M7. Escutou falar de pessoas que estavam com tuberculose, mas não teve contato com elas.
- M8. A doença começou como resfriado e tosse, o resfriado passou, mas a tosse persistiu por mais de um mês, o que o levou a buscar o serviço de saúde.
- M9. O proprietário da oficina o levou ao Pronto Socorro de um hospital próximo, onde foi encaminhado para UBS próxima à residência.
- M10. Apesar de estar tratando de tuberculose há 50 dias, refere não saber o resultado do exame que fez no hospital.
- M11. Uma igreja que reúne bolivianos já o convidou para assistir o culto, mas ele não foi.
- M12. No momento não está mais jogando futebol, não sai à rua, com a intenção de recuperar-se.
- M13. Acredita que pode ter adoecido pela alimentação ou *“en el trabajo yo me descuidé, no trabajaba con barbijo [...] y parece eso me afectó”*. Atribui o adoecimento ao pó que solta dos tecidos.
- M14. Refere que antes de adoecer não usava máscara, porque afetava a sua respiração, mas agora usa porque sabe que tem que cuidar-se, e os seus colegas de trabalho sempre usaram.
- M15. Acredita que deve tomar a medicação para a tuberculose por dois meses.
- M16. Comparece à UBS todas as manhãs para tomar a medicação
- M17. Não foi informado que tinha direito à Cesta Básica, se fizesse o tratamento supervisionado, e também não foi consultado quanto à opção de receber a Cesta Básica no Domicílio ou retirá-la no posto de entrega.
- M18. Considera que é bem tratado pela equipe de saúde, e não tem problema com o idioma, os profissionais o entendem.
- M19. Acredita que o fato de ter que comparecer todas as manhãs à UBS para tomar a medicação consome seu tempo mas, por outro lado, refere entender que, às vezes, tem muitos clientes e tem que esperar *“pero no demora mucho”*.
- M20. Em relação ao trabalho não tem problema com a saída diária para a tomada do medicamento: *“ellos ya saben que [...] estoy tomando remedio”*.
- M21. Na oficina convivem aproximadamente 20 pessoas incluindo crianças, que não realizaram exames.
- M22. Demonstra interesse em *“saber, más que todo, ¿Por qué es tuberculosis? ¿Qué causa más que todo tuberculosis?”*.
- M23. O diagnóstico de tuberculose surpreendeu o paciente *“me [...] quedé sorprendido”*.

Entrevistado N

- N1. A filha de 16 anos que está na Bolívia, está estudando; paciente envia dinheiro para ajuda-la nos estudos. *“Por eso, para que estudie ella estoy trabajando aquí”*.
- N2. Ainda que ganhe pouco, consegue guardar parte do que ganha para ajudar nos estudos da filha que está na Bolívia, terminando o ensino médio, e pretende entrar na Universidade.
- N3. Considera que o que ganha é suficiente, pois não paga aluguel e comida, dado que mora com o primo.
- N4. Os dois filhos que estão no Brasil, também trabalham com costura, e um deles está estudando (em ensino privado).
- N5. Todos os familiares sabem que tem tuberculose, tanto os que vivem junto como os outros e o apoiam no tratamento, principalmente o primo que o via com hemoptise.
- N6. Apesar trabalhar pouco e devagar, o primo dizia para ele cuidar-se, porque estava escarrando sangue.
- N7. Esteve com tosse por mais de um ano, fez raio X, mas não foi descoberta a tuberculose, por isso, considera que a doença foi se agravando. *“Y tomava remedio para curar, no he podido curar, más y más estaba avanzando”*.
- N8. Um amigo o levou à UBS. *“Justo en ese posto me he chocado con un doctor español que estaba atendiendo que hablaba mi idioma y yo le expliqué todo a él, esto y esto me pasa”*
- N9. No hospital foi realizada tomografia, exames e constatada a tuberculose.
- N10. Na época em que teve o diagnóstico, trabalhava em uma oficina de costura, mas a fiscalização a fechou, o que o levou a morar com o primo, tendo que transferir de UBS para o tratamento da tuberculose.
- N11. A tosse persistiu por quase um ano. Neste período, fez exame de escarro, mas o resultado foi negativo. Começou a apresentar também hemoptise, por dois meses, até a descoberta da doença.
- N12. Foi-lhe prescrita Amoxicilina, o que fez melhorar a hemoptise, mas não a tosse, que o fazia perder o flego.
- N13. Após dois meses de tratamento específico para a TB, não está tossindo, e não apresenta hemoptise.
- N14. Em primeiro lugar o paciente procurou um serviço no Jardim Independência [AMA?], que o transferiu à UBS Vila Prudente, onde uma médica coreana o transferiu para o Hospital de Sapopemba. Apesar de já ter o diagnóstico de tuberculose da UBS, *“esa médica coreana tenía miedo, tienes que hacerte sacar tomografía del pulmón”*, porque no raio X não havia lesão. Saiu do Hospital com diagnóstico e foi encaminhado à UBS.
- N15. No ano anterior ao diagnóstico refere que estava *“tosiendo mucho, casi muero [...] yo estaba por morir porque ya estaba viendo sangre”*.
- N16. No ano anterior ao diagnóstico sentia-se muito mal, o que o levou a procurar o Hospital, onde permaneceu internado por uma semana, com muita tosse, mas o exame de escarro teve resultado negativo. Como a tosse continuava foi a outro Hospital especializado em doenças pulmonares, mas também a TB não foi diagnosticada.
- N17. *“O sea que yo estaba dando vueltas así para curarme. Por eso es que estaba tomando toda clase de remedio, casi ya me auto medicaba. Hasta incluso me he hecho inyectar penicilina, 5 veces que me he hecho inyectar”*. Um amigo trouxe 05 caixas de penicilina da Bolívia e pediu para que um médico aplicasse.
- N18. Os dois filhos que moram no Brasil tiveram tuberculose, no ano passado, mas não moravam com o paciente, e sim com um de seus irmãos. Na época, o médico disse

- que como dormiam no mesmo quarto tinham que fazer tratamento. O filho maior fez três meses de tratamento e o menor seis meses de tratamento.
- N19. Refere que o médico disse que pode ter se contagiado com a tuberculose na Bolívia, porque a doença demora mais ou menos 10 anos para se manifestar, e ele está no Brasil há menos tempo. Ou que talvez na viagem da Bolívia até o Brasil.
- N20. Refere ser a primeira vez que trata tuberculose [no Tbweb tem outra notificação]
- N21. Frequenta uma Igreja do pastor M., na zona Leste, “... *que ayuda también a ... muchos de los bolivianos*”, inclusive com médicos, mas que não estão autorizados a prescrever.
- N22. Quando tinha hemoptise, um médico da entidade que auxilia os bolivianos prescreveu ampicilina, dizendo que ele tinha broncopneumonia, e que poderia evoluir para tuberculose. Além da ampicilina, prescreveu injeções de penicilina, “*cosas que me han podido conseguir aquí, porque no me querían vender eso porque no había receta*”. Por isso pediu para trazerem os medicamentos da Bolívia, o que fez cessar a hemoptise, mas por pouco tempo.
- N23. Foi informado que o tratamento para tuberculose é de seis meses, e em caso de não melhora da tosse, pode ser prorrogado por mais três meses.
- N24. O tratamento é importante porque “*yo debía estar sano ya, como estaba antes, ya no toser, así, para prevenir para mi propia familia yo debería tratar*”.
- N25. “*Cuando estaba tosiendo estaba transpirando, terrible , me hacía perder un poco de peso*”.
- N26. Toma insulina
- N27. Apesar de estar em tratamento há 2 meses, não foi informado sobre Cesta Básica ou vale transporte, só recebe os medicamentos.
- N28. Comparece à UBS duas vezes por semana, segunda e quinta feira, para retirada e tomada da medicação.
- N29. Não tem problema com a língua, entendem o português que fala.
- N30. As funcionárias da UBS são boas, amáveis, compreendem e o tratam com carinho.
- N31. Não deixa de fazer o tratamento pois: “*Yo quiero curarme, yo tengo una hija que quiero ver allá en Bolivia, quiero viajar, quiero vivir un poco más*”; “*Yo he luchado, porque tengo dos hijos, tengo una hija que necesitan ayuda de mí, por eso es que quiero vivir un poco más por lo menos, por eso es que busqué ayuda hasta conseguirla*”.
- N32. Tem quatro irmãos no Brasil, mas quando estava internado, não recebeu visita de nenhum deles: “*a ellos no les importo*”.
- N33. Tem irmãos no Brasil, mas quem o incentiva no tratamento é o primo: “*pues tienes que curarte, el me anima [...] tienes que curarte, tienes tus hijos me dice, tienes que vivir un poco más, eres joven*”. Quando estava internado somente o primo foi visitá-lo.
- N34. Os contatos não foram convocados para exames na UBS, mas “*ellos están también dispuestos de venir*”, se for necessário.
- N35. Remete ao Divino o fato de ser tratado na UBS: “*Gracias a Dios que haya encontrado ese tratamiento, porque si no encontrar aquí iba a dar vuelta a casi todo Brasil para encontrar. He hecho un sacrificio. Ahora estoy bien, estoy tranquilo, ya no estoy tosiendo*”.
- N36. Na época do diagnóstico da tuberculose, morava em uma oficina que foi fechada pela fiscalização, e perdeu contato com as pessoas que lá trabalhavam com ele, acreditando que podem ter viajado para a Bolívia.
- N37. Faz o teste de glicemia capilar toda manhã, para dosar a aplicação da insulina.

- N38. Após dois meses de tratamento, sente dor no peito: *“tengo como una bola aquí que me quiere tapar la garganta”*.
- N39. Indaga se não pode retirar os insumos da diabetes na UBS, onde está tratando a tuberculose, pois tem ido à outra região [distante] para retirá-los.
- N40. Refere que muitos bolivianos não conseguem descobrir que tem tuberculose, morrendo em decorrência.
- N41. Na oficina que trabalhou anteriormente havia uma senhora, mãe de duas crianças, que morreu de tuberculose, e segundo o paciente, ela não tinha o diagnóstico de TB.
- N42. *“Yo he luchado, porque tengo dos hijos, tengo una hija que necesitan ayuda de mí, por eso es que quiero vivir un poco más por lo menos, por eso es que busqué ayuda hasta conseguirla”*.
- N43. No total está há seis anos no Brasil, sendo que foi para Bolívia ficou um ano e voltou para o Brasil.
- N44. Não recebe ajuda financeira de ninguém da Bolívia.

Entrevistado O

- O1. Considera que ganha o suficiente para viver.
- O2. Tem irmãos, mas todos são casados e tem família, portanto a mãe é mais dependente dele. Então manda quase todos os meses ajuda financeira para ela.
- O3. Em 2011 foi passear na Bolívia, tendo ficado um mês, depois disso não retornou mais.
- O4. Não tem parentes no Brasil, somente uma prima distante, que conheceu aqui no Brasil, e com a qual trabalha agora.
- O5. Contou ao chefe que estava um pouco mal e por isso precisava ir aos médicos, mas não falou que estava com tuberculose. As pessoas que moram com ele não sabem que está com tuberculose.
- O6. A enfermeira da UBS falou *“que no hable de la enfermedad [...] no comentar mucho [...] porque puedo tener rechazo de la gente”*.
- O7. Conheceu somente uma pessoa com tuberculose, há aproximadamente um ano e meio. Era um morador de rua, pobre, que bebia muito, e ficava na região do Bom Retiro. Ele pediu dinheiro e disse que tinha tuberculose
- O8. Frequenta todos os domingos uma igreja Evangélica, que reúne bolivianos.
- O9. Os primeiros sintomas da doença ocorreram há aproximadamente três meses, quando começou a tossir quase todos os dias. Então procurou o AMA, e o médico pediu raio X, e disse *“puedes tener principio de tuberculosis, y me asusté entonces empecé a encaminar examen de la tuberculosis”*. O médico prescreveu alguns medicamentos e xarope, melhorou a tosse e não realizou os exames. Depois de algum tempo voltou a tossir e passou com outro médico do AMA que solicitou novamente exame de escarro e outros *“volví de 20 días los resultados negativos”*. Como o resultado foi negativo indicaram que passasse com médico da UBS, mas tinha que marcar a consulta às sextas feiras, e não o fez, porque não tinha tempo. Então depois a tosse parou e começou a ter dor nas costas *“fuerte, fuerte, no me podía mover. Me asusté, [...] y más me dolía la espalda, más me dolía mi espalda”*, além disso começou a escarrar sangue. Então procurou novamente o AMA, outro médico o atendeu, solicitou exame de escarro e vários outros, inclusive de urina e sangue, e orientou-o a retornar em 15 dias para retirar o resultado dos exames. Não voltou então a enfermeira ligou para convocá-lo porque o resultado do exame de escarro tinha dado positivo.
- O10. *“Yo pasé por muchos médicos [...] siempre venía por el susto de la tos”*.
- O11. Levou o resultado dos exames a um médico boliviano, que atende na Igreja que ele frequenta, e este prescreveu alguns comprimidos, mas ele não comprou, porque tinha medo, preferiu esperar o resultado do serviço de saúde.
- O12. Alguns amigos disseram, além do que pesquisou na internet, e concluiu que a causa da tuberculose pode ser a má alimentação.
- O13. Sabe que o tratamento é por seis meses.
- O14. A UBS não ofereceu tratamento supervisionado
- O15. Não sente dificuldade em comunicar-se com a equipe de saúde, porque fala português normalmente.
- O16. *“En parte me hacen esperar mucho [na UBS], si, la verdad he esperado muchas veces sentado [...] pierdo el tiempo”*.
- O17. Apresentou dúvidas em relação ao convívio com a namorada, questionando se poderia ficar próximo dela e ter relações sexuais.
- O18. A prima que reside com o paciente está com gripe e tosse forte, e colheu o exame de escarro, mas ainda não tem o resultado.
- O19. Questiona se os medicamentos podem dar algum sintoma, porque está tendo coceira.

- O20. Teve náusea ao ingerir os primeiros comprimidos.
- O21. Indaga se pode tomar 2 litros diários de água.
- O22. Demonstra curiosidade e questiona como funciona o fornecimento da cesta básica para o tratamento supervisionado.
- O23. Solicita que explique para enfermeira que *“yo puedo venir a medio día porque ella directo me ha dicho tomas el remedio en tu casa normal, solo cumpli me ha dicho”*.

Entrevistado P

- P1. Dependendo da demanda de encomendas, algumas vezes tem que trabalhar aos sábados ou até mesmo domingo, apesar do dono da oficina não obrigar, é importante para aumentar os rendimentos.
- P2. Na primeira oficina que trabalhou no Brasil, há aproximadamente um ano e meio, sentiu-se explorado, costurava uma calça inteira para ganhar 50 centavos.
- P3. No ano que chegou ao Brasil, 2011, não havia muito trabalho, e ganhava pouco, então as condições mudaram, ele trocou de oficina, e a situação melhorou.
- P4. Ele e a esposa estão tentando fazer a legalização da documentação de estrangeiro, “para poder morar e trabalhar melhor”. Os documentos permitirão trabalhar com carteira assinada, assim ter melhores condições de trabalho, que inclui folgas nos feriados.
- P5. A esposa envia ajuda financeira para os quatro filhos que estão na Bolívia. Mas como o marido ficou doente, e ele é quem produz mais, não sobrou muito dinheiro, nos últimos meses.
- P6. Está morando há apenas dois semanas neste atual endereço, e antes de começar a trabalhar falou que tinha tuberculose, para o proprietário da oficina e outros colegas de trabalho, porque poderiam ter problemas posteriormente.
- P7. Mudou o local de trabalho, de uma oficina de costura na Zona Norte, para outra na Zona Leste. Nesta nova oficina ficou pouco tempo, e logo se mudou para outra próxima, pois neste novo local o empregador “entendeu mais minha situação de saúde”.
- P8. “Para mim, para muita gente *és* fácil conseguir [trabalho] *pero es con* muita *suerte* *porque con mala suerte* podes chegar a um lugar ruim [...] boliviano explora [...] boliviano”.
- P9. Os imigrantes não se reuniam, mas o assassinato de uma criança boliviana por ladrões “está juntando muito os bolivianos”.
- P10. Ele frequentava algumas vezes a igreja e jogava futebol no bairro onde morava anteriormente na Zona Norte, mas depois que se mudou para Zona Leste não conhece nenhuma igreja e não sabe onde ir jogar.
- P11. “Eu peguei tuberculose no Brasil”.
- P12. Quando a doença iniciou, há aproximadamente um ano, estava com muita tosse e foi ao posto de saúde, o médico solicitou Raio X e disse que não tinha nada. Depois foi a outro posto de saúde e o médico também disse que ele não tinha nada.
- P13. Passou por consultas médicas, aproximadamente seis a oito vezes, em dois serviços de saúde. Em uma das vezes, um médico brasileiro, procurou um médico boliviano que atendia no mesmo local, “porque eu não sabia falar muito bem português”. No raio X disseram que havia “buraquinhos”, que era tuberculose. O médico boliviano “falou que [médicos] brasileiros muitos não sabem nada”, e encaminhou-o para tratamento imediato.
- P14. Quando iniciou o tratamento trabalhava em uma oficina, mas “porque nestas *fechas* [datas] não tem muito serviço, o boliviano não tem muito trabalho, tem *fecha* que tem trabalho e tem *fecha* que não tem. Então a gente tem que arrumar outro trabalho para poder *sobrexistir*”.
- P15. Quando mudou da Zona Norte para Zona Leste, procurou a UBS, com encaminhamento para seguimento do tratamento de tuberculose. O atendente do balcão, não quis atendê-lo de imediato, alegando que a conta de luz [comprovante de endereço] era antiga. O paciente refere não ter entendido o motivo, uma vez que o atendente alegou necessitar do CEP, e não havia alteração deste. O paciente teve então que retornar “fiquei muito nervoso porque a gente não pode ser atendido, então ele viu como que eu fiquei [...] e atendeu mais rápido”.

- P16. O primeiro sintoma da doença começou foi muita tosse, achou que era gripe, conhecia muita gente que falava de tuberculose, mas não sabia como era tuberculose.
- P17. Na UBS onde iniciou o tratamento informaram-no que deveria tomar medicação por seis meses, e que a cada mês deveria retirar as medicações e agendar as consultas.
- P18. A enfermeira atende muito bem a gente.
- P19. Não senti discriminação no atendimento da médica e da enfermeira.
- P20. A enfermeira da UBS onde o paciente iniciou o tratamento informou que ele deveria comparecer três vezes na semana para ganhar cesta básica e as passagens de ônibus.
- P21. Ele iniciou o tratamento supervisionado em outra UBS e recebeu somente uma cesta básica.
- P22. Depois que fez a transferência do tratamento para outra UBS, não realizou mais tratamento supervisionado, “porque eles não falaram pra mim” mas eu “posso *venir* porque é muito perto”.
- P23. Sente que o fato de ter que comparecer várias vezes ao serviço de saúde para realizar o tratamento atrapalha o seu trabalho. O dono da oficina “pode aceitar umas quantas vezes, *pero* não pode aceitar muitas”.
- P24. Ele recebe ajuda das pessoas que já tiveram tuberculose, dizem “bueno pode falar com a gente”.
- P25. Demonstra curiosidade em saber por quanto tempo pode-se estender o tratamento, quando não há melhora dos sinais e sintomas.
- P26. Não teve febre.
- P27. Depois de quatro meses de tratamento ainda tem muita tosse com escarro, todas as tardes. Fez exame de escarro, mas não sabe o resultado.
- P28. Colheu BK de controle no outro posto e o resultado deu negativo.
- P29. Na última consulta na UBS verificaram seu peso e no dia seguinte foi a uma farmácia do bairro, sendo a diferença de 7 quilos, não sabe qual pesagem está correta.
- P30. Estranha que após quatro meses de tratamento tenha aparecido dor no peito e nas costas.
- P31. Às vezes tenho dores muito no corpo e “a gente tem muito medo. Mi mãe também fica com muito medo [...] algumas vezes que me sinto muito ruim que não pude trabalhar [...] penso que vá morrer”.

Entrevistado Q

- Q1. A rotina de trabalho do costureiro boliviano difere, conforme a oficina: há diferentes horários: há locais em _que a jornada de trabalho inicia às 6 horas, em outros, às 7 horas da manhã.
- Q2. Quando adoeceu trabalhava em uma oficina na região do Belém, que tinha todas as janelas fechadas, devido ao frio, não tinha ventilação.
- Q3. Considera que o que ganha é suficiente para viver.
- Q4. Manda dinheiro para sua mãe que está na Bolívia.
- Q5. Todos os moradores da antiga e da atual residência sabem que ele tem tuberculose.
- Q6. A esposa teve tuberculose há dois anos, quando moravam na Argentina, tendo concluído o tratamento.
- Q7. Na década de 90 morou no Brasil por três anos, quando retornou à Bolívia. Aos 29 anos de idade mudou-se para a Argentina, onde trabalhava como costureiro, local onde conheceu sua esposa, tendo permanecido no país por três anos. Depois, veio ao Brasil, onde está há dois anos.
- Q8. Na época que a esposa teve tuberculose, fez exame de raio X, e o resultado foi normal.
- Q9. A esposa realizou exame de raio X e sua filha de 1 ano e meio realizou exame de raio X e PPD.
- Q10. Não foi solicitado exame para as pessoas da oficina onde ele morava, quando foi feito o diagnóstico, e nem para os contatos da oficina onde está trabalhando atualmente.
- Q11. *“Animar, así que para sanarme solo mi hija, és lo que preocupa, no puedo acercarla, no puedo abrazarla. Tengo que cuidarme por ella, es eso”.*
- Q12. Frequenta a Igreja, localizada na região do Brás, aproximadamente uma vez por mês.
- Q13. É a primeira vez que tem tuberculose.
- Q14. A doença iniciou com muita tosse, pensou que era por causa do frio, mas a tosse não cessava, só aumentava.
- Q15. Quando iniciou com tosse desconfiou que fosse tuberculose e procurou um Hospital. A médica que o atendeu disse que não era tuberculose, mas uma infecção, prescreveu “xarope” e comprimidos. Embora tivesse tomado essa medicação, a tosse não cessou, o que o fez retornar à UBS: “falei para doutora, estou cuspiendo sangue”. Mas não estava cuspiendo sangue, naquele momento “por *eso* eles me atenderam rápido”. Então fez o exame de escarro, que deu positivo.
- Q16. No hospital e na UBS considera que “eles me trataram muito bem, disseram: não fica assustado”.
- Q17. O resultado do exame de escarro saiu rapidamente, e foi medicado no mesmo dia.
- Q18. Acredita que se contagiou na época que a esposa ficou doente, mas também identifica outras possibilidades: o trabalho na oficina de costura, devido ao pó que solta dos tecidos; a alimentação, pois considera que não é adequada: ingere pouca carne e não come verduras.
- Q19. Quando adoeceu resolveu trocar o local de trabalho, pois achava que “este lugar não dá pra mim [...] era muito fechado [...] *yo ya* sabia como era esta doença [...] você tem que ter ar [...] *no voy a sanar se seguir en el mismo lugar*, entende, se *ya se voy a seguir* respirando este *polvo*”. Então, foi trabalhar e morar com a tia, em uma casa maior, mais ventilada.
- Q20. Avisou, na UBS onde iniciou o tratamento, que iria mudar de residência, quando foi feita a transferência. Compareceu à UBS mais próxima da nova moradia, onde foi atendido rapidamente.

- Q21. Quando adoeceu trabalhava de segunda a sábado, e não tinha tempo para preparar a alimentação, o que o levou a trabalhar na oficina da tia, “*ahora tem mas tempo, libertad, mas tranquilo*”.
- Q22. Na UBS onde iniciou o tratamento e na atual, informaram-no sobre o tratamento supervisionado: comparece 3 vezes por semana.
- Q23. Informa que já recebeu uma Cesta Básica⁴².
- Q24. Acredita que, para curar a tuberculose, tem que tomar os medicamentos diariamente e cuidar da alimentação.
- Q25. A enfermeira da UBS onde iniciou o tratamento, bem como a da atual demonstram atenção, perguntando se está melhor, se sente-se bem, se não tem dor, e isto lhe dá confiança.
- Q26. Acredita que os bolivianos não tem informação, quanto aos serviços prestados pela UBS.
- Q27. Não tem dificuldade com a língua portuguesa, só não consegue falar alguns detalhes.
- Q28. Acredita que os bolivianos não procuram os hospitais ou os postos de saúde, porque “acontece muita coisa”, como roubo de órgãos, então, tem medo.
- Q29. Os bolivianos não procuram a UBS ou o hospital, porque “a gente não pode falar o português [...] o doutor não entende”. A diferença do idioma “*eso es un problema que nos impede de ir al hospital*”
- Q30. Acredita que o atendimento prestado aos bolivianos nos hospitais é pior do que na UBS, “tem brasileiro que trata mal”. Às vezes, demora muito tempo para conseguir marcar uma consulta, e no dia agendado, a médica falta e é obrigado a remarcar. Reconhece que este problema é comum também aos brasileiros, mas com o imigrante é pior. “Tem *mucho* caso que *yo vi discriminación* dos doutores *así* com a gente”.
- Q31. Conhece uma boliviana que estava com dor nas costas, e procurou um médico, que disse não ser nada, e ela permaneceu com dor. Então, o pastor da igreja teve que interceder para resolver o problema.
- Q32. Os médicos “deveriam aprender um *poquito* de espanhol [...] porque aqui *viene mucha* gente de Argentina, Paraguai, Peru, e *viene* de todo Sul América, todos *hablan castellano*, espanhol. O Brasil *es único que habla* português *es diferente el idioma*”. Se o pessoal da saúde entende, ainda que espanhol misturado com português, isto dá confiança.

⁴² Estava com um mês de tratamento – depois disso segundo a SUVIS, não recebeu mais cesta básica, apesar de ter sido transferido para o Instituto Clemente Ferreira e constar que ele fazia tratamento compartilhado na UBS.

Entrevistado R

- R1. Considera que ganha o suficiente para viver.
- R2. Quando iniciou o tratamento, morou por um mês e meio na casa do irmão: “yo estava descansando porque estava com tratamento e *no tiene que trabajar*”. Depois deste período, mudou-se de bairro para trabalhar na oficina do primo.
- R3. Manda dinheiro para a mãe na Bolívia.
- R4. Nos locais onde trabalha ou trabalhou sempre comentou que estava com tuberculose, “inclusive para *no* poder contagiar *los* que estavam lá”.
- R5. Não recebe tratamento diferenciado do primo, dono da oficina onde trabalha, por estar com tuberculose. “*Mi* primo me trata como *si fuera cualquier taballhador. Pelo que ganas* para ele”. O primo não causa dificuldades para que compareça à UBS.
- R6. Não conhece nenhuma associação que reúna bolivianos. “Sinceramente não me *tomo mucha* importância porque *casi* todo boliviano vem aqui a *trabajar* para poder *ganar su dinero e conseguir mejorar su estado económico*”.
- R7. Antes de adoecer jogava futebol, mas agora “*yo no puedo esforçar mis pulmones. Então estoy parando de jugar*”.
- R8. O primeiro sinal que apresentou foi tosse, transpirava muito à noite e acordava molhado.
- R9. Depois de duas semanas com tosse e suores noturnos foi ao Hospital, onde foi solicitado raio X e exame de sangue e prescrito um medicamento para dez dias, que custou 70 reais, mas não resolveu.
- R10. O médico do Hospital o orientou a fazer exame de escarro na UBS mais próxima de sua residência. No entanto, “*no sabia donde*, tampouco me disseram”.
- R11. Foi à UBS próxima de sua casa e fez o exame de escarro; no mesmo dia comunicaram que o exame era positivo para tuberculose.
- R12. A tosse era mais frequente à noite, mas uma vez teve hemoptise e se assustou, então, procurou imediatamente a UBS.
- R13. Quando iniciou o tratamento de tuberculose na UBS, foi solicitado raio X para ele e sua esposa, ainda que ela estivesse bem.
- R14. Acredita que contraiu tuberculose de colega que trabalhou e morou com ele, e que dormia no mesmo dormitório, por dois meses, e que estava doente na época.
- R15. Não sabia anteriormente, mas se informou que o tratamento da tuberculose é de seis meses.
- R16. Refere que não recebeu incentivo ou apoio, para o tratamento da doença, de nenhum dos três serviços de saúde, por onde passou.
- R17. Não foi oferecido tratamento supervisionado, somente lhe foi dito que “teria que tomar o medicamento durante seis meses, *venir* a tomar *los* médicos, *hacer* consulta médica, mas nada mais, *solo* isso”.
- R18. Os profissionais de saúde tratam a tuberculose “como se fora uma enfermidade qualquer, não há *mucha* atenção”.
- R19. Não há dificuldade para tratamento “yo venho, cumpro com *lo* que me dizem. Esta tudo *bién*”.
- R20. A esposa o incentiva para o tratamento, o acompanha sempre, em todas as consultas.
- R21. “Todos bolivianos *siempre* nos sentimos discriminados, talvez por não *hablarnos muy* corretamente o português. Solo por isso. A *lo* que vemos todos *los* bolivianos *siempre* são discriminados. Antes *no, creo*. Antes boliviano era querido. Era *siempre* trabalhador. *Ahora* nos sentimos meio mal por certas coisas que acontecem”.
- R22. Sente discriminação dos profissionais de saúde, os médicos e as enfermeiras, talvez não o compreendam bem “porque *mi* português *no és perfecto*”.

Entrevistado S

- S1. Quando começou o tratamento parou de trabalhar.
- S2. Paciente refere que trabalham muitas horas, para pagar aluguel e para dar uma vida melhor para os filhos. *“No quiero que sea como yo que no estoy bien, no quiero que costure como yo, por eso estoy centrada para esos filhos”*.
- S3. Este ano a filha mais velha irá terminar o ensino médio, e pretende continuar estudando.
- S4. Não contou na oficina de trabalho que estava com tuberculose. Quando perguntam o motivo do afastamento, responde que tem dor e precisa beber muita água e alimentar-se bem.
- S5. O marido teve tuberculose há seis anos e, na época, a paciente e os dois filhos fizeram exames, e estavam bem.
- S6. Após a conclusão do tratamento do marido, ela foi diagnosticada com tuberculose, pela primeira vez [mais ou menos cinco meses após a alta do marido].
- S7. Quando teve tuberculose na primeira vez, o sintoma foi dor nas costas, o que a fez procurar o hospital [na Ficha de Notificação de Tuberculose consta AMA].
- S8. É a segunda vez que tem tuberculose, na primeira vez, descobriu que estava grávida após dois meses de tratamento. Então tomava a medicação e vomitava muito, mas mesmo assim concluiu o tratamento.
- S9. Na segunda vez que adoeceu não teve dor nas costas, nem febre ou tosse, somente “vomitou” sangue, o que a fez procurar o Hospital.
- S10. Não frequenta lugares ou associações que reúnam bolivianos.
- S11. Foi em férias com filhos para a Bolívia, e lá teve dois episódios de vômito com sangue; em ambas as ocasiões procurou atendimento em um Hospital, onde foi realizado exame de raio X e dito que o resultado seria liberado após uma semana. Teve que retornar ao Brasil, pois iniciaria o período escolar das crianças.
- S12. Quando retornou das férias ao Brasil, imediatamente procurou o hospital, pois estava vomitando muito sangue e permaneceu internada por duas semanas.
- S13. Acredita que contraiu a tuberculose do marido, pois não conhece nenhuma pessoa que tenha adoecido, e nunca escutou falar da doença na Bolívia.
- S14. A enfermeira ofereceu a Cesta Básica, informando que ela deveria comparecer diariamente à UBS para tomar os medicamentos, mas o marido não concordou.
- S15. Quando o médico fala, às vezes não entende muito bem, mas refere perguntar e que os profissionais de saúde explicam.
- S16. O marido a acompanha às consultas médicas, mas como ele trabalha, algumas vezes não tempo para acompanhá-la.
- S17. Refere que não tem tido dificuldade com o tratamento, mas que está preocupada, pois sofreu tentativa de assalto à sua casa, há aproximadamente dois meses: *“Só eso preocupación de mí”*. Para ela, os ladrões pensam que como trabalham muito, tem muito dinheiro, o que não é verdade.
- S18. A tentativa de assalto à sua casa a preocupa, mesmo já tendo transcorrido dois meses: *“Hay miedo de salir a rua”*.
- S19. Quando as crianças eram pequenas trabalhava, agora não aguenta mais.
- S20. Retira a medicação na UBS a cada 10 dias.
- S21. Não está fazendo o tratamento supervisionado porque tem que levar os filhos à escola.
- S22. Todos os filhos fizeram exames, e a filha menor fez também a prova tuberculínia.
- S23. Tem dúvida se pode haver cura, no tratamento de tuberculose, feito pela segunda vez.
- S24. Tem dúvida se o fato de estar muito preocupada pode fazer a tuberculose voltar.

Entrevistado T

- T1. Considera que o ganha é o suficiente para viver, “trabalhando dá”.
- T2. Ajuda financeiramente a mãe que está na Bolívia, “porque lá a situação tá do que aqui”.
- T3. Apenas o esposo sabe que a paciente tem tuberculose, apenas disse que está em tratamento, e não comentou com as outras pessoas que residem na casa, que está com tuberculose, porque “muitas pessoas dizem que a tuberculose é contagiosa”.
- T4. O irmão da paciente, que está no Brasil há aproximadamente 11 anos, teve tuberculose no Brasil, fez tratamento e chegou a ficar internado. “Não sei se ele pegou de *alá*, ou pegou aqui, mas ele pegou faz cinco anos”.
- T5. O marido fez raio X e o filho fez PPD.
- T6. Apesar de residir há 7 anos no Brasil não conhece associação que reúna Bolivianos.
- T7. É a primeira vez que tem tuberculose.
- T8. Considera que adoeceu porque comia pouco.
- T9. No início da doença, durante dois a três meses, sentia bastante dor no estomago. “Não tinha força para trabalhar”.
- T10. Após ter buscado assistência por duas vezes em Pronto-Socorro, e devido à persistência de dor no estomago e porque já não podia levantar ou caminhar, procurou um Hospital e foi internada.
- T11. Ficou internada em hospital por quase um mês, e lá obteve diagnóstico de tuberculose, tendo iniciado o tratamento.
- T12. Paciente procurou assistência em pronto-socorro, pois apresentava tosse e febre, e nesse local foi prescrita medicação e não foram realizados exames: “fui um pouco melhorando de novo”.
- T13. Considera que o atendimento prestado pela UBS é bom, pois a cada dez dias, realizam a pesagem e perguntam como está.
- T14. “Só *personas* da enfermagem” realizam o acompanhamento da paciente a cada 10 dias.
- T15. Retira medicação a cada 10 dias.
- T16. Devido ao fato de ser muito ocupada, não comparece à UBS com frequência. No entanto quando comparece percebe que o pessoal da enfermagem é atencioso com ela.
- T17. No momento da entrevista estava no terceiro mês de tratamento e referiu ter passado em consulta médica somente uma vez.
- T18. Não foi informada sobre o Tratamento Supervisionado, mas já recebeu Cesta Básica em casa, “acho que é [...] falaram por causa da doença”.
- T19. Considera que a UBS fica muito distante de sua residência (tem que pegar dois ônibus para ir à UBS), e não oferecem bilhete único.
- T20. Realizou pré-natal o ano passado e refere que teve consulta médica Somente duas vezes, devido às faltas do médico; fez somente um ultrassom, tendo comparecido à UBS mensalmente; também foi obrigada a retornar ao serviço para ser vacinada, pois não foi atendida no dia agendado, lamentando: “a gente trabalha e não tempo de vir todo dia”.
- T21. Para vacinar a criança não teve dificuldade, porque como sabia que nem sempre conseguia atendimento na UBS, então telefonava previamente para perguntar se a vacinação estava sendo realizada.
- T22. Apesar de ter mencionado que UBS era distante de sua residência: “eu falei aqui, esse posto pra mim é ruim”, não foi encaminhada para o tratamento em outra unidade: “você pertence aqui”.

- T23. Comparece a UBS de 10 em 10 dias para retirar a medicação
- T24. Ao comentar sobre a possibilidade do fornecimento do Bilhete único para o deslocamento até a UBS, a paciente diz “vai ajudar bastante”.
- T25. Sabe que o tratamento é de 6 meses, mas depende do médico.
- T26. Paciente desconhece de quem contraiu tuberculose
- T27. Considera que “todo remédio é ruim”

Entrevistado U

- U1. Considera que não ganha o suficiente para viver “parece ben *poquito dinero*. E *alá* [Bolívia] *estaba ganando más* [...] *trabajando como empleada*”.
- U2. Pensa em retornar à Bolívia, ao término do tratamento, porque se sente sozinha e não tem com quem conversar: “mina familia esta *alá*, *mi mamá* está *alá*. *Solita aquí yo me siento sola*, [...] meus tios têm suas esposas não *puedo conversar con ellos*, às vezes quando converso com *mi tia*, *me cerro em mi quarto* e me *siento sola*. *Eu tenía mes irmanitos en Bolívia e conversava com ellos, quería estar junto a mi familia*”.
- U3. Apesar dos pais e dos irmãos morarem na Bolívia, não envia ajuda financeira, porque considera que não ganha “muito dinheiro aqui”.
- U4. Apenas os tios com quem ela mora, sabem que ela tem tuberculose.
- U5. Os contatos domiciliares fizeram raio X, mas não sabe se as crianças fizeram PPD.
- U6. Ela e suas tias frequentam uma igreja, no bairro onde moram, todos os domingos à tarde, onde se reúnem os Bolivianos.
- U7. É a primeira vez que trata tuberculose.
- U8. O primeiro sintoma da doença foi fortes dores nas costas, que a impedia de respirar e trabalhar, o que determinou que procurasse o Hospital, onde fez raio X, tendo sido internada por duas semanas e meia; local onde obteve o diagnóstico de tuberculose: “não contagiosa”.
- U9. Sabe que o tratamento é de seis meses, mas desconhece como deve ser feito.
- U10. Não foi informada sobre o tratamento supervisionado ou cesta básica, mas “chego uno de prefeitura falando que uma cesta chegara [...] eu fiquei surpresa, não esperava a cesta”.
- U11. Considera que os profissionais da UBS são amáveis, carinhosos, atenciosos, sempre a atendem bem.
- U12. Compreende o que os profissionais da UBS falam, somente às vezes tem um pouco de dificuldade, mas não pergunta “*porque tengo mucho miedo*”.
- U13. Espera que os profissionais de saúde a tratem bem, “eles sabem que estou mal e não *puedo* adivinhar que medicamento *puedo* tomar, *ellos* sabem”.
- U14. Retira a medicação na UBS de 10 em 10 dias.
- U15. Considera que médica que a acompanhava a entendia bem, mas que a médica que a atende no momento “não *entiende*” o que ela fala.
- U16. Considera que, para ter êxito no tratamento, as pessoas tem que se alimentar bem, sempre ir ao serviço de saúde quando não se sentem bem e não trabalhar muito, pois os “bolivianos *trabajan* muito”.
- U17. Desloca-se até a UBS de ônibus, e não foi oferecido bilhete único, para o transporte.
- U18. Tem curiosidade em saber por que a tuberculose que ela tem é diferente, pois não teve tosse.
- U19. Não teve febre, só dor e emagreceu 7 quilos aproximadamente.
- U20. Refere que no início do tratamento teve alergia, ficou com a pele toda avermelhada, e teve que tomar medicação para melhorar.
- U21. Questiona se a medicação da tuberculose precisa ser tomada na hora exata, ou não.
- U22. Questiona porque sua urina ficou avermelhada.
- U23. Refere sentir, nas últimas semanas, dor e adormecimento das mãos, o que a impede de trabalhar.
- U24. Na Bolívia não costurava, aprendeu no Brasil, desde que chegou há 1 ano.

Entrevistado V

- V1. Compreende pouco o português, algumas coisas confunde ainda.
- V2. O filho frequenta uma creche.
- V3. Considera que sempre falta dinheiro, o que ganha não é o suficiente para viver.
- V4. Algumas vezes envia dinheiro para o pai que está na Bolívia.
- V5. Contou para todos os familiares que estava com tuberculose.
- V6. Não frequenta nenhuma associação que reúna bolivianos, pois não gosta, nos finais de semana passeia no shopping, ou frequenta quadra de futebol.
- V7. É a primeira vez que tem tuberculose.
- V8. O primeiro sinal da tuberculose foi tosse sem catarro, pela manhã; em decorrência, procurou o AMA, onde foi prescrita medicação para “alergia na garganta”. Paciente não comprou a medicação, esperando que a “alergia passasse”. a tosse persistiu (2 semanas), e começou a apresentar suores noturnos. Após uma semana do primeiro atendimento procurou um hospital, onde foi realizado raio x e diagnosticada tuberculose, tendo sido instituído o tratamento.
- V9. Desconhece como contraiu a doença, não conhece ninguém que já tenha tido tuberculose
- V10. Não foi oferecido o tratamento supervisionado, à paciente, e por conseguinte, a cesta básica.
- V11. Para ir à UBS necessita de ônibus, no entanto, não foi oferecido vale transporte.
- V12. Refere que quando toma a medicação não se alimenta, tem dor de cabeça.
- V13. Viajou para a Bolívia, e levou a medicação, entretanto, no retorno o veículo quebrou, o que estendeu a duração da viagem; em decorrência, resolveu tomar menos comprimidos, para que fosse suficiente para todos os dias.
- V14. Refere que as pessoas que com ela residiam com ela não fizeram exames, pois dormiam em outro quarto.
- V15. Não recebeu visita domiciliar da UBS.
- V16. Inicialmente, comparecia diariamente na UBS para tomar a medicação, depois passou a ser fornecida semanalmente, e, depois, a cada 3 dias, portanto, não há definição para a retirada da medicação e a paciente procura o serviço ao término do medicamento.
- V17. Demonstrou curiosidade em saber, quais as consequências de ficar um dia sem tomar a medicação.
- V18. Considera que o tratamento não atrapalha o seu trabalho
- V19. Tem meses que a costura dá melhor ganho, outros não.

Entrevistado §**Tio de um dos pacientes em tratamento de tuberculose**

- §1. O paciente em tratamento é seu sobrinho, e não está trabalhando, “só está ajudando um pouco”, porque o médico disse que não tem que trabalhar, devido à possibilidade de contágio.
- §2. O paciente, sobrinho, trabalhava em uma mina na Bolívia, “é um pouco mais sacrifício que em qualquer outro trabalho”, então, fez contato com um parente, e veio para São Paulo.
- §3. Considera que seu sobrinho tem vergonha de falar português, pois tem medo de usar “palavra errada”.
- §4. Não tem apoio dos parentes da Bolívia, porque é de uma família extremamente pobre, do interior.
- §5. Ele e a esposa ajudam bastante o sobrinho, doente de tuberculose.
- §6. Sempre ajuda as pessoas, mesmo que não sejam parentes, e quer que um dia agradeçam, digam muito obrigado, pois gosta de ouvir essa palavra.
- §7. Está no Brasil há 18 anos.
- §8. Quando chegam as pessoas para trabalhar na oficina, não sabem costurar, então, primeiro começam como ajudante, ambientando-se, e arrematam linhas soltas; depois no segundo mês, já podem tentar a máquina de costura e, no terceiro mês, assumem a costura como um todo.
- §9. A lei permite somente 8 horas de trabalho nas oficinas de costura, mas não é isto o que ocorre, pois, em geral trabalha-se das 7 às 21 horas.
- §10. Na oficina trabalha das 7 às 8 horas, para 30 minutos para café; depois até às 12 horas, para uma hora de almoço e descanso; depois das 13 às 17 horas, para 30 minutos de chá; e novamente 17:30 horas até às 21 horas [totalizando 62,5 h/semana].
- §11. É músico e não trabalha aos sábados, tem outras atividades neste dia; em decorrência, os empregados estão livres para jogar bola e passear.
- §12. Trabalham na oficina quatro pessoas. No entanto, na residência há seis pessoas moradoras, além dos trabalhadores, a sua esposa e filha.
- §13. Recentemente adquiriu casa própria, para separar da oficina, porque “a lei está andando atrás de nós, porque oficina tem que ser separada mesmo”. Assim, o imóvel anterior, alugado, serve apenas como oficina de costura.
- §14. Adquiriu a casa porque “sempre tinha o sonho assim, ser tranquilo, porque [...] não *temos* esses lugares” para alugar uma casa.
- §15. Aos domingos, os trabalhadores de sua oficina acordam cedo para jogar bola e, após o almoço lavam roupa.
- §16. Aos finais de semana, o sobrinho não fica em casa: gosta bastante de futebol, e sai com os amigos para jogar.
- §17. Considera que o sobrinho está melhorando com o tratamento: já consegue jogar bola. Joga no Parque Ecológico com amigos.
- §18. O sobrinho chegou doente da Bolívia e acredita que ele contraiu tuberculose na mina onde trabalhava na Bolívia: “Qualquer pessoa que trabalha na mina, se ele está fraco, pega rápido”.
- §19. Quando o sobrinho chegou da Bolívia tossia muito, e o tio não achava que estava com tuberculose, mas gripe ou “alguma outra coisa”. Entretanto, a tosse persistiu, e piorou, o que fez o tio levá-lo a um serviço de saúde.
- §20. Há outro tio do paciente na Bolívia que apresenta tosse, mas ele não sabe se tem tuberculose.

- §21. Ele e sua esposa nunca ficam doentes, não gosta de hospital, e diz saber que, nos hospitais, a maioria são enfermeiras.
- §22. Nas UBS não há médico, somente enfermeiras, que prescrevem “medicamentos igual que usam os *doctores* [...] em primeiro lugar, passam só dipirona [...]. Então, graças a Deus eu nunca fiquei doente”. Refere que com o avançar da idade está com dores, e que está conhecendo muitos serviços de saúde, mas que há muita demora no agendamento dos exames, em seu caso, refere que tem consulta marcada para o próximo ano, “quem sabe que *hasta la* a gente vai morrer”.
- §23. Refere que como o sobrinho estivesse doente, inicialmente procurou a UBS, mas como tinha que retornar às 7 horas para coletar o exame, e pelo fato de ter sido informado que o exame de escarro demorava de 15 a 20 dias, ficou preocupado, o que o levou a procurar um especialista. Então, perguntou, na recepção da UBS, qual local era especializado em tuberculose, e que teria atendimento mais rápido, e foi informado que era no Hospital XX, o que o fez levar o sobrinho diretamente para lá.
- §24. O médico do Hospital XX, ao verificar o exame radiológico disse que era tuberculose.
- §25. O médico do Hospital XX perguntou ao paciente se ele tinha HIV, e como ele não entendia bem o idioma português, respondeu afirmativamente, o que o levou a ser encaminhado para tratamento na UBS, que o transferiu para o Centro de Referência em AIDS que, ao fazer o teste, constatou resultado negativo, tendo orientado o paciente a retornar à UBS para o tratamento da tuberculose⁴³.
- §26. Refere que “Graças a *Dios* eu *conoci* uma pessoa, aqui na UBS, que é gente fina, a enfermeira X, ela me orientou que se você vem aqui tomar, pelo menos *una* vez por semana, tomar *su* medicamento, aí você vai receber *una* cesta básica, então, desde terceiro mês já recebeu”.
- §27. Acha que as funcionárias da UBS são senhoras que deveriam se aposentar, e deixar o lugar para outros, mais novos, com força de vontade para trabalhar. Considera que a postura dessas pessoas, prejudica muito o atendimento da unidade de saúde.
- §28. Não sabe se é porque são estrangeiros, mas “às vezes digo bom dia, *mi* sobrinho veio a tomar *su* medicamento, elas não respondem *ni* bom dia, *ni* quer olá”. Também informa que, às vezes os profissionais de saúde não apresentam o impresso referente ao tratamento supervisionado para que o sobrinho assine; em decorrência, diz “senhora desculpa, ele ainda não assinou”, e a funcionária diz que se ele tomou não tem problema: “então já conheço e prefiro sair com a boca fechada”.
- §29. Acompanha o sobrinho à UBS diariamente para tomar a medicação, e também quando as consultas médicas.
- §30. O tio questionou para a enfermeira da UBS, se o sobrinho poderia piorar da doença, porque, logo após o início da medicação apresentou muita dor no estômago, mas a enfermeira disse que era normal.
- §31. Refere que, nos primeiros dias de tratamento, o sobrinho vomitava muito após tomar a medicação, o estômago lhe doía muito.
- §32. Refere que no domicílio há duas crianças, menores de três anos, que estão tomando medicação [quimioprofilaxia] e os demais fizeram raio X.
- §33. Em relação a alguma instituição que reúna ou ajude os bolivianos, refere que “qualquer associação que fazem aqui [no Brasil] é só para tirar dinheiro”.

⁴³ No prontuário do paciente havia o encaminhamento do Hospital XX para a UBS, relatando que o paciente era HIV positivo. E o teste rápido para o HIV realizado no Centro de Referência de DST/AIDS da região da STS-Pe informava resultado negativo. Diante da incompatibilidade dos resultados a SUVIS-Pe encaminhou um e-mail para a Vigilância Epidemiológica do referido hospital, que respondeu que o médico havia se baseado em informação verbal, e não havia realizado o teste para o HIV.

Entrevistado &**Trabalha em empresa de confecções como Encarregado pelas oficinas de costura externas – só de bolivianos.**

- &1. Trabalhou de 2000 a 2004 como ajudante de costura, depois passou para infestador, cortador, motorista, e hoje é encarregado de oficina de costura, cujo dono
- &2. De 2004 a 2009 trabalhou como autônomo, prestando serviço para um Coreano, no ramo de costura, mas “não tinha vida mais, só trabalhando”, e as peças apresentavam muito defeito, o que resultava em prejuízo.
- &3. As empresas reprovavam um lote de mercadoria, o que parecia de forma proposital, para rebaixarem os preços de uma segunda remessa.
- &4. Em 2009 a firma fechou, e ele iniciou na empresa onde está até hoje, cujo dono é Coreano. É encarregado das oficinas de costura externas.
- &5. Em 2000, época que era ajudante de costura, já tinham bolivianos no ramo de costura, porém, menos que atualmente.
- &6. De 2000 a 2008 considera que “os bolivianos, eles completamente trabalhavam de graça”.
- &7. Em meados de 2008, os bolivianos começaram a se reunir, de forma organizada, e estipular um preço mínimo para cada peça. Então “eu não conseguia encaixar ninguém, era obrigado a pagar” o que eles queriam.
- &8. Considera que os bolivianos estão em boa situação financeira: “hoje em dia, eles só andam de carro bom. Só que eles não tem a vida né. Eles não saem. Eles tão cortando muito, fabricando muito”.
- &9. “Coreano, não dá espaço pra chinês e nem pra boliviano. Coreano só quer pra ele”. Diz sentir que os bolivianos estão superando os Coreanos, e que daqui a cerca de 10 anos vai haver muitas mudanças.
- &10. Considera que os bolivianos não aproveitam sobras de costura como dizem, porque as peças enviadas para costura são na medida certa, se sobrar tecido, é pouco, são tiras, não dá para confeccionar uma peça.
- &11. Hoje os bolivianos cortam e costuram peças nas oficinas e vendem na “feirinha da madrugada”, o que melhorou seus rendimentos.
- &12. Hoje repasso costura para seis oficinas, que empregam aproximadamente 50 pessoas.
- &13. Das seis oficinas que forneço mercadoria para costura, somente uma é grande e arejada, apesar da porta ser de aço e permanecer fechada.
- &14. A firma para a qual trabalha, recruta as oficinas de bolivianos, através de placas, afixadas em porta de loja. Os interessados em pegar serviços de costura, fazem um cadastro e informam para quais empresas já trabalharam, isto se constitui em um currículo. Outra condição é que tenham CNPJ, e muitas oficinas não tem.
- &15. Na época de final de ano há aumento do número de oficinas contratadas para prestar serviços, passando de seis para quinze, porque há necessidade de aumento da produção.
- &16. Pessoas que nunca trabalharam para empresas reconhecidas tem muita dificuldade em conseguir emprego. Nestes casos, há que ter indicação de outra pessoa, o que é difícil ocorrer, porque “o patrão boliviano também não quer, não quer deixar ninguém ter a oportunidade [...]. Não deixa nem conversar comigo”.
- &17. Os donos de oficina trabalham dividindo o valor da peça em três partes, uma é do costureiro, e as outras duas do empregador. Os empregados, no entanto, não sabem o valor exato que foi negociado com o patrão. Os donos das oficinas, às vezes “enganam” os empregados, informando um valor menor por peça, para ganhar mais. Por isso, eles não querem que os empregados conversem com o entrevistado.

- &18. Muitos querem abrir uma oficina, então esperam o patrão se distrair, e perguntam ao entrevistado “bem disfarçado”, se poderia fornecer serviço. O entrevistado fala que, às vezes deixa o telefone, os trabalhadores ligam, “mas não quer que comente com o dono. Portanto, para o entrevistado, “... acaba sendo uma coisa meio escondida. [...] Eu já ajudei muitos”.
- &19. A época de maior oferta de trabalho é de setembro a dezembro; após 20 de dezembro, o fornecedor entra em férias coletivas, e deixa peças já cortadas nas oficinas para costura. “Porque eles não param, eles não querem parar”.
- &20. Após dezembro, a demanda por costura diminui, então há necessidade de reduzir o número de oficinas de costura. “Eu não tenho como ajudar”, então muitas oficinas ficam sem trabalho. Assim, o entrevistador diz: “eles estão chateados comigo, você deixou eu parado, não quero pegar seu serviço. Eu tenho que ir atrás de outro [...] o segredo para manter uma oficina é não deixar ela parar, porque eles não querem parar”.
- &21. Entrevistado refere que, no momento [mês de junho] estava sem trabalho, só peças com defeitos. Refere que, para a “Dona “X” que é especial, eu levo pequenas costuras, pagando pouco, somente para ela não parar. Para as outras oficinas eu peço que tenham paciência”.
- &22. Em setembro, quando aumenta a demanda de costura, se as oficinas não querem mais prestar serviços, o entrevistado “arruma” outra, há grande oferta de mão de obra.
- &23. As oficinas recebem por peça, o valor varia, conforme a complexidade. O pagamento é quinzenal, mas há vale semana, se solicitado.
- &24. Entrevistado considera que, se a pessoa sabe trabalhar, consegue juntar dinheiro. “Por exemplo, eu já tive acerto com a oficina da Dona “X” de 15 mil reais, sendo que 10 mil ficaram para ela, por conta das despesas com moradia e alimentação, e os 5 mil reais restantes divididos com os costureiros.
- &25. Entrevistado relata caso em que o dono da oficina viajou para a Bolívia para conseguir costureiros e deixou sua filha como responsável pelo recebimento do pagamento. Ela, que ganhava como todos os empregados da oficina por produção reclamou do valor que o entrevistado pagava por peça. Quando indagado sobre qual era o valor, identificou que estava sendo repassado um valor bem menor, o que levou o entrevistado a questionar o dono da oficina, mas ele negou.
- &26. Entrevistado refere não trabalhar com recibo, somente com apontamentos na agenda.
- &27. Entrevistado refere que paga as oficinas em dinheiro, por ter medo, de que ao ser descontado o cheque, seja assaltado na saída do banco.
- &28. Entrevistado refere que o dono da oficina vai para a Bolívia conseguir costureiro, assumindo todas as despesas da viagem para o Brasil; assim, o empregado combina de pagar com trabalho.
- &29. Entrevistado refere que há patrão que não deixa os empregados saírem aos finais de semana, enquanto não ressarcirem as despesas que tiveram com a viagem dos empregados da Bolívia para o Brasil; e que muitos empregadores alegam que isto ocorre porque bebem demasiadamente, e também porque corre o risco de que o empregado conheça outros bolivianos que informam melhores condições de trabalho e o empregado não retorna.
- &30. As oficinas não querem empregados com muitos filhos.
- &31. Entrevistado refere entender o idioma espanhol e para enganá-lo há que falar em “guarani”.
- &32. Para o entrevistado, os bolivianos são muito inseguros, porque existem muitas empresas que os enganam, atrasam ou não realizam pagamento; não há comprovante, “é um negócio feito *meio na palavra*”. Outra forma de enganá-los é alegar que a mercadoria está com defeito e pagar a metade do combinado.

-
- &33. Para o entrevistado há peças com defeito que caso sejam desmanchadas, devem ser descartadas; há, também, roupa suja; nestes casos, há desconto do valor a ser pago pela peça.
- &34. Entrevistado refere que o dono da empresa que comercializa as roupas, quer a regularização da situação trabalhista e que exige que as oficinas que prestam serviço para ele sejam separadas do local de residência; entretanto, uma das proprietárias de oficina, alega que isto é perigoso, porque pode haver roubo das máquinas ou mercadorias.
- &35. Devido à fiscalização do Ministério da Justiça, há oficinas que não deixam sair peças com a etiqueta de composição da roupa, porque geralmente tem o CNPJ, o que permite a identificação do proprietário.
- &36. Os coreanos tem um jornal que circula na comunidade, e utilizam este veículo para informar onde está ocorrendo fiscalização das oficinas de costura; no momento, estava ocorrendo na região da Vila Maria e Casa Verde.
- &37. Entrevistado informa que a melhor opção para fugir da fiscalização é trabalhar sem CNPJ.
- &38. Entrevistado refere que, caso haja legalização do trabalho, irá aumentar o custo da peça.
- &39. Para o entrevistado, “O forte é costura”, mas há também bolivianas balconistas.
- &40. Os bolivianos estão se mudando para Itaquaquecetuba, pois o aluguel é mais barato e a fiscalização é menor.
- &41. Para o entrevistado, a higiene nas oficinas é péssima, os trabalhadores não tomam banho. “Eu já cheguei em oficina que criança fazia coco no ralo [...] E eu ficava reparando no pé deles, eles na máquina, no meio dos dedos assim, estava aquela espuma escura”.
- &42. A cultura e a alimentação são diferentes.
- &43. Entrevistado considera que: “Eles são violentos pra mulher. Eles batem muito em mulher”.

ANEXOS

Anexo 1 – FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE TUBERCULOSE (FRENTE)

PREFEITURA DE SÃO PAULO SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE CENTRO DE CONTROLE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS	
FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE TUBERCULOSE			
IDENTIFICAÇÃO			
Nº SINAN		RG	N. CARTÃO SUS
Nº SINAN		SEXO ☐ 1. MASC. ☐ 2. FEM.	NATURALIDADE
DATA DE NASCIMENTO		GESTANTE ☐ 1. SIM ☐ 2. NÃO	ESCOLARIDADE ANOS DE ESTUDO COMPLETOS
NOME DA MÃE		ETNIA ☐ 1. BRANCO ☐ 2. PRETO	3. AMARELO 4. PARDO 5. INDÍGENA 6. OUTRO
OCUPAÇÃO		☐ 1. PROFISSIONAL DE SAÚDE ☐ 2. PROFISSIONAL DO SISTEMA PENITENCIÁRIO ☐ 3. DESEMPREGADO ☐ 4. APOSENTADO ☐ 5. DONA DE CASA ☐ 6. DETENTO ☐ 7. OUTRA	
ENDEREÇO			
ESTADO		MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	TELEFONE
CEP	RUA, NÚMERO, COMPLEMENTO		INSTITUCIONALIZADO ☐ 1. INSTIT. PENAL ☐ 2. ALBERGUE ☐ 3. ASILO ☐ 4. ORFANATO ☐ 5. HOSPPSIO ☐ 6. NÃO ☐ 7. OUTRO
BAIRRO	SUUVIS RESIDÊNCIA		
DISTRITO			
UNIDADE DE SAÚDE			
CNES	UNIDADE		PRONTUÁRIO
DATA DE NOTIFICAÇÃO	MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO		
HISTÓRIA DE TRATAMENTO			
TRATAMENTO ANTERIOR DE TB ☐ 1. CASO NOVO (sem tratamento anterior) ☐ 2. RECIDIVA, ALTA POR CURA HÁ _____ ANOS ☐ 3. RETRATAMENTO - ABANDONO HÁ _____ ANOS		DATA DE INÍCIO DO TRATAMENTO ATUAL	
FORMAS CLÍNICAS			
FORMA CLÍNICA 1	FORMA CLÍNICA 2	FORMA CLÍNICA 3	
☐	☐	☐	
1. PULMONAR 2. MENINGEA 3. PLEURAL 4. GÂNGL. PERIFÉRICA 5. OSSEA 6. VIAS URINÁRIAS 7. GÊNITAL 8. INTESITINAL 9. OFTÁLMICA 10. PELE 11. LARÍNGEA 12. MÚJUA 13. OUTRAS 14. MÚLTIPLOS ÓRGÃOS			
TIPO DE DESCOBERTA ☐ 1. DEMANDA AMBULATORIAL ☐ 2. URGÊNCIA/EMERGÊNCIA ☐ 3. ELUCIDAÇÃO DIAGN. EM INTERNAÇÃO ☐ 4. INVESTIGAÇÃO DE CONTATOS ☐ 5. BUSCA ATIVA EM INSTITUIÇÃO ☐ 6. BUSCA ATIVA NA COMUNIDADE ☐ 7. DESCOBERTA APÓS ÓBITO			DATA APROXIMADA DOS PRIMEIROS SINTOMAS: _____ SERVIÇO DE SAÚDE QUE DESCOBRIU O CASO: _____
EXAMES COMPLEMENTARES			
☐ BACILOSCOPIA DE ESCARRO _____ ☐ BACILOSCOPIA DE OUTRO MATERIAL _____ Material _____ ☐ CULTURA DE ESCARRO _____ ☐ CULTURA DE OUTRO MATERIAL _____ Material _____ ☐ HIV			1. Positivo 2. Negativo 3. Em andamento 4. Não Realizado 5. Sem informação
☐ RX TÓRAX ☐ RX OUTRO ☐ US TÓRAX ☐ US ABDÔMEN ☐ TC TÓRAX ☐ TC ABDÔMEN ☐ TC CRÂNIO			1. Normal 2. Suspeita de TB 3. Suspeita de TB c/ cavidade 4. Outra Patologia 5. Não Realizado 6. Sem informação HISTOPATOLÓGICO ☐ NECRÓPSIA MATERIAL: _____ 1. BAAR Positivo 2. Sugestivo de TB 3. Em andamento 4. Não Sugestivo de TB 5. Não Realizado 6. Sem informação
			OUTRO EXAME PPD _____ mm ADA _____ OUTROS: _____

Anexo 1 – FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE TUBERCULOSE (VERSO)

AGRAVOS ASSOCIADOS	
☐ AIDS ☐ OUTRA IMUNOSSUPRESSÃO ☐ DIABETES ☐ ALCOOLISMO ☐ DROGADIÇÃO ☐ NENHUM ☐ DOENÇA MENTAL ☐ OUTRAS (Especificar) _____	
CONTATOS DOMICILIARES	
CONTATOS DOMICILIARES ☐ EXISTENTES ☐ TOTAL EXAMINADOS ☐ QUANTOS ADOECERAM	
TRATAMENTO	
TIPO DE TRATAMENTO ☐ 1. SUPERVISIONADO ☐ 2. AUTOADMINISTRADO ☐ 3. SEM INFORMAÇÃO	ESQUEMA USADO ☐ RIFAMPICINA (R) ☐ ETAMBUTOL (E) ☐ OUTRAS DROGAS (especificar) _____ ☐ ISONIAZIDA (H) ☐ ESTREPTOMICINA (S) _____ ☐ PIRAZINAMIDA (Z) ☐ ETIONAMIDA (E) _____
INTERNAÇÃO	
CNES ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ DATA DA INTERNAÇÃO ____ / ____ / ____	HOSPITAL ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ MOTIVO ☐ 1. INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA 5. ABSCESSO 9. CAQUEXIA 13. NÃO ADESAO AO TRAT. ☐ 2. HEMOPTISE 6. AIDS 10. ELUCIDAÇÃO DIAGNÓSTICA 99. SEM INFORMAÇÃO ☐ 3. MENINGITE 7. DIABETES 11. CAUSAS SOCIAIS ☐ 4. TB MILIAR 8. INTOLERÂNCIA MEDICAMENTOSA 12. OUTROS (Especificar) _____
DATA DA ALTA HOSPITALAR ____ / ____ / ____	TIPO DE SAÍDA HOSPITALAR ☐ 1. CURA 5. ALTA P/ TRAT. AMBULATORIAL 9. SEM INFORMAÇÃO ☐ 2. A PEDIDO 6. TRANSF. P/ OUTRO HOSPITAL 10. EVADIU-SE ☐ 3. DISCIPLINAR 7. ÓBITO POR TB ☐ 4. MUDANÇA DIAGNÓSTICO 8. ÓBITO POR OUTRA CAUSA
OBSERVAÇÕES	
Transferido para: _____ UBS que realiza o tratamento supervisionado: _____ _____ _____ _____ _____ _____	
INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO Preencher esta ficha para: 1. Todo e qualquer doente para o qual haja tratamento de tuberculose, seja ele caso novo, recidiva, retratamento após abandono ou recibo por transferência, mesmo que já tenha sido notificado anteriormente. 2. Doente identificado como tal por baciloscopia e/ou cultura, mesmo sem início de tratamento. 3. Doente que tenha sido identificado como tal após óbito. Prazo de envio: Enviar para digitação no prazo de 10 dias. Os exames em andamento não serão motivo para atrasar esse envio – eles serão atualizados oportunamente. Itens: IDENTIFICAÇÃO: Registrar sem abreviações. ESCOLARIDADE: Número de anos de estudo completos. Por exemplo, se o doente completou até a 2ª série do 2º grau – registrar 10 (8 anos do 1º grau + 2 anos do 2º grau). TRATAMENTO ANTERIOR: Registrar se o paciente já teve tratamento específico de tuberculose e o tipo de desfecho deste (alta-cura, abandono), bem como há quantos anos isso ocorreu. Nos casos recebidos para continuidade de tratamento, informar o código 1 se for o primeiro tratamento específico, mesmo de tuberculose.	

Anexo 2 -

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo - SMS/SP

PROJETO DE PESQUISA

Título: TUBERCULOSE: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS IMIGRANTES BOLIVIANOS

Área Temática:

Pesquisador: Rosângela Elaine Minéo Biagolini

Versão: 1

Instituição: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

CAAE: 03993812.8.0000.5392

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP
Elaborado pela Instituição Coparticipante**

Número do Parecer: 87982

Data da Relatoria: 02/08/2012

Apresentação do Projeto:

A população de imigrantes boliviana, distribuída em alguns distritos do município de São Paulo, apresenta elevadas taxas de incidência de tuberculose, com chegada tardia ao serviço e baixa adesão ao tratamento. Este projeto é um estudo descritivo dos casos de tuberculose em bolivianos notificados na STS Penha, e faz parte do processo de formação de pesquisadora, no nível de graduação (TCC).

Objetivo da Pesquisa:

Caracterizar o perfil epidemiológico dos imigrantes bolivianos portadores de tuberculose atendidos e residentes na região da STS-Penha: 1- perfil socioeconômico; 2- características do processo de adoecimento; 3- características clínico-laboratoriais da doença; 4- características do tratamento administrado e desfecho do caso.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa será realizada em bancos de dados secundário, trazendo mínimos riscos para os sujeitos de pesquisa, mas envolve a manipulação de dados confidenciais de pacientes, com o agravante de se tratar de doença estigmatizada na sociedade.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é pertinente, e seu maior valor é formar pesquisador em tema relevante para a saúde pública. Os resultados irão colaborar com a melhoria no Programa de Tuberculose. A metodologia é adequada, vai utilizar

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não foi apresentado TCLE. A justificativa, apresentada no corpo do texto, é de que haveria problemas logísticos em proceder a coleta do consentimento. Foi apresentado um pedido de autorização para utilização de banco de dados, onde as pesquisadoras se comprometem com o sigilo dos dados, assim como da identidade dos pacientes e do serviço de saúde, e informando os telefones do CEP-SMS para dúvidas e denúncias quanto à questões éticas relacionadas a esta pesquisa.

Recomendações:

Uma vez concluída a pesquisa, apresentar os resultados para a SUVIS Penha e este CEP/SMS.

Anexo 3 - página 1

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

PROJETO DE PESQUISA

Título: TUBERCULOSE: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS IMIGRANTES BOLIVIANOS

Área Temática:

Pesquisador: Rosângela Elaine Minéo Biagolini

Versão: 1

Instituição: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

CAAE: 03993812.8.0000.5392

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 74369

Data da Relatoria: 14/08/2012

Apresentação do Projeto:

É um projeto para monografia de conclusão de curso, de caráter epidemiológico descritivo de abordagem quantitativa que tem por objetivo caracterizar o perfil dos imigrantes bolivianos portadores de tuberculose atendidos pelas Unidades Básicas de Saúde da região da Supervisão Técnica de Saúde da Penha (STS-Pe) e/ou residentes na mesma região. A coleta de dados será realizada utilizando-se o banco de dados TBWeb e Sistema de Controle de Pacientes com Tuberculose, através do qual serão identificados os imigrantes bolivianos notificados como doentes de tuberculose pelos serviços de saúde da região da STS-Pe, em uma série histórica que abarca os últimos treze anos, de 1 de janeiro de 1998 a 31 de dezembro de 2011, sendo o total geral de casos deste período de 2813 registros. A partir deste banco serão selecionados os registros pelos sobrenomes típicos das etnias indígenas bolivianas. Os dados obtidos pelo sistema TBWeb serão analisados estatisticamente utilizando-se o pacote estatístico SPSS. Os resultados e conclusões serão apresentados em gráficos e tabelas, e analisados sob a ótica do referencial teórico da Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral: Caracterizar o perfil epidemiológico dos imigrantes bolivianos portadores de tuberculose atendidos pelas Unidades Básicas de Saúde da região da STS-Pe ou residentes na região e que foram atendidos em outros locais.

Objetivos Específicos

Identificar o número de bolivianos atendidos na região da STS-Pe ou residentes na região e que foram atendidos em outros locais.

Levantar dados que permitam traçar o perfil sócio econômico, tais como: idade, escolaridade, ocupação profissional, distrito administrativo de residência.

Identificar características do processo de adoecimento, tais como: presença de tratamento anterior, tempo de demora para descoberta da doença, serviço de saúde que fez o diagnóstico, forma clínica da doença, agravos associados a tuberculose (tais como AIDS, Diabetes, Alcoolismo, Drogadição, Doença Mental).

Levantar exames realizados para diagnóstico da doença, tais como: baciloscopia, cultura, raio X, histopatológico e outros.

Descrever se foi realizado tratamento supervisionado ou auto administrado e tipo de encerramento do caso, se cura, abandono, transferência ou óbito.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Trata-se de um estudo que utilizará dados secundários e, portanto, não oferecerá riscos aos pacientes. Como benefício permitirá trazer informações epidemiológicas ao serviço que realiza o atendimento desses pacientes.

Anexo 3 - página 2

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A finalidade do estudo é identificar os aspectos que contribuem para as potencialidades de fortalecimento, e as possibilidades de desgaste, que incidem no corpo humano, influenciando diretamente nos resultados do tratamento, refletindo nas taxas de adesão ao tratamento.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta o cronograma da pesquisa, orçamento previsto em que o pesquisador assume a responsabilidade pelos custos, modelo de carta para autorização da coleta.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto atende os aspectos éticos em pesquisa.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

A aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP não substitui a autorização da instituição co-participante para o início da pesquisa.

14 de Agosto de 2012

Assinado por:
Celia Maria Sivalli Campos

Anexo 4 - página 1

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo - SMS/SP

PROJETO DE PESQUISA

Título: Tuberculose: desvelando os motivos envolvidos no desfecho do tratamento (o caso da comunidade boliviana)

Área Temática:**Pesquisador:** Rosângela Elaine Minéo Biagolini**Versão:** 1**Instituição:** Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP**CAAE:** 03991012.8.0000.5392

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP
Elaborado pela Instituição Coparticipante

Número do Parecer: 68397**Data da Relatoria:** 02/08/2012**Apresentação do Projeto:**

A Tuberculose constitui-se um problema de saúde pública nos grandes centros urbanos, onde a aglomeração de pessoas e a presença de grupos vulneráveis, entre estes os imigrantes, agrava ainda mais o quadro da doença. A tuberculose tem sido identificada como um problema para os imigrantes bolivianos, grupo de vulnerabilidade tanto social como na saúde, apresentando uma incidência 3,5 vezes maior do que a verificada, em média no Município de São Paulo. As características peculiares em relação à situação de emprego e de moradia, muitas vezes no mesmo local sob condições insalubres, contribuem para o adoecimento desta população. Esta pesquisa qualitativa tem como objeto de análise a adesão ao tratamento da tuberculose entre os imigrantes bolivianos; buscará interpretar os processos que levam à adesão ao tratamento e as fragilidades em sua consecução. O estudo tem a finalidade de, ao identificar potencialidades e fragilidades desse grupo, em relação à adesão ao tratamento, obter elementos que possam contribuir para a implementação de intervenções que melhorem os índices de adesão ao tratamento para a tuberculose; intervenções que apoiem a identificação de necessidades desse segmento social e que possibilitem incluí-los na sociedade brasileira.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo de natureza exploratória com delineamento de pesquisa de campo, de caráter qualitativo, com 30 indivíduos procedentes da Bolívia, pacientes notificados e atendidos pelas UBS da região da SUVIS-Penha, no período de 2012/2013. O número da amostra foi estimado com base no atendimento de bolivianos em anos anteriores.

Será realizada entrevista, buscando-se a totalidade dos pacientes que ingressarem nos serviços de saúde, completando-se 12 meses de coleta de dados. A entrevista será agendada em data de consulta e poderá ocorrer nas dependências da UBS ou em local da preferência do paciente, preservando a sua privacidade; as entrevistas serão gravadas e transcritas. Informações contidas na Ficha de Notificação de Tuberculose destes pacientes, como dados sociodemográficos e relativos ao processo saúde-doença, serão transcritas no Roteiro de entrevista. Para fins de avaliação da adesão ao tratamento, recorrer-se-á à SUVIS-Penha, após 9 meses do início do tratamento, a fim de verificar o desfecho do tratamento, e os aspectos que podem ter influenciado na adesão ao tratamento.

Crêrrios de inclusão: ser imigrante boliviano (independente do tempo de estadia no Brasil), ser maior de 18 anos; estar em tratamento para qualquer tipo de tuberculose, em qualquer fase do tratamento; estar realizando tratamento para a tuberculose em uma das Unidades de Saúde da STS-Pe.

Crêrrios de exclusão: apresentação de transtornos de saúde que impeçam a manifestação de liberdade de expressão e pacientes com coinfeção tuberculose/HIV/AIDS.

Objetivo da Pesquisa:**Objetivo geral:**

Analisar como se processa a adesão de pacientes portadores de tuberculose, imigrantes bolivianos, atendidos nas UBS da região da STS-Pe, identificando aspectos que contribuem para potencialização e/ou fragilidade da adesão ao tratamento.

Objetivos específicos:

¿ Identificar aspectos que se referem ao conhecimento dos pacientes entrevistados sobre a doença.

¿ Verificar aspectos que potencializam e/ou que fragilizam o processo de adesão ao tratamento.

¿ Apontar estratégias que contribuam para o aprimoramento da situação de saúde-doença de tal

Anexo 4 - página 2

população, assim como para a formulação de políticas públicas que fortaleçam o controle da enfermidade.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há riscos físicos aos sujeitos.

Os riscos advindos da entrevista são mínimos, se ao menos considerarmos a fragilidade de estar com TB.

Muito remotamente, poderia-se considerar a estigmatização de ser imigrante boliviano, vivendo em condições precárias.

No entanto, pela seriedade que esta pesquisa está apresentada, considero os benefícios advindos de futuras intervenções no processo de adesão ao tratamento, de longe, compensadores.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O Protocolo de pesquisa inclui a descrição da pesquisa, incluindo o instrumento de coleta de dados - "Roteiro da entrevista", dos documentos obrigatórios, "Folha de rosto" e "TCLE", e outros: "Termo de compromisso do pesquisador" - documento original, "Solicitação de autorização para pesquisa à SUVIS-Penha", pela orientadora do projeto e pesquisadora responsável - modelo, "Comunicado às UBS sobre a realização da Pesquisa" - UBS Dr. Emilio Santiago de Oliveira, UBS Dr. José Pires, UBS Eng. Trindade, UBS Vila Granada, UBS Jd. São Francisco, UBS Cangaíba, UBS Vila Esperança, UBS Pe. José de Anchieta, UBS Pe. Manoel da Nóbrega, UBS Villalobo, UBS Artur Alvim, UBS Jd. Nordeste, UBS Jd. S. Nicolau, UBS V. Matilde, UBS Patriarca, UBS V. Aricanduva, UBS A.E. Carvalho, UBS Guilhermina, UBS Chácara Cruzeiro do Sul, UBS Vila Silvia, Ambulatório de Especialidades Penha, pela supervisora SUVIS-Penha e pesquisadora responsável - modelo, "Autorização TB desfecho de tratamento", assinado pela Assessora Técnica da Coordenadoria Regional de Saúde - documento original.

Esta garantida a divulgação dos resultados aos órgãos de assistência.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A realização da pesquisa foi devidamente autorizada pelo gestor de SMS, a folha de rosto está devidamente preenchida e assinada.

TCLEs, em português e espanhol, em linguagem acessível da descrição da pesquisa; cronograma e orçamento foram apresentados e considerados adequados, a fonte financiadora estará a cargo da pesquisadora. O sigilo dos dados e a autonomia do sujeito para retirar-se da pesquisa estão garantidos; está prevista a busca de dados em prontuários com autorização do sujeito; há a garantia de retorno dos resultados ao pessoal de assistência à saúde; constam os contatos com a pesquisadora responsável e com os CEPs da EEUSP e da SMS/São Paulo.

Recomendações:

Apresentar o parecer de aprovação do CEP da instituição proponente, ou informar o CEP da SMS São Paulo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo de pesquisa está muito bem instruído.

O estudo é de muita importância em saúde porque trata da adesão ao tratamento da TB, com a qual espera-se melhorar o índice de cura da doença e minimizar a disseminação de cepas resistentes. Mais ainda, a possibilidade de futuras intervenções na adesão ao tratamento da TB de imigrantes em situação precária de vida.

Considero o projeto de pesquisa aprovado do ponto de vista ético à luz da Resolução CNS 196/1996.

Situação do Parecer:

Aprovado

Anexo 4 - página 3

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Antes do início da coleta de dados, alertamos para a necessidade de contato com o gerente da unidade quando não foi ele quem autorizou a realização da pesquisa.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

O projeto finalizado deve ser apresentado ao CEP logo que o estudo estiver concluído.

Na data de emissão desse parecer estava pendente (1) parecer de instituições coparticipantes.

SAO PAULO, 07 de Agosto de 2012

Assinado por:

SIMONE MONGELLI DE FANTINI

Anexo 5 - página 1

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

PROJETO DE PESQUISA

Título: Tuberculose: desvelando os motivos envolvidos no desfecho do tratamento (o caso da comunidade boliviana)

Área Temática:

Pesquisador: Rosângela Elaine Minéo Biagolini

Versão: 1

Instituição: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

CAAE: 03991012.8.0000.5392

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 74381

Data da Relatoria: 14/08/2012

Apresentação do Projeto:

A presença de imigrantes bolivianos no município de São Paulo tem sido observada de forma mais acentuada nas últimas três décadas. As características peculiares em relação à situação de emprego e de moradia, muitas vezes no mesmo local sob condições insalubres, contribuem para o adoecimento desta população. A tuberculose tem sido identificada como um problema para os imigrantes bolivianos, apresentado uma incidência 3,5 vezes maior do que a verificada, em média no Município de São Paulo. Esta pesquisa tem como objeto de análise a adesão ao tratamento para a tuberculose entre os imigrantes bolivianos, grupo que apresenta vulnerabilidade tanto social como na saúde. Pesquisa qualitativa que buscará interpretar os processos que levam à adesão ao tratamento da tuberculose e as fragilidades em sua consecução. O marco teórico é a Hermenêutica-Dialética, tendo como base de análise, o conceito de adesão. Propõe-se que o estudo seja realizado com pacientes bolivianos portadores de tuberculose, que estejam sendo atendidos nas Unidades da Supervisão Técnica de Saúde da Penha, da Secretaria de Saúde do Município de São Paulo. Para coleta de dados utilizar-se-ão fichas de notificação compulsória e entrevistas gravadas com os pacientes, que serão decodificadas através de técnica de análise de discurso baseada na Teoria do Percurso Gerativo de Sentido.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral: Analisar como se processa a adesão de pacientes portadores de tuberculose, imigrantes bolivianos, atendidos nas UBS da região da STS-Pe, identificando aspectos que contribuem para potencialização e/ou fragilidade da adesão ao tratamento.

Objetivos Específicos

Identificar aspectos que se referem ao conhecimento dos pacientes entrevistados sobre a doença.

Verificar aspectos que potencializam e/ou que fragilizam o processo de adesão ao tratamento.

Apontar estratégias que contribuam para o aprimoramento da situação de saúde-doença de tal população, assim como para a formulação de políticas públicas que fortaleçam o controle da enfermidade.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os resultados do estudo poderão promover elementos para traçar estratégias para aumentar as taxas de cura e possibilitar a inclusão social dos imigrantes, por meio da ampliação de canais de diálogo dessa população com o poder público e a sociedade civil. Os resultados serão enviados à Supervisora da SUVIS-Pe, de forma que o conhecimento gerado com o estudo possa contribuir para o entendimento do perfil destes pacientes atendidos na região, e conseqüente, aprimoramento do Programa de tuberculose na região.

Com relação aos riscos, a pesquisa não oferece risco, mas o cliente poderia se sentir desconfortável ao discorrer sobre a doença e suas repercussões sobre a vida pessoal e o fato de ser imigrante. Esta informação consta do TCLE.

Anexo 5 - página 2

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um projeto de doutorado com a finalidade de, ao identificar potencialidades e fragilidades desse grupo, em relação à adesão ao tratamento, obter elementos que possam contribuir para a implementação de intervenções que melhorem os índices de adesão ao tratamento para a tuberculose. Trata-se, mais ainda, de propor intervenções que apoiem a identificação de necessidades desse segmento social e que possibilitem incluí-los na sociedade brasileira.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto está estruturado de forma adequada, a metodologia aborda sucintamente os aspectos éticos do estudo.

Apresenta carta à SUVIS-Pe comunicando a realização da pesquisa e solicitando notificação às unidades de saúde. Também apresenta carta à ser encaminhada à UBS comunicando realização da pesquisa.

Apresenta TCLE em português e em espanhol.

Recomendações:

Creio é preciso solicitar autorização à SUVIS-PE para a realização da pesquisa e não apenas comunicá-la sobre a pesquisa. O mesmo procedimento deve ser feito à UBS e não apenas comunicar da coleta de dados. Nas cartas deve constar que a entrevista será gravada.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências éticas, mas sugere-se que sejam consideradas as recomendações feitas por este Comitê.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

A aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP não substitui a autorização da instituição co-participante para o início da pesquisa.

14 de Agosto de 2012

Assinado por:

Celia Maria Sivalli Campos