

ROMPENDO BARREIRAS

Os bolivianos e o acesso aos serviços de saúde na cidade de São Paulo

Elaine Cristina Camillo da Silva *

Considerando que o Brasil é meta de migrantes vindos de países latino-americanos, asiáticos, africanos, evidencia-se a pertinência de um estudo sobre essa presença no âmbito das relações assistenciais, também na saúde. De fato, recentes publicações versam sobre a fruição do direito à saúde por estrangeiros (e brasileiros não residentes) na região de fronteira, entre o Brasil e os países do Mercado Comum do Sul (MERCOSUL).

Mesmo pretendendo ser um mercado comum, caracterizado pela livre circulação de pessoas¹, mercadorias, serviços e capital, no MERCOSUL permanece a ênfase no plano econômico (Dal Prá et al., 2007), porém, gradualmente, desde 1996, o Subgrupo de Trabalho 11 “Saúde” (SGT 11) e a Reunião dos Ministros de Saúde – vêm trazendo para o debate o desafio da prestação dos serviços sociais, entre os quais o da saúde.

Como parte desse processo, foi criado o Sistema Integrado de Saúde nas Fronteiras (SIS Fronteiras)², coordenado pela Secretaria Executiva do Ministério da Saúde. É um projeto nacional, que envolve todos os estados de fronteira com os países vizinhos da América do Sul, com o objetivo de integrar ações e serviços de saúde na

região de fronteira, através de diagnósticos locais de saúde para subsidiar a elaboração do Plano Operacional.

Entre os diagnósticos já concluídos, ressaltamos o “Diagnóstico Local de Foz do Iguaçu”, o qual evidenciou a necessidade de uma política específica para a região de fronteira, que considere as características de sua população flutuante (turistas, paraguaios e brasileiros residentes no exterior), com a consequente dificuldade de planejamento de ações e previsão de gastos. Por outro lado, foram identificadas situações favoráveis, que podem promover melhorias no sistema, como a concepção da “região fronteiriça como uma grande região sanitária”, além dos limites dos países, articulando as ações e serviços de saúde de um lado e de outro da fronteira.

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

Uma pesquisa do tipo inquérito, realizada em 2005, envolvendo “os secretários de saúde dos municípios brasileiros da linha de fronteira com os países membros do MERCOSUL na época de sua fundação” (Uruguai, Paraguai e Argentina), verificou a

existência de barreiras de acesso ao SUS, que obrigam estrangeiros e brasileiros não residentes a recorrer a subterfúgios, como a apresentação de comprovante de residência de parentes ou amigos brasileiros; tal estratégia desencadeou ulteriores exigências da parte dos gestores, consideradas pelos autores como uma violação do direito à saúde, “ferindo a legislação nacional”. Se para os estrangeiros regularmente presentes no país, a legislação³ garante “todos os direitos reconhecidos aos brasileiros” (artigo 95 do *Estatuto do Estrangeiro*), os que se encontram em situação irregular estão impossibilitados de exigirem seus direitos⁴, entre os quais, o acesso aos serviços de saúde (Giovanella et al. 2007).

Existem, pois, estudos sobre o acesso de estrangeiros aos serviços de saúde na zona de fronteira. Porém, outras regiões no País com problemática semelhante também carecem de atenção, como é o caso específico da cidade de São Paulo, sobre a qual nos deteremos a seguir.

A cidade de São Paulo é a que concentra o maior número de imigrantes no país. Dentre esses, na atualidade, uma das maiores presenças é a dos bolivianos, cuja inserção dá-se, majoritariamente, via indústria da confecção. As condições de trabalho nas oficinas de costura, como já amplamente divulgado pela mídia e

por estudos, demandam sérios riscos à saúde.

No ano de 2003, diante do aumento dos casos de tuberculose, principalmente junto aos bolivianos, a Secretaria Municipal de Saúde, em parceria com a Pastoral do Imigrante, adotou algumas medidas visando incorporar os imigrantes aos serviços da rede de saúde. Foi realizada uma ampla campanha de esclarecimento junto à comunidade boliviana através de material informativo impresso no idioma espanhol e, nas Unidades de Saúde instaladas nos bairros de maior concentração de bolivianos – sobretudo Brás, Bom Retiro e Pari – deixou-se de exigir do imigrante a apresentação de documentos como pré-requisito para o atendimento.

Na sequência, foram promovidas também medidas para aproximar os imigrantes bolivianos das Unidades de Saúde, principalmente através de visitas domiciliares das equipes do Programa Saúde da Família (PSF); da contratação de profissionais bolivianos, bem como do fornecimento de cursos de língua espanhola e da cultura do imigrante para os profissionais dos serviços de saúde. Com isso, aos poucos os bolivianos começaram a frequentar mais as Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e, se antes o problema era favorecer o acesso, com a entrada dos estrangeiros no cotidiano dos serviços, outras questões começaram a surgir.

A EXPLICITAÇÃO DO PRECONCEITO

Com o objetivo de conhecer a experiência dos profissionais de saúde ao interagir com pacientes estrangeiros nas UBSs e no PSF (unidades mistas) – iniciativa esta pouco conhecida até mesmo na cidade de São Paulo – desenvolvemos uma pesquisa de campo

a partir dos significados e interpretações dados pelos próprios agentes envolvidos na pesquisa⁵.

Dentre os vários aspectos trazidos à tona pelos informantes⁶, daremos aqui atenção ao reconhecimento da existência de preconceitos.

Os profissionais estão reconhecendo a existência de preconceitos ao presenciarem expressões na unidade de saúde, em relação aos estrangeiros, de modo especial, os bolivianos⁷. Os profissionais estão percebendo o preconceito em si mesmos, em outros colegas da equipe, na população que frequenta a unidade e até mesmo nos próprios estrangeiros que chegam. Transcrevemos, a seguir, as falas que explicitam a existência do preconceito, bem como atitudes de intolerância, hostilidade e discriminação.

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

“Essa história de falar que brasileiro não é racista, eu acho que isso é uma mentira! Eu acho que existe sim, não só dos funcionários, da própria população. Eu já participei de reuniões de comunidade, assim de hostilizar e verbalizar a hostilidade: ‘eles vieram aqui para tomar conta do lugar, pegaram nossos espaços, pegaram nossos trabalhos... vocês atendem mais bolivianos, vocês atendem só bolivianos, vocês não dão conta dos outros, vocês não querem saber dos outros’... existe sim, da própria população, não é nem do funcionário.” (E 10, profissional)

Refletindo sobre as causas dos preconceitos, os profissionais consideraram importante reconhecer o motivo da rejeição: emergem questões como a relação com o desconhecido, o sentir-se ameaçado – por ter a sensação que o

estrangeiro está “invadindo” o território. Tal sensação parece estar relacionada com o fato de os estrangeiros serem aparentemente em grande número, inclusive em aumento, apesar de não terem dados precisos.

“Eu estou aqui há dois anos, de dois anos pra cá aumentou muito, eu não sei... aí eu vou aventar hipóteses. Ou aumentou muito, porque aumentaram eles em número, isso é uma realidade, os imigrantes aumentaram em número. Aumentaram em número aqui dentro da UBS porque também se sentem mais confiantes, porque entenderam a proposta de saúde do SUS, que todos têm direito.” (E 2, profissional)

“O que é real é que o boliviano procura mais. Ele vem. Ele busca, se ele fica mais doente, ou menos doente, eu não sei te dizer, mas ele procura mais. Se você olhar a sala de espera da gente, em geral tem metade de gente que é boliviana, metade é o resto.” (E 11, profissional)

Não só os bolivianos têm vindo para os serviços de saúde, como também os profissionais têm ido até eles, nas visitas domiciliares. Os profissionais estão tendo a percepção que os bolivianos vivem de modo desumano, em condições desfavoráveis de trabalho e habitação, por vezes levando a identificar os bolivianos com as piores características encontradas, reforçando de certo modo o preconceito.

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

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

A idéia de um ambiente desumano é reforçada ao suspeitar que algumas mulheres frequentam a Unidade buscando uma ocasião de sair do ambiente da oficina, relatando inclusive situações de violência.

“Um dos motivos que eles procuram a unidade, é para sair de dentro das oficinas. A gente vê que não é só pela doença, pelos sintomas, dor, mas para sair daquele ambiente, deu para perceber isso! Que ali são maltratados, são violentados... Várias bolivianas vêm aqui com queixas referidas... em relação à dor de cabeça, dor de estômago, mas na verdade elas vêm à procura de ajuda! Sofreu violência física, moral então, nem se fala!” (E 12, profissional)

Aos profissionais pode parecer que para os bolivianos seja normal viver e trabalhar assim, chegando a supor que na Bolívia seja pior do que em São Paulo. No entanto, os bolivianos entrevistados mostram que essa afirmação não pode ser generalizada, uma vez que também eles não consideram digna a situação em que se encontram e falam que não estavam acostumados com este modo de viver.

“Na Bolívia tem espaço como aqui, a mesma coisa que aqui. Quando vai no trabalho, das 8 até às 5, às 5 volta. No Brasil não... os Bolivianos não tem essa... quando tem casas muito grandes, tipo em cima e em baixo, fica muitas pessoas, tipo 10 pessoas, 20 pessoas... morando juntos, só um quatinho à parte, à parte... Estou morando no

prédio, 6 pessoas, morando juntas... [isso às vezes] atrapalha!” (E 6, paciente boliviano)

Os profissionais estão, desse modo, formando uma representação do outro, descrevendo o estrangeiro com características físicas e de comportamento, comparando entre as várias origens. Procuram explicar a própria representação dos vários grupos de imigrantes segundo o tempo que estão no Brasil, a motivação da vinda, a condição legal de permanência, as atividades econômicas realizadas, a comunidade mais aberta ou fechada para integração com brasileiros.

A migração dos bolivianos é relacionada, na representação dos profissionais, à necessidade de sobrevivência, bem como suas atividades de trabalho e comportamentos decorrentes, como a oscilação na frequência nos serviços de saúde, de acordo com os ciclos de produção na costura.

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

A partir do reconhecimento, portanto, da existência do preconceito, os profissionais estão buscando estratégias de enfrentamento dos próprios preconceitos e do preconceito de terceiros.

“Acho que é a partir do conhecimento que o preconceito ele vai se desfazendo. Eu acho que assim, entender a cultura do outro, não é eu entender o outro coitadinho, mas me enriquecer, para eu me nutrir, para eu estar me instrumentalizando para trabalhar com o diferente. Porque o referencial de

normal não sou ‘eu’, o referencial do padrão não é o meu conhecimento, não é a minha ação [...] Falta pra nós também iniciativa de estar correndo atrás de conhecer.” (E 4, profissional)

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

“Eu vejo meio assim, se nós deixássemos as diferenças de lado, e meio que tivéssemos um denominador comum que é a pessoa [...] Então se eu vejo, independente de ser imigrante, independente de ser de rua, o ser humano, eu encontro um denominador comum, aí eu consigo... trabalhar de uma forma menos conflituosa [...] em alguns momentos, eu consigo fazer isso. Em outros, eu vou dizer para você que eu sou um ser irascível, tem hora. Eu admito isso, eu sou humana também, eu não vou dizer pra você que eu sou 100% assim, não. Eu tenho essa consciência.” (E 2, profissional)

Dentro da unidade, no espaço de atuação do serviço, uma estratégia encontrada é a de continuar a atender indiscriminadamente a todos, entendendo, inclusive, ser esta uma postura característica de um profissional.

“A gente é profissional, a gente tem que tratar todo mundo igual, independente de quem seja. Até falei para você, a gente trabalha também com moradores de rua, com albergados, é o mesmo tipo de atendimento, independentemente de raça, time, cor, religião, né, como a gente fala. É o

mesmo tratamento. Aqui todo mundo é igual. Não tem essa discriminação. [...] o ser humano em geral, o boliviano, eu, negra, o branco, o boliviano, ... o africano, o argentino... acho que todo mundo tem direito a ter saúde". (E 1, profissional)

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

UBSs, UM ESPAÇO DE CONVIVÊNCIA

Os entrevistados, para além da constatação do preconceito, também explicitaram estar percebendo um processo de integração em andamento. A unidade de saúde é vista como um espaço de convivência, por ser um dos poucos espaços frequentados pelos bolivianos adultos, fora das oficinas de costura. As crianças e jovens, frequentando as escolas, têm um processo diferente, mais acelerado.

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

Os profissionais estão também percebendo um processo de trans-

formação na própria percepção da realidade. Os primeiros contatos permanecem na lembrança como encontros com uma realidade até então desconhecida, uma reação inicial de resistência, diante de algo que surpreende, pela quantidade de estrangeiros até então nunca vista, pelo modo como vivem.

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

Com o tempo, percebem que aprendem a se relacionar, desenvolvem estratégias, como imaginar-se no lugar do outro, buscar compreender a perspectiva do outro.

"Interessante que quando a gente vai para um outro país você pode experimentar a sensação de estar num outro país, e depender da boa vontade do outro. Tá na cara, quando você não fala a língua, não domina o idioma, vai depender da boa vontade do outro [...] Eu fico imaginando o quanto é triste para a pessoa ficar do outro lado, depender do outro..." (E 2, profissional)

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

"Eu fico me perguntando isso, eu questiono os colegas de trabalho. 'Será que essa sua visão vai contribuir para a gente melhorar a situação de saúde?' E várias vezes nos questionaram, a mim e ao outro enfermeiro [nome], que a gente faz um trabalho com tuberculose, 'quanto mais você atender, de uma forma melhor, mais eles vão te procurar!'

'Você não vai resolver essa situação!'" (E 4, profissional)

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

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

HÁ MAIS CAMINHO A SER PERCORRIDO

Ainda que o acesso tenha sido garantido aos estrangeiros, ainda que os profissionais dos serviços de saúde dos bairros estudados considerem ter o dever de dar assistência a todos indiscriminadamente, as estratégias de enfrentamento desta realidade estão sendo construídas.

Sendo a interação entre as pessoas o objeto de nosso estudo, revelou-se como adequado o Interacionismo Simbólico como referencial teórico. Trata-se de uma perspectiva da Psicologia Social elaborada por Mead e Blumer, a partir

dos anos 30. É uma “teoria em que o significado é o conceito central, onde (sic) as ações individuais e coletivas são construídas a partir da interação entre as pessoas, que definindo situações agem no contexto social a que pertencem” (Lopes, C. H. e Jorge, M. S. B., 2005).

Este referencial considera as perspectivas, a visão de mundo, como parte integral do ser humano: é algo partilhado, influenciado, modificado na interação com outras pessoas. Relacionando entre si as várias perspectivas (a partir das várias situações em que interage com outros), o indivíduo ordena sua percepção e definição da situação (Charon, 1989).

O interacionismo simbólico pode contribuir com sua noção de processo, de transformação da percepção de si mesmo e do outro, na interação. De fato, surge fortemente o fator tempo de interação entre o profissional de saúde e o paciente estrangeiro (propositalmente no singular, por tratar-se de uma relação pessoa-pessoa). Os contatos diários com os pacientes estrangeiros, principalmente bolivianos, e com seus domicílios tende a levar a uma construção de uma imagem generalizada, a formar, portanto, um novo “pré-conceito”, agora baseado na experiência. Mas o desafio é sempre o de não fossilizar a experiência, de permanecer abertos para cada nova realidade que se apresenta com cada paciente que entra pela porta. Todavia, este desafio esbarra no fator tempo, pois os agentes de plantão nas UBSs vêm-se muitas vezes pressionados a buscar uma solução “rápida e fácil”, incorrendo com isso facilmente no “pré-conceito”.

Percebemos como nos dados surgiu essa questão, através das estratégias buscadas para superar o preconceito: conhecer a realidade e buscar ver no outro a pessoa que é.

De fato, perceber o outro como pessoa é um passo importante. Primeiro reconhecemos que estamos diante de uma pessoa como nós, depois será desencadeada a atração ou a repulsão por essa pessoa, a simpatia ou a antipatia. Através da percepção, podemos apreender imediatamente que pessoa é diferente de cadeira, nem precisamos raciocinar, porque existe um ato que é anterior. Percebo que somos dois, não somos idênticos, mas somos semelhantes: o outro é pessoa humana como eu (Ales Bello, A., 2006).

O que fazer diante da pessoa que tenho diante de mim, como responder à sua presença? A minha responsabilidade para com ela, no caso, como profissional de saúde, precisa ser acompanhada por um ato da razão.

Surge a questão: todo e qualquer conhecimento e experiência anterior necessariamente prejudica a interação atual? Buscamos ajuda na hermenêutica de Gadamer para responder. Ainda que desenvolvida como reflexão sobre a compreensão e interpretação de textos, a hermenêutica traz elementos que podem nos ajudar no processo dinâmico de interação entre pessoas.

“Em geral tem-se de dizer que é somente a experiência do choque com um texto – seja porque ele não oferece nenhum sentido, seja porque seu sentido não concorda com nossas expectativas – o que nos faz parar e perceber um possível ser-diverso do uso da linguagem.” (Gadamer, 1998, p. 403)

A hermenêutica considera que o texto traz em si uma alteridade (no nosso caso, não o texto, mas a fala de uma pessoa), não só quanto à linguagem como também ao conteúdo, trazendo a opinião de um outro, que não necessariamente compartilhamos mas temos de tomar conhecimento. A hermenêutica propõe uma abertura para receber a alteridade do texto, apropriando-se das “próprias opiniões prévias e precon-

ceitos”, a fim de deixar que o texto se mostre na sua alteridade, podendo confrontar o quanto apresentado por esse com as próprias opiniões prévias (Gadamer, 1998).

O que gostaríamos de ressaltar, como pertinente ao tema em discussão, é a possibilidade de que existam “preconceitos legítimos”, trazendo em pauta a difícil questão: como diferenciar os preconceitos legítimos daqueles que precisam ser superados? O desafio é o de deixar-se questionar pelo que nos diz a outra pessoa ou um texto, enveredar por um caminho de reflexão para verificar a validade dos próprios argumentos.

Geraci et al. apresentam um percurso formativo dos profissionais de saúde que considera como ponto de partida a legitimação dos preconceitos. Algo em comum com a reflexão de Gadamer. Trazendo em pauta a especificidade da experiência da relação com o outro, com o diferente, o estrangeiro, em âmbito sanitário, propuseram um percurso feito de seis etapas (Geraci et al., 2005, p. 111-112):

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

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

c) *Ajudar a tomar consciência das próprias vivências.* Reconhecendo o

importante papel do envolvimento emocional no processo formativo.

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

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

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

DEIXANDO-SE QUESTIONAR

Enquanto a segregação caracteriza a separação dos grupos, vimos como as UBSs / PSF do Brás, Bom Retiro e Pari se constituíram em espaços de interação. De certo modo, inicialmente provocados pela necessidade de controlar a expansão da tuberculose, tornaram-se o estopim para um processo muito mais amplo. Um percurso recente, que exige reflexão, no fundo, para aprender a fazer uso das generalizações (até mesmo da ciência), reconhecendo a novidade e unicidade de cada nova situação, de cada pessoa.

No processo de interação entre pessoas oriundas de contextos sócio-

culturais diferentes, o que exige a superação de determinadas barreiras, é como se existisse um espaço, um novo território no qual o profissional de saúde e o paciente estabelecem uma relação de igual para igual, na qual não existe um procedimento padrão e rígido, mas tantos questionamentos, restando como guia mais seguro as palavras do paciente (Geraci et al., 2005).

*** Elanine Cristina Camillo da Sila é Doutoranda da Faculdade de Odontologia da USP, área de concentração Odontologia Social. Missionária Secular Scalabrini-ana.**

NOTAS

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

2 - O projeto SIS FRONTEIRAS contempla os 121 municípios fronteiriços do Brasil. Foi instituído pela Portaria GM/MS nº 1.120, de 06 de julho de 2005.

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

4 - “No Brasil, a Constituição Federal de 1988 afirma a saúde como ‘Direito de Todos e Dever do Estado’, e a Lei nº 8080 ao regulamentar o texto constitucional, reitera que ‘Saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis para seu pleno exercício’. Assim, ainda que a legislação em saúde não se refira especificamente ao acesso de estrangeiros ao SUS, depreende-se do texto legal que o direito universal à saúde transcende os cidadãos brasileiros natos ou naturalizados, pois se refere a todos os seres humanos, e que o acesso universal ao SUS deve ser garantido às pessoas independente de nacionalidade.” (Giovanela et al., 2007, p.263).

5 - A pesquisa de campo foi realizada com base em entrevistas gravadas, nas próprias UBSs (Brás, Bom Retiro e Pari), com profissionais de saúde (12) e pacientes estrangeiros (5), em um total de 17.

6 - Perguntas norteadoras para os profissionais: Como é a tua experiência na relação com pessoas de culturas diferentes (na UBS, no PSF)? Para os pacientes: Como é a tua experiência na relação com os médicos, enfermeiros, com os Agentes do PSF? No decorrer da entrevista, mesmo deixando que o entrevistado conduzisse a articulação dos temas por ele considerados relevantes, tínhamos a preocupação de fazer emergir suas reflexões quanto ao entendimento da língua e cultura, possivelmente relatando a experiência de uma consulta.

7 - Como também com as pessoas em situação de rua, com os moradores das favelas, mas neste estudo nos limitaremos a observar e discutir somente sobre a interação com os estrangeiros.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALES BELLO, Angela
(2006) *Introdução à fenomenologia*. Bauru-SP, Edusc.
- CHARON, Joel M.
(1989) *Symbolic interactionism*. New Jersey, Prentice Hall, 3ª ed.
- DAL PRÁ, Keli R; MENDES, Jussara M. R.; MIOTO, Regina C. T.
(2007) “O desafio da integração social no MERCOSUL: uma discussão sobre a cidadania e o direito à saúde.” *Cadernos de Saúde Pública*, 23, Suplemento 2, p. 164-173.
- GADAMER, Hans-Georg
(1998) *Verdade e método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica*. Petrópolis, Vozes, 2ª ed.
- GERACI, Salvatore; MAISANO, Bianca; MAZZETTI, Marco (orgs.).
(2005) “Migrazione, salute, cultura, diritti. Um lessico per capire.” *Studi Emigrazione*. CSER 42(157).
- GIOVANELLA, Ligia; GUIMARÃES, Luisa; NOGUEIRA, Vera M. R.; LOBATO, Lenaura V. C.; DAMACENA, Giseli N.
(2007) “Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL na perspectiva dos secretários municipais de saúde.” *Cadernos de Saúde Pública*, 23, Suplemento 2, p.251-266.
- LOPES, Consuelo Haf e JORGE, Maria S. B.
(2005) “Interacionismo simbólico e a possibilidade para o cuidar interativo em enfermagem.” *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 39(1), p.103-108.